



วารสาร หอการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 51 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567

Vol 51 No.2 May-August 2024

ISSN 0125-7242 (print)

ISSN 2673-0316 (online)

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 51 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567 Vol. 51 No.2 May-August 2024 ISSN 2673-0316

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ชื่อวารสาร ภาษาไทย

: วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ

: Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุขหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

1. บทความวิจัยทุกประเภท ทั้งจากส่วนบริการ ส่วนการศึกษา และส่วนสนับสนุน
2. บทความวิชาการได้แก่ บทความด้านการศึกษา การบริหาร และบริการพยาบาล (ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีทางการพยาบาล)
3. ข่าวสาร สารความรู้ ที่มาจากองค์กรพยาบาล องค์กรสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม -เมษายน พฤษภาคม -สิงหาคม กันยายน -ธันวาคม

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

เจ้าของ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรสาร 0-2590-6295

Copyright

Nursing Division, Office of Permanent Secretary
Building 4, 4th Floor Department of Medical Services,
Ministry of Public Health โทรศัพท์ 0-2590-6294
Tiwanon Rd, Muang District, Nonthaburi 11000
Website: <https://www.don.go.th/>
Tel. 0-2590-6294 Fax 0-2590-6295
E-mail: ndjournal@gmail.com

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล

(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

คณะที่ปรึกษา Advisory Board

- | | | | |
|------------------|------------|--------------------------|--------------|
| 1. ดร.ธีรพร | สทธิธังกูร | Teeraporn Sathira-angura | กองการพยาบาล |
| 2. อาจารย์ศิริมา | ลีละวงศ์ | Sirima Leelawong | สภาการพยาบาล |

บรรณาธิการ Editor

- | | | | |
|----------------------|-----------------|-------------------------|--------------|
| 1. อาจารย์อัมราภัสร์ | อรรณชัยวัจน์ | Amarapas Atthachaiwat | กองการพยาบาล |
| 2. ดร.กนกพร | แจ่มสมบุญ | Dr.Kanogporn Jamsomboon | กองการพยาบาล |
| 3. ดร.ศศมน | ศรีสุทธิตศักดิ์ | Dr.Sasamon Srisuthisak | กองการพยาบาล |
| 4. นายวชิรา | โพธิ์ใส | Vachira Posai | กองการพยาบาล |

กองบรรณาธิการ Editorial Board

- | | | |
|--|----------------|---------------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี | อัศดรวิเศษ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| (Professor Dr. Usavadee Asdornwised) | | |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ | พุททาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| (Associate Professor Dr. Somjai Puttapitukpol) | | |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา | อินทรประสงศ์ | สถาบันบรมราชชนก |
| (Associate Professor Dr. Bhusita Intaraprasong) | | |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา | กรีทอง | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| (Assistant Professor Dr. Phuangphaka Krethong) | | |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ | เทอร์เนอร์ | สถาบันบรมราชชนก |
| (Assistant Professor Dr. Kamolrat Turner) | | |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุลดา | จามจุรี | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| (Assistant Professor Dr. Danulada Jamjuree) | | |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร | โฟน โบร์แมนน์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| (Assistant Professor Dr. Suparpit (Maneesakorn) von Bormann) | | |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ Assistant Editor

- | | | | |
|------------------|---------|------------------|--------------|
| 1. นางวิภา | ตุนาค | Wipa Tunak | กองการพยาบาล |
| 2. นางสาวศุภิสรา | พลครุฑ | Supisara polkrut | กองการพยาบาล |
| 3. นางสาวสุพิชชา | อุดมไชย | Supicha Udomchai | กองการพยาบาล |

เจ้าหน้าที่บริหารจัดการ Management Staff

- | | | |
|-------------------|------------|--------------|
| 1. นายนิชฌาน | เทือกปัญญา | กองการพยาบาล |
| 2. นางกนกอร | บุญมาก | กองการพยาบาล |
| 3. นางจาวรรณ | จันทา | กองการพยาบาล |
| 4. นายภูวนาด | บ่อมเมือง | กองการพยาบาล |
| 5. นางสาวรสรินทร์ | บุญเหลี่ยม | กองการพยาบาล |

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)

รายนามผู้พิจารณากลั่นกรองบทความวิจัย (Peer review)

1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์ ดร. จงกลณี เรืองอัมพร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สถาบันพระบรมราชชนก
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุลดา จามจุรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา สถาบันพระบรมราชชนก
11. ดร.กฤษดา แสงดี สภาการพยาบาล
12. นางศิริมา ลีละวงศ์ สภาการพยาบาล
13. นางสาวสมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
14. ดร.นวรรตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
15. ดร.ชลียา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
16. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
17. ดร.สุรีย์พร กุมภะคาม นักวิชาการอิสระ
18. ดร.จิราภรณ์ ศรีไชย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
19. นางสาวไศษิษฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
20. ดร.ธีรพร สติธอังกูร กองการพยาบาล
21. ดร.อรรธยา อมรพรหมภักดี กองการพยาบาล
22. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ กองการพยาบาล
23. ดร.กนกพร แจ่มสมบุญณ์ กองการพยาบาล
24. ดร.พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ กองการพยาบาล
25. นางอัมรภัสร์ อรรถชัยวัฒน์ กองการพยาบาล
26. นางสาวอุไรพร จันทะอุมเฒ่า กองการพยาบาล
27. นางสาวขวัญภา ขวัญสถาพรกุล กองการพยาบาล
28. ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ วณิชโยบล กองการพยาบาล
29. นางนันทรัตน์ ศรีวชิรากร กองการพยาบาล
30. นายวชิรา โพธิ์ไธ กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณาธิการแถลง		Chief Editorial
บทความวิจัย		
ผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มไป ใช้ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ศศิกร ศรีสุขเกษม วารินทร์ บินโฮเซ็น น้ำอ้อย ปักด้วงค์	1	Outcomes Of Nursing Practice Guideline Implementation for Fall Prevention In Elderly Patients Post Open Heart Surgery Sasikorn Srisukkasem Varin Binhosen Nam-oy Pakdevong
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการ ออกแบบทางการพยาบาลต่อทักษะการคิดเชิงออกแบบ ทางการพยาบาลนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัย ปทุมธานี จิระวรรณ อุคคกิมพันธ์ ภัทรพิชชา ครุฑวงศา กษิติศ ครุฑวงศา	13	Effects of promoting design thinking for designing nursing programs on the nursing design thinking skills of nursing students at Pathum Thani University Jeerawan Ukakimaparn Phatphitcha Kruthangka Kasidis Kruthangka
การตายดีตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ชนุกร แก้วมณี พนัชญา ชันติจิตร ลักขณา ขอบเสียง	28	Good Death as Perceived by Nursing Students Chanukorn Kaewmanee Phanatchaya Khantichit Lakhana Chopsiang
การรับรู้ต่อสถานการณ์การก่อความรุนแรงตามมุมมอง ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติดในชุมชน ภาณุรัตน์ ศรีมงคล ณัฐกร พิชัยเชิด	40	Perception of violent situations from the perspective among caregivers of Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction in the community Panurat Srimungkul Natthagorn Phichaicherd
การพัฒนารูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยใน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน จารุณี ตั้งใจรักการดี	55	Development of a Safety Monitoring System Model for Caring for Patients Undergoing Surgery, Hua Hin Hospital Jarunee Tangjirukkrandee
การพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรู้ด้าน สุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส สถาบันโรคผิวหนัง พลิชฐ์ เงามาม พรรณทิพย์ โพธิ์รัตน์พิทักษ์ สิรินทิพย์ ทองขาว อิงลดา ศรีโกศา ภัควัฒน์ บุญเจริญธนพงษ์	75	The Development Model of Health Literacy Activities in Patient with Pemphigus in Institute of Dermatology Phasit Ngaongam Pantip Phoratpitak Sirintip Thongkaow Inglada Sripoka Pakkawat Booncharoenthanapong

สารบัญ		Content
รูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการ บำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนักสถาบัน โรคทรวงอก	89	A Developmental Model on Enhancing Competency of Registered Nurses for Caring Patients with Acute Kidney Injury Received Continuous Renal Replacement Therapy in Intensive Care Unit at Central Chest Institute of Thailand
น้ำฝน ชัดจวง อรสา ไพรรุณ นวรัตน์ สุทธิพงษ์ ภัทรชยา สวัสดิ์วงศ์ ยุงทอง นาทมนตรี มลฤดี สิงห์		Namfon Khatjuang Orasa Priroon Nawarat Suthipong Patarachaya Swatdiwong Monradee Singhol Yoongthong Nathmontri
บทความวิชาการ		
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวิธีการป้องกันของวัยรุ่น	103	Sexually Transmitted Diseases and Prevention Methods among Adolescent
เอกกวี หอมขจร คุณัสปกรณ์ มัคคัปลานนท์		Eakkawee Homkhajorn Khunatpakorn Makkabphalanon

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีพุทธศักราช 2567 ซึ่งมีการปรับปรุงคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง เป็นวารสารที่เผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง เป็นวารสารที่ดีพิมพ์บทความวิจัย และ บทความวิชาการทันทีที่บทความแต่ละเรื่องดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนของวารสารเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวบรวมเล่ม และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานมาอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็น Peer review ให้มีความหลากหลายทางด้านวิชาการ และเป็นการตรวจสอบและคัดสรรบทความและงานวิจัยที่มีคุณภาพมีมาตรฐานเหมาะสมต่อการเผยแพร่

บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ สหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง ที่ดูแลผู้ป่วยและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรมและบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครสมาชิกวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและ แหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่านทุกท่านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

เนื้อหาสาระของวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ ประกอบด้วยบทความวิจัยที่น่าสนใจ คือ ผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มไปใช้ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการคิดออกแบบเพื่อออกแบบการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล การตายดีตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล การรับรู้ต่อสถานการณ์การก่อความรุนแรงตามมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน การพัฒนารูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อมน้ำพองใส รูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก และ บทความทางวิชาการ คือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวิธีการป้องกันของวัยรุ่น

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาลและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งงานวิจัยหรือบทความวิชาการมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่อง

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญณ์

บรรณาธิการ

สิงหาคม 2567

ผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มไปใช้ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*

ศศิกร ศรีสุขเกษม** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
 วารินทร์ บินโฮเซ็น*** พย.ด. (การพยาบาล)
 น้ำอ้อย ภัคติวงศ์*** ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

(รับ: 20 พฤษภาคม 2567, แก้ไข: 3 สิงหาคม 2567, ตอรับ: 14 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยดำเนินการ (Implementation research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้ม วัดผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 30 ราย และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย จำนวน 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ แบบบันทึกการเกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้ม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันพลัดตกหกล้ม แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88, 0.60 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย one sample t-test และ Z-test

ผลการวิจัย: พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้ม พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ มากกว่าร้อยละ 80 พยาบาลมีความรู้ในการป้องกันพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความพึงพอใจจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มลดลงต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด, ความรู้และความพึงพอใจของพยาบาล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Corresponding Email: varin.b@rsu.ac.th

Outcomes Of Nursing Practice Guideline Implementation for Fall Prevention In Elderly Patients Post Open Heart Surgery*

Sasikorn Srisukkasem** M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

Varin Binhosen*** Ph.D. (Nursing)

Nam-oy Pakdevong*** Dr.P.H. (Public Health Nursing)

(Received: May 20, 2024, Revised: August 3, 2024, Accepted: August 14, 2024)

Abstract

This implementation research aims to develop and study the effectiveness of using fall prevention guidelines. The nursing outcomes were measured consisting of knowledge, practice, and satisfaction before and after the implementation of the guidelines. The patient outcome was measured using the incidence of falls. The sample consists of 30 elderly patients underwent open-heart surgery and 21 professional nurses in the unit. The research tools consisted of fall prevention guidelines for elderly patients after open-heart surgery, personal data recording forms, health data recording forms, fall incident recording forms, personal data questionnaires for nurses. The tools were verified for content validity by three experts, and reliability of the observation of guideline adherence, fall prevention knowledge tests, and nurse satisfaction assessment yielding CVI values of 0.88, 0.60, and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, one sample t-test, and Z-test.

The research results revealed that after implementing fall prevention guidelines, over 80% of the nurses adhered to the guidelines. Fall prevention knowledge of the nurses significantly improved comparing to before implementing the guidelines ($p < .001$). Nurse satisfaction with the guideline implementation was significantly higher than the criteria, yielding a value of 80% ($p < .05$). The incidence of falls had decreased comparing to before implementing the guidelines, but was not statistically significant ($p > .05$).

Keywords: fall prevention guidelines, elderly patients after open-heart surgery, knowledge and satisfaction of nurse

* Thesis for the Master of Nursing Science Program in Adult and Elderly Nursing, Rangsit University

** Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Elderly Nursing, Rangsit University

*** Assistant Professor, Dr., Lecturer, Faculty of Nursing, Rangsit University

Corresponding Email: varin.b@rsu.ac.th

บทนำ

การเกิดพลัดตกหกล้มเป็นตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย 2P Safety¹ ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยปลอดภัยในโรงพยาบาล เนื่องจากการพลัดตกหกล้มส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากเล็กน้อยจนรุนแรงทำให้เสียชีวิต ข้อมูลของประเทศอังกฤษและเวลส์มีการเกิดพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 32.30 และมีอัตราการพลัดตกหกล้ม 4.80 ครั้ง/1,000 วันนอน โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 26 ราย³ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจต้องเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น³ และเมื่อต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นทำให้การเข้าสังคมลดลง กลัวการเข้าสังคมเนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ³ ซึ่งผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล แบ่งได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยภายใน เช่น อายุมากกว่า 60 ปี³ ประวัติการหกล้มที่ผ่านมาภายใน 1 ปี³ การเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อการสูญเสียการทรงตัว³ การกลืนปัสสาวะไม่ได้³ การได้รับยาที่เกี่ยวข้องกับทางจิตและระบบประสาท³ การได้รับการผ่าตัด⁴ อาการสับสน (confusion) อาการสับสนเฉียบพลัน (delirium) ภาวะสมองเสื่อม (dementia)³ การบกพร่องทางสายตา³ เป็นต้น ปัจจัยภายนอก เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ ลักษณะพื้นผิวที่ไม่เรียบ พื้นเปียกชื้น³ ทางเดินลาดชัน อุปกรณ์ในการช่วยเคลื่อนย้าย/เคลื่อนที่ไม่มีที่ล็อค⁵ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งเสริมให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation: AF)⁶ อาการสับสนเฉียบพลัน (delirium)⁸ มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)⁷ สัดส่วนร้อยละของปริมาณเลือดที่ปั๊มออกจากหัวใจ (Ejection fraction: EF) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30%⁸ ระยะเวลาใช้เครื่องหัวใจ

และปอดเทียมนานกว่า 120 นาที⁸ ระยะเวลาหนีบหลอดเลือดแดงเอออร์ตานานกว่า 90 นาที⁸

สถาบันโรคทรวงอกมีแนวทางในการป้องกันพลัดตกหกล้มที่กำหนดเป็นแนวปฏิบัติให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดในวัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามพบว่า แนวปฏิบัติเดิมมีปัญหาเกี่ยวกับการจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง จากการเก็บข้อมูลหอผู้ป่วยในศัลยกรรมและกึ่งวิกฤต 7/9 มีผู้มารับบริการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) เป็นจำนวน 1175, 812, 920, 917 และ 1,130 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์เกิดพลัดตกหกล้มที่ระดับ C - E ย้อนหลัง 5 ปี (2561 - 2565) คิดเป็นจำนวน 9 ครั้ง 3 ครั้ง 1 ครั้ง 7 ครั้ง และ 14 ครั้ง ตามลำดับ (1.13 ครั้ง, 0.34 ครั้ง, 0.32 ครั้ง, 0.12 ครั้ง และ 0.69 ครั้ง/1,000 วันนอน) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ทางสถาบันกำหนด (เกณฑ์สถาบันโรคทรวงอก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.40 ครั้ง/1,000 วันนอน) สถาบันโรคทรวงอกมีการดัดแปลงแบบประเมินความเสี่ยงของ Hendrich Risk Model¹⁷ ใช้ทั่วทั้งสถาบัน และแนวปฏิบัติที่จัดการความเสี่ยงที่มีอยู่นั้นยังไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เช่น โรคร่วมเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ (Ejection Fraction; EF) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30% การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเกินกว่า 120 นาที ในขณะที่ผ่าตัด หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation) เป็นต้น เมื่อนำไปใช้แล้วยังพบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มที่มากกว่าเป้าหมายที่กำหนด จากการทบทวนเหตุการณ์พลัดตกหกล้มในบริบทของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชาย มีการเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอกและปลายขา ผ่านการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเกินกว่า 120 นาที ได้รับการดมยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ยาขับ

ปัสสาวะ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาต้านการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ และทำกิจกรรมข้างเตียง เช่น ปัสสาวะ หรือเปลี่ยนท่าทางจากนั่งแล้วลุกยืน การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ

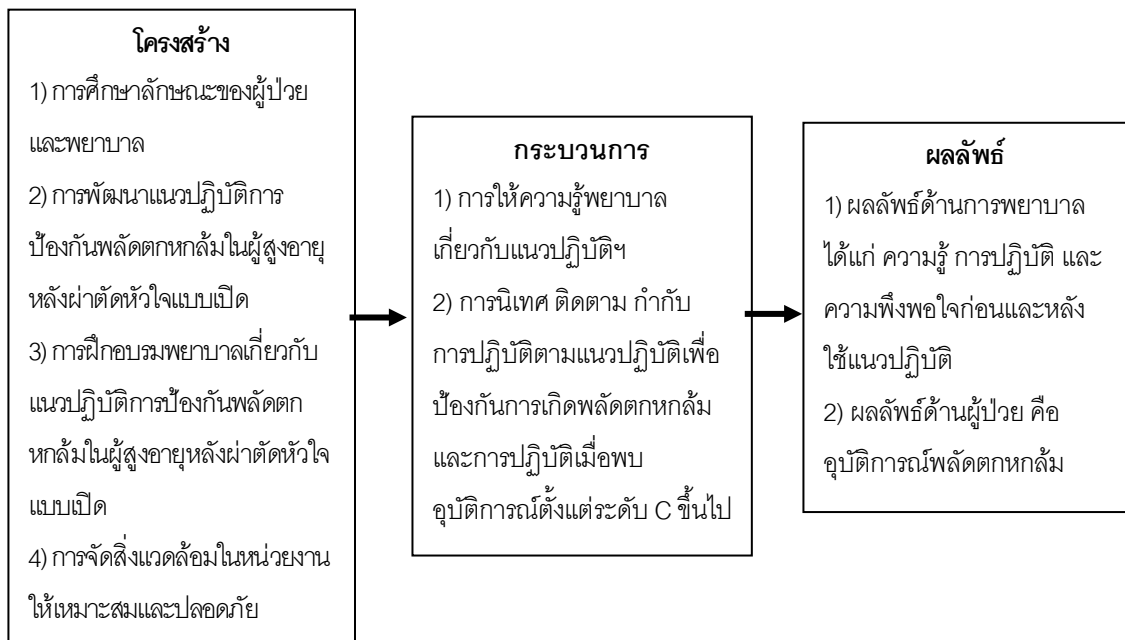
ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ตลอดจนออกแบบระบบให้มีการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และศึกษาประสิทธิผล ของแนวปฏิบัติฯ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ มีการปฏิบัติ พึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติฯ และลดอุบัติการณ์เกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. เปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
3. ศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของ Donabedian^๑ ซึ่งอธิบายคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ มี 3 องค์ประกอบ รูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาดังแต่แรกเริ่มพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเป็นจำนวน 7 วัน มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยหรือญาติยินยอม/สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การยุติการวิจัย คือ เมื่อผู้ป่วยและ/หรือญาติมีความประสงค์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย จำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากสิ้นสุดการดูแล หรือกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 2) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน ศัลยกรรมและกึ่งวิกฤต 7/9 ที่ปฏิบัติงานประจำไม่มีตำแหน่งบริหารในหอผู้ป่วย (หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 3 คน) ในช่วงที่ทำการศึกษามีจำนวน 21 คน ยินยอม/สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์โดยการกำหนดค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐาน (Standardized Effect Size) 0.50 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) 0.80 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 เปิดตารางแสดงขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาที่เปรียบเทียบ ค่าสัดส่วนได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (3 คน) จึงมีขนาดตัวอย่าง 30 คน 2) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน ศัลยกรรมกึ่งวิกฤต 7/9 ขณะศึกษาจำนวน 21 คน

ข้อพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันโรคทรวงอก เลขที่ REC 018/2565 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการบอกเลิกหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อนักเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะ

ได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และขอความยินยอมด้วยการลงลายมือชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวปฏิบัติเดิมของสถาบันที่มีมาก่อน 2) แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ สำหรับพยาบาล ประกอบด้วย คะแนนที่ได้จากการประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3) แบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเมื่อพบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มตั้งแต่ระดับ C ขึ้นไป

2. เครื่องมือกำกับการวิจัย เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาล แบ่งตามระดับความเสี่ยง ได้แก่ ไม่มีความเสี่ยง เสี่ยงต่ำ และเสี่ยงสูง ให้เลือกตอบปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ โดยพยาบาลผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล สังเกตจากการทำกิจกรรมที่กำหนด

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ 2) ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบบันทึกการเกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระดับ C ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ (1) แนวปฏิบัติการป้องกันพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (2) แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (3) แบบบันทึกกิจกรรม การพยาบาลเมื่อพบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม (4) แบบสังเกต การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของพยาบาลวิชาชีพ (5) แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (6) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางการประเมินการพลัดตกหกล้มของ ธารทิพย์ ตนตรง และคณะ¹⁰ (7) แบบบันทึกการเกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระดับ C ขึ้นไป มีค่า CVI เท่ากับ 1, 1, 1, 1, 0.98, 1 และ 1 ตามลำดับ

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น ดังนี้ (1) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันพลัดตกหกล้มระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลผู้ช่วยวิจัย 3 คน นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของการสังเกต โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.88 (2) แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด นำไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

10 คน ค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.60 และทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจริง 21 คน ได้ค่า KR -20 เท่ากับ 0.60 (3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 21 คน ตรวจสอบความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยดำเนินการ (Implementation research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนการดำเนินการ

ผู้วิจัยมีการกำหนด และเข้าพบพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัยในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจเพื่อฝึกอบรมเตรียมความรู้ ความพร้อม และหาข้อตกลงร่วมกัน เนื่องจากเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในเวรของหอผู้ป่วยในศัลยกรรมและกึ่งวิกฤต 7/9 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตและแต่งตั้งผู้ช่วยวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่มีอายุการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป รวมทั้งหมด 3 คน

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 นัดประชุมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 21 คน เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และทดสอบความรู้เรื่องการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญ ความจำเป็นในการนำแนวปฏิบัติ มาใช้ ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ส่งเสริมให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และแนวทางปฏิบัติ นอกจากนี้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้ปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม การร่วมพิจารณาแนวปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการดำเนินการใช้นโยบายปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถามรายละเอียด และประเด็นที่สงสัย จนเข้าใจ นอกจากนี้มีการจัดประชุมพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัยเพื่อวางแผนการ

ใช้แนวปฏิบัติ และกำหนดหน้าที่ในการนิเทศ ติดตาม ควบคุมการใช้แนวปฏิบัติ ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่ม ตัวอย่าง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม 4 คน และพบพยาบาล วิชาชีพหัวหน้าเวรที่เป็นผู้กำกับการปฏิบัติของพยาบาล ในเวรของหอผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2-11 ดำเนินการดังนี้ 1) ประชาสัมพันธ์ ให้บุคลากรทุกคน ในหอผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มตามแนวปฏิบัติ นี้ ตั้งแต่แรกรับไว้ใน การดูแลจนถึงจำหน่ายจาก โรงพยาบาล หรือรับไว้ใน การดูแลจนครบ 7 วันในหอผู้ป่วย (แผนการจัดการทางคลินิกโดยทีมสหสาขา วิชาชีพกลุ่มงาน ศัลยศาสตร์ สถาบันโรคทรวงอก: Clinical pathway in Cardio Vascular and Thoracic Surgery โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัด 1 วัน จนถึงหลังผ่าตัดวันที่ 7 2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่ม ตัวอย่างประเมินความเสี่ยง และให้การพยาบาลตาม ระดับความเสี่ยง ตลอดจนบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมใน การป้องกันพลัดตกหกล้มตามระดับความเสี่ยง 3) ผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัย สังเกตการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติ ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 4) ผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัย นิเทศติดตามและ กำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่อง สอบถามปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นำมาหา แนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยร่วมประชุมปรึกษาในทีม พยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัย ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลัง ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สัปดาห์ละ 3 วัน (วันจันทร์, พุธ และ ศุกร์) และมีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร ในแต่ละเวรเป็นผู้กำกับการดูแลการใช้แนวปฏิบัติ 5) ผู้วิจัย นำแนวปฏิบัติ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยวิจัย และนำไปใช้ในพื้นที่ศึกษาอีกครั้ง

ระยะที่ 3 หลังนำแนวปฏิบัติ ไปใช้

สัปดาห์ที่ 12 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการประเมินความรู้ การปฏิบัติ ความพึงพอใจหลัง

การใช้แนวปฏิบัติ และรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตั้งแต่ เริ่มการวิจัย จนถึงสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ 1) บรรยาย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) บรรยายการ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติ เชิงบรรยาย (Descriptive statistics) โดยแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนว ปฏิบัติ ด้วยสถิติ Paired t-test (เนื่องจากข้อมูลมีการ กระจายเป็นโค้งปกติ) 4) เปรียบเทียบคะแนนความพึง พอใจของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง เทียบกับ เกณฑ์ ร้อยละ 80 ด้วยสถิติ One sample t-test 5) เปรียบเทียบ อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มระหว่างก่อน และหลังใช้แนวปฏิบัติ ใช้การเปรียบเทียบผลต่าง ของสัดส่วนประชากร 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Z-test

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.30 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 53.30 มีบุตรเป็นผู้ดูแลร้อยละ 83.30 มีโรค ประจำตัว 2 โรค คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันใน เลือดสูงผิดปกติ ร้อยละ 33.30 ได้รับการวินิจฉัยโรค เป็นหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 53.30 ทั้งหมดไม่มี ประวัติการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 100 ได้รับการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 53.30 มีค่า EF มากกว่าหรือเท่ากับ 55 % ร้อยละ 56.70 ECG หลัง ผ่าตัดเป็นแบบสม่ำเสมอ (Sinus rhythm) ร้อยละ 86.70 ระยะเวลาใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม มากกว่า 120 นาที ร้อยละ 56.70 หลังผ่าตัดส่วนใหญ่ ได้รับยาที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 1 - 2 ชนิด ร้อยละ 83.30 ยาที่ได้รับมากที่สุด คือ ยาลดความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 43.30 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเป็น

เพศหญิง ร้อยละ 90.50 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 61.90 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่าง 1-12 ปี เฉลี่ย 4.29 ปี (SD = 3.62) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.70 ไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ร้อยละ 81.00 ประเมินตนเองว่ามีความรู้ในการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.40

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนกับหลังใช้แนวปฏิบัติ การป้องกันพลัดตกหกล้ม ด้วยสถิติ Paired t-test (เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ) พบว่า คะแนนความรู้หลังสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

จากการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ที่ระดับความเสี่ยงสูงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ร้อยละ 81.00-100.00 ข้อที่มีการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ การสรุปยอดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงแต่ละเวรแล้วบันทึกในใบยอด และการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ที่ระดับความเสี่ยงต่ำของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ร้อยละ 81.00 – 100.00 ข้อที่มีการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ ป้ายเตือนสัญลักษณ์สีเหลือง บริเวณหน้าห้อง (ห้องพิเศษ) และที่หัวเตียง (เตียงสามัญ)

คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.50 แต่ร้อยละ 9.50 พบว่าแนวปฏิบัติ ไม่สะดวกต่อการใช้งานเนื่องจากมีจำนวนข้อของกิจกรรมแนวปฏิบัติ มากเกินไป เมื่อนำมาทดสอบกับเกณฑ์ความพึงพอใจร้อยละ 80 ด้วยสถิติ One Sample t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนกับหลังใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ Paired t-test และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80 (n = 21)

	คะแนนความรู้			ความพึงพอใจ				
	X ± SD	Paired t-test	p – value	X ± SD	น้อยกว่า 80% n (%)	มากกว่า หรือ เท่ากับ 80% n (%)	One Sample t- test (80%)	p-value (1-tailed)
ก่อน	22.48 ± 1.86	-8.739	.000	-	-	-	-	-
หลัง	24.48 ± 2.11			26.24 ± 3.16	2 (9.50)	19 (90.50)	3.248	.004

อุบัติการณ์เกิดพลัดตกหกล้มเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ คิดเป็น 1.96 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน หลังใช้แนวปฏิบัติฯ คิดเป็น 0.73 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความ

แตกต่างอัตราการเกิดพลัดตกหกล้มระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติ Z-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของอุบัติการณ์เกิดพลัดตกหกล้มระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ Z-test

	อุบัติการณ์เกิดพลัดตก หกล้มต่อ 1,000 วันนอน	Z-test	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ	1.96	1.246	> .05
หลังใช้แนวปฏิบัติฯ	0.73		

การอภิปราย

ความรู้ของพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นไปตามสมมติฐาน จากการนำแนวคิดของ Donabedian มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น ได้มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีการให้ความรู้ด้วยการจัดอบรมและแจกเอกสารการอบรมในไลน์ของหน่วยงานที่มีเนื้อหาประกอบด้วย อันตรายจากการพลัดตกหกล้ม ความสำคัญของการประเมินความเสี่ยง ปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันตามระดับความเสี่ยง และการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์มีผลทำให้ความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริลักษณ์ กุลละวณิชวิวัฒน์ และคณะ¹¹ พบว่าความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะคนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยบกพร่องทางการเคลื่อนไหวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับของวรรณภาพฤกษ์วัน, อรชร กันจัน๊ะ, ประไพศรี ปัญญาอินแก้ว, เสาวณีย์ ฤดี, และเยาวภา พรเวียง¹² พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยของพยาบาลหลังสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ

การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานวิจัยที่พบว่า หลังให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มพยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น¹³ แต่แตกต่างจากของ นันทิดา พันธุศาสตร์ และคณะ¹⁴ ที่พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง/ป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่แตกต่างกัน

การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพตามระดับความเสี่ยงสูงและต่ำ ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามกว่าร้อยละ 80 ในกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 ได้หาแนวทางแก้ไข โดยในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงใช้กระดานสื่อสารกับทีมติดตั้งที่เคาเตอร์พยาบาล และจัดทำสติ๊กเกอร์พื้นสีแดงพิมพ์ตัวอักษร “F” ติดไว้ที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ในส่วนของการติดป้ายสัญลักษณ์สีเหลือง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในหอผู้ป่วยพิเศษทำให้บริเวณที่ติดสัญลักษณ์ใช้งานไม่ได้ จึงอาจไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ในข้อนี้ แต่ใช้วิธีการสื่อสารส่งต่อระหว่างเวรแทน จากการสังเกตการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ที่มีระบบในการติดตาม กำกับ นิเทศ สอบถามปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และมีการ

มอบหมายให้หัวหน้าเวรแต่ละเวรเป็นผู้กำกับดูแลในการใช้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวภาคย์ สุขเกษม¹⁵ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าจากการสังเกตการการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มของพยาบาลวิชาชีพ มีการดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้ปลอดภัยโดยมีป้ายระวางพื้นลื่น ติดแผ่นกันลื่นบริเวณทางลาด มีกริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ ร้อยละ 100.00 รองลงมา คือ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้ แบบประเมิน Falls risk assessment tool หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ร้อยละ 90.00 การบันทึกกิจกรรมการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มในบันทึกทางการพยาบาล และส่งต่อข้อมูลระหว่างการรับเวร-ส่งเวร ร้อยละ 75.00 ส่วนการติดสัญลักษณ์ดาวแดงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพลัดตกหกล้มบริเวณเตียงผู้ป่วยและหน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพียง ร้อยละ 25.00 สอดคล้องกับของ ลาววัลย์ เขยชม และคณะ³ หลังใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยสามัญหญิง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทาง ร้อยละ 95.00 ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยของธนิดา สุขรมย์⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลใน 5 หอผู้ป่วย พบว่าจากการสังเกตการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติ (Work instruction) มีการประเมินความเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้ม เพียงร้อยละ 60

ความพึงพอใจของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติฯ เมื่อเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80 พบว่ามีคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายฯ สูงกว่าเกณฑ์ เนื่องจากพยาบาลเห็นว่าแบบประเมินความเสี่ยงสามารถแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงออกจากผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงได้ เนื่องจากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมาใหม่มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แตกต่างจากแบบประเมินเดิมที่ใช้ของ

Hendrich ซึ่งนำมาใช้กับทุกแผนกของโรงพยาบาล และกิจกรรมการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงระดับต่ำและสูง ช่วยลดการพลัดตกหกล้มได้จริง แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลมีข้อเสนอแนะว่าแนวปฏิบัติมีจำนวนกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติมากเกินไป ควรหาข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้วิจัยเพื่อลดกิจกรรมที่สามารถลดได้ลง สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล³ แต่แตกต่างจากงานวิจัยของของธนิดา สุขรมย์⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 5 หอผู้ป่วย พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับปานกลาง

อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มที่ระดับ C ขึ้นไป เปรียบเทียบก่อนกับหลังใช้แนวปฏิบัติฯเป็นเวลา 3 เดือน มีแนวโน้มเกิดการพลัดตกหกล้มลดลง แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า อัตราการเกิดพลัดตกหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีนัยสำคัญทางคลินิก จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 2 ราย ที่เกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้มเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ได้รับยาขับปัสสาวะและยาคลายวิตกกังวล เกิดในเวรตึก กิจกรรมที่สัมพันธ์กับบริเวณข้างเตียง เนื่องจากต้องการปัสสาวะ อธิบายได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติฯ ส่งผลให้พยาบาลป้องกันการพลัดตกหกล้มลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มได้จริง เนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีการปรับเปลี่ยน การประเมินความเสี่ยงที่แตกต่างจากแบบประเมินความเสี่ยงเดิมที่ขาดความเฉพาะเจาะจง กับบริบทของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และแนวทางการปฏิบัติถูกกำหนดอย่างเป็นระบบตามระดับความเสี่ยงทำให้

สะดวกต่อการปฏิบัติและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ของทีมการพยาบาล สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ อธิบายการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ 'ไม่แตกต่างกัน แต่อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มลดลง'¹⁷ แตกต่างจากงานวิจัยที่อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ทางสถิติ¹⁸ และแตกต่างจากงานวิจัยของนิภาพร มีชิน และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย ที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัด ขอนแก่น และธนิดา สุขสมย์⁶ ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ที่รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 5 หอผู้ป่วย คือ พิเศษ อายุกรรมหญิง อายุกรรมชาย ศัลยกรรม และศัลยกรรม กระดูกและข้อ โรงพยาบาลปากช่องนานา ไม่พบ อธิบายการเปลี่ยนแปลงในขณะทำการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการออกแบบระบบการนำแนวปฏิบัติ การป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดไปใช้อย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วย โดยมอบหมายให้

หัวหน้าเวรทุกเวรเป็นผู้กำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติ

2) ประชุมพยาบาลเพื่อทบทวนปัญหา อุปสรรคในการนำไปใช้ และร่วมกันเสนอความคิดเห็น เพื่อแก้ไขปัญหการนำไปใช้ที่ไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน และควรนำความรู้ การปฏิบัติบางประการที่ยังไม่ได้ผลดี มาพัฒนาสนับสนุนเพิ่มเติม

3) ควรมีการศึกษาติดตามผลการใช้ แนวปฏิบัติ ในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อยืนยัน ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ ที่มีผลต่ออุบัติการณ์เกิด พลัดตกหกล้ม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจาก งานการพยาบาลผู้ป่วยในศัลยกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยใน ภาควิชาด้านพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ขอขอบคุณผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในศัลยกรรมและ กึ่งวิกฤต 7/9 ทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไป ด้วยดี

Reference

1. Healthcare Accreditation Institute. Patient Safety, Our Safety with 2P Safety Goal. 2017. Thai.
2. Healey F, Scobie S, Oliver D, Pryce A, Thomson R, Glampson B. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. BMJ Qual Saf. 2008;17(6):424-30.
3. Walelat F, Siripan S. Guidelines for prevention of falls in the elderly in hospitals. Princess Naradhiwas Univ J.
4. Lawan Choiechom, Chayanon Thiplamu, Saranya Thadthong. Effects of using guidelines for fall prevention in the female general ward 1, Lopburi Cancer Hospital. J Dep Med Serv. 2019;44(5): 54-61. Thai.
5. Rattanaporn Tamee, Puangthip Chaipibansrit, Panta Apiragnaphanat. Relationships between selected factors and fall in patients at a private hospital. Vajira Nurs J. 2018;20(1):12-26. Thai.
6. Sasiya Sirirattanawong. Complications after open heart surgery at Suratthani Hospital. Anesth J Thai. 2020;46(1):7-14. Thai.
7. Bannister C, Kendall S. Side-Effects and Complications of Heart Surgery. SCTS and Bupa; 2016.

8. Sasiya Sirirattanawong. Complications after open heart surgery at Suratthani Hospital. *Anesth J Thai*. 2020;46(1):7-14. Thai.
9. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press; 1980.
10. Thanthip Tontong, Nongnooch Yamwong, Narumon Khongsakan, Sairung Deenok. Development of a risk assessment guideline for falls prevention in hospital wards. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2010. Thai.
11. Siriluck Kullavanithiwat, Patcharin Soracheewameta, Srisuda Jiarat, Radiwan Kittichaiyasaet, Matanee Radabuttra, Saranit Boonprasop. Development of an individualized patient care model for fall prevention in mobility-deficit patients during rehabilitation at the hospital. *J R Thai Army Nurses*. 2020;21(2):422-33. Thai.
12. Wannapa Pruksawan, Orachon Kanjina, Prapaisri Panya- inggam, Saowanee Rudee, Yaowapa Pornwiang. Development of a clinical supervision model to prevent falls for cancer patients receiving treatment in the hospital. *SNC Nurs Suphan J*. 2022;5(1):113-29. Thai.
13. Jo EG, Seong M, Lee Y, Sok S. Effects of fall prevention educational program for nurses in comprehensive nursing care units. *J Korea Contents Assoc*. 2019;19(11):190-200.
14. Nanthida Pansupsart, Siriporn Kumphakam, Walaiporn Nansupawat, Kanokkan Wongsansi. Effectiveness of Fall Monitoring/Prevention Guideline "I'M SAFE". *J Nurs Health Care*. 2013;31(2): 111-22. Thai.
15. Saowapak Sukhasem. The effects of using a fall prevention guideline on the female surgical ward, Uttaradit Hospital. *J Health Environ Res*. 2023;8(2):478-87. Thai.
16. Dhanida Sukharom. The effects of developing a nursing service system for preventing falls among elderly patients in hospitals. *J Health Environ Res*. 2023;8(2):283-91. Thai.
17. Johnston M, Magnan MA. Using a fall prevention checklist to reduce hospital falls: results of a quality improvement project. *AJN Am J Nurs*. 2019;119(3):43-9.
18. Stephenson M, Mcarthur A, Giles K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Prevention of falls in acute hospital settings: a multi-site audit and best practice implementation project. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(1):92-8.
19. Meechin N, Dongrungrach R, Daoruang S. Development of a fall prevention model for elderly patients in hospitals. *Khonkaen Provincial Health Office Journal*. 2023;5(1):137.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาลต่อทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี

จิระวรรณ อุดคึกมาพันธุ์*	วท.ม. (การพัฒนาศาสตร์พยาบาล)
ภัทรพิชชา ครูทางคะ**	ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)
กษิตศ ครูทางคะ***	ค.ม. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

(รับ: 16 มิถุนายน 2567, แก้ไข: 3 สิงหาคม 2567, ตอรับ: 13 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบ ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 44 คน เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาล ประกอบด้วย การบรรยาย คลิปวิดีโอ การออกแบบการให้บริการกับผู้รับบริการตามสถานการณ์จำลอง เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบวัดทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา มากกว่า 0.67 ทุกข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติการทดสอบ paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบนี้สามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งมอบการบริการทางสุขภาพให้กับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม และตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การคิดเชิงออกแบบ การออกแบบทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

E-mail: phatphitcha.kru@gmail.com

*** ผู้จัดการ โรงเรียนกุลดิศววิทยาสุพรรณ อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Effects of promoting design thinking for designing nursing programs on the nursing design thinking skills of nursing students at Pathum Thani University

Jeerawan Ukakimaparn* M.S. (Human Resource and Organization Development)

Phatphitcha Kruthangka** Ph.D. (Educational Research Methodology)

Kasidis Kruthangka*** M.Ed. (Educational Research Methodology)

(Received: June 16, 2024, Revised: August 3, 2024, Accepted: August 13, 2024)

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental aimed to study the effects of promoting design thinking program of the nursing students, Pathumthani University. The sample group consisted of 44 second-year nursing students, academic year 2023. The research instrument was a promoting design thinking for designing nursing programs and comprised of lectures, video clips, and service design for service recipients based on simulation situations. Data collection tool was a nursing design thinking skills questionnaire. The content validity of the tool was greater than 0.67 for all items and Cronbach's alpha coefficient was 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test.

The results showed that the mean score of nursing design thinking skills of the nursing students after receiving the program to promote design thinking for designing nursing programs was significantly higher than before receiving the program at the .05 level. The results of this study show that promoting design thinking for designing nursing programs can be used to promote students' creativity and innovation skills and apply the acquired knowledge to delivering health services to the target service recipients appropriately and respond to their problems, needs, and expectations.

Key words: design thinking, designing nursing programs, nursing students

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Lecturer, Faculty of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang,
Corresponding author, E-mail: phatphitcha.kru@gmail.com

*** Manager, Kulladiswittayanusorn Wichianburi School, Phetchabun Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุคการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 เป็นการศึกษาที่เน้นทักษะสำคัญ คือ ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม หรือ 3Rs และ 8Cs ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับเด็กและเยาวชนเป็นอย่างมาก เพื่อให้การเรียนรู้ของผู้เรียนมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม (creativity and innovation) เป็นทักษะหนึ่งใน 8Cs ที่ทุกคนจำเป็นต้องมี¹ คุณลักษณะของบุคคลที่มีทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ต้องมีการคิดอย่างสร้างสรรค์ (think creativity) มีการวิเคราะห์และประเมินความคิดเพื่อพัฒนาความคิดอย่างต่อเนื่อง สามารถร่วมทำงานสร้างสรรค์ร่วมกับผู้อื่น เปิดใจรับมุมมองใหม่ๆ ของผู้อื่น สามารถมองความล้มเหลวเป็นโอกาสในการเรียนรู้ จนสามารถสร้างนวัตกรรมให้เกิดเป็นรูปธรรมและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายได้² ซึ่งการคิดเชิงออกแบบเป็นกระบวนการหนึ่งที่ต้องใช้การคิดสร้างสรรค์สำหรับการออกแบบเพื่อให้ได้นวัตกรรมที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

การคิดเชิงออกแบบ (design thinking) เป็นขั้นตอนการดำเนินงานของผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการเพื่อใช้ในการออกแบบผลิตภัณฑ์หรือการส่งมอบบริการที่ตอบสนองความต้องการเชิงลึกของผู้ใช้หรือผู้รับบริการ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์หรือการบริการมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการคิดที่เป็นขั้นตอน มีความหลากหลายสร้างสรรค์ และนำมาซึ่งผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ใช้สำหรับแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่สามารถนำไปใช้ได้จริง^{3,4} และสอดคล้องกับเทคโนโลยีและบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป⁵ การคิดเชิงออกแบบได้รับการพัฒนาจากมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด โดยสถาบัน Stanford d.school และได้รับความนิยมในวงกว้าง⁶ มีการจำแนก

ขั้นตอนการคิดเชิงออกแบบออกเป็น 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ใช้ (empathy) การกำหนดปัญหา (define problems) การสร้างความคิด (ideate) การสร้างต้นแบบ (prototype) และการทดลองใช้จริง (testing) ซึ่งเป็นโมเดลการคิดเชิงออกแบบที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในการอ้างอิงและนำไปใช้⁷ ทั้งนี้แม้ว่าจะเป็นกระบวนการที่ระบุถึงขั้นตอนที่ชัดเจน แต่การคิดเชิงออกแบบนั้นเป็นกระบวนการที่มีการดำเนินการเป็นวงจรแบบวนซ้ำ เพื่อให้ได้มาซึ่งนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด⁸ และในปัจจุบันแนวคิดนี้ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายทั้งในด้านการศึกษาด้านการให้บริการ รวมทั้งด้านสาธารณสุข

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนมีความหลากหลายและซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมใหม่ๆ เข้ามาใช้ในการบริการมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้พยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพการบริการท่ามกลางความท้าทาย⁹ อีกทั้งผู้รับบริการมีความรู้มากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลสะดวกมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความคาดหวังต่อการบริการเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ร่วมกับระบบการประเมินและประกันคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มุ่งเน้นให้องค์กรพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการแข่งขันด้านคุณภาพการบริการในแต่ละโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาคุณภาพการบริการให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ที่มีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ เกิดการประจวบผลงานหรือนวัตกรรมต่างๆ มากขึ้น¹⁰ ผู้ให้บริการจึงต้องคิดหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และต่อเนื่องอยู่เสมอ เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต¹¹ ถือเป็นความท้าทายขององค์กรพยาบาล

ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ แต่ยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานการพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ทั้งเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วยและประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ ตลอดจนสามารถปรับตัวเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดได้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้¹² นอกจากนี้ยังต้องสามารถวิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุ เพื่อวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาพยาบาลให้มีความสามารถในการสร้างนวัตกรรมการพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น เพื่อให้การดูแลที่ตอบสนองตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและเกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดขึ้นตั้งแต่ขณะที่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี มีภารกิจหลัก คือ ผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของสังคม มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงสามารถใช้กระบวนการวิจัยและกระบวนการสร้างนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลและสุขภาพได้ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การคิดเชิงออกแบบเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนานวัตกรรมที่ท้าทาย และเป็นเครื่องมือขั้นตอนสำหรับการฝึกอบรมเพื่อสร้างสรรค์นวัตกรรม¹³ กระบวนการคิดเชิงออกแบบช่วยสร้างการเรียนรู้ของนักศึกษาและพัฒนาทักษะต่างๆ รวมถึงกระบวนการคิดและการแก้ปัญหาเชิง

สร้างสรรค์ ผ่านการลงมือปฏิบัติจริง ช่วยเพิ่มมูลค่าและผลลัพธ์การเรียนรู้อย่างแท้จริง¹⁴ นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนาหลักสูตรการคิดเชิงออกแบบเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย การสร้างสรรค์ การมีพลังขับเคลื่อนด้วยตนเอง การตระหนักรู้ความสามารถตนเอง การมีภาวะผู้นำ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ โดยพบว่าภายหลังการใช้หลักสูตรนี้ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะนวัตกรรมสูงกว่าก่อนใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹⁵

ในปีการศึกษา 2566 คณะพยาบาลศาสตร์ได้มุ่งเน้นพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ หรือวิธีการพยาบาลใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลดีต่อผู้รับบริการและองค์กรพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยในบทบาทอาจารย์เห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้นักศึกษาการพยาบาลมีทักษะการคิดเชิงออกแบบ โดยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาลในนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยปทุมธานี และศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลและนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งมอบการบริการทางสุขภาพกับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการในอนาคตได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาลต่อทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

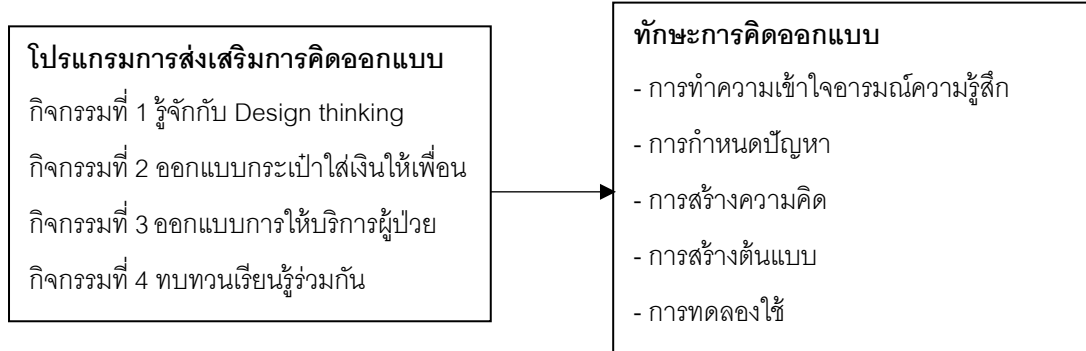
คะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับ

วารสารกองการพยาบาล

โปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการ
ออกแบบทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริม
การคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการ

พยาบาลในนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แนวคิดการ
ออกแบบของ Stanford d.school⁷ ที่ส่งผลต่อทักษะ
การคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ (Quasi-experimental research design) ดำเนินการทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียว (one group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2566 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี จำนวน 102 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2566 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1 กำหนดการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน (dependent sample t-test) กำหนดเป็นแบบ one tailed ได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ในการศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้การคิด

เชิงออกแบบ เท่ากับ .68¹⁶ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) เท่ากับ .05 และค่า power of analysis เท่ากับ .99 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 คน คัดเลือกตามความสะดวก (convenience sampling) เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2566 สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดออกของตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ นักศึกษาพยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาลครบตลอดระยะเวลาของโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

วาระการสอบการพยาบาล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ตอน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยรหัสนักศึกษา เพศ และประวัติการอบรมการคิดเชิงออกแบบ มีจำนวน 3 ข้อ และ 2) แบบประเมินทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการคิดออกแบบของ Stanford d.school⁷ บูรณาการกับกระบวนการพยาบาล มีจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด 4 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงมาก 3 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง 2 หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริงน้อย และ 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่เป็นจริง และกำหนดเกณฑ์การแปลผลตามหลักของ เบสท์¹⁷ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกิจกรรมตามแนวคิดการออกแบบของ Stanford d.school⁷ ประกอบด้วย 1) รู้จักกับ design thinking โดยบรรยายเกี่ยวกับแนวคิดการออกแบบพร้อมสื่อการสอน PowerPoint และคลิปวิดีโอ 2) การออกแบบให้บริการ โดยใช้กระดาษฟลิพชาร์ท

กระดาษโพสต์อิทโน้ต ปากกาเมจิก สำหรับบันทึกความคิดของสมาชิกภายในกลุ่ม โดยวิทยากรที่ดำเนินการจัดกิจกรรมในโปรแกรมนี้เป็นอาจารย์ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยและสอนนักศึกษาเกี่ยวกับการคิดเชิงออกแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ และนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องของการใช้ภาษาเพื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 จำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง และนำข้อมูลมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.91 ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาล ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่าด้านประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม ด้านความง่ายของโปรแกรม และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีความเหมาะสม หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง เพื่อประเมินโปรแกรม ดูความชัดเจนและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยขอขานุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี วันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ PTU-REC 020/2566 จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงผลกระทบที่ได้รับ พร้อมทั้งตอบข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำเสนอรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวอย่างเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาหนังสือ ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการคิดเชิงออกแบบ พัฒนาโปรแกรมบรรยายและออกแบบกิจกรรม โดยได้ทำการปรึกษาผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการทำกิจกรรมการคิดเชิงออกแบบ พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำกิจกรรม และพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล

2. สํารวจรายชื่อนักศึกษาพยาบาลที่อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และร่วมกันกำหนดวันเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนการทดลอง ใช้เวลาในการเข้าร่วม

โปรแกรม 1 วัน รายละเอียดของกิจกรรม มีดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการวัดทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโปรแกรม

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาลตามที่ได้ออกแบบไว้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้จักกับ design thinking ในกิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการคิดเชิงออกแบบ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการออกแบบ โดยเน้นแนวคิดการออกแบบของ Stanford d.school⁷ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก 2) การกำหนดปัญหา 3) การสร้างความคิด 4) การสร้างต้นแบบ และ 5) การทดลองใช้ โดยใช้เวลาประมาณ 90 นาที

กิจกรรมที่ 2 ออกแบบกระเป๋าสตางค์ให้เพื่อน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ได้จำนวนกลุ่มทั้งสิ้น 7 กลุ่ม จัดกิจกรรมแรกให้ออกแบบกระเป๋าสตางค์ให้กับเพื่อนในกลุ่ม จนกว่าเพื่อนในกลุ่มจะพึงพอใจ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 ออกแบบการให้บริการผู้รับบริการ ขั้นดำเนินการกิจกรรมใช้แนวคิดการคิดเชิงออกแบบ ประกอบด้วย 1) การทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ใช้ โดยกำหนดให้สมาชิกในกลุ่ม 1 คน รับบทบาทสมมติเป็นผู้รับบริการเพื่อเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาล อนามัย หรือในชุมชน และสมาชิกที่เหลือในแต่ละกลุ่มใช้แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการเพื่อเก็บข้อมูล 2) การกำหนดปัญหาใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ (say-do-think-feel) เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการในการได้รับการพยาบาล และกำหนดเป็นมุมมองของ

ผู้รับบริการ (point of view; PoV) 3) การสร้างความคิดด้วยการใช้แผ่นกระดาษโพสติดทิท นำเสนอความคิดในกลุ่มและสรุปประเด็นที่ต้องการ 4) การทำต้นแบบและการทดลอง โดยขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยรวมขั้นตอนการพัฒนาต้นแบบและการทดลองใช้ไว้ด้วยกัน เนื่องจากมีระยะเวลาจำกัด โดยให้แต่ละกลุ่มสร้างสถานการณ์จำลองและทดลองใช้ต้นแบบและทำการปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างทำการออกแบบชิ้นงาน ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการณ์ได้มาของต้นแบบ โดยกล่าวคำชมเชย ให้กำลังใจและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมถึงมีการนำเสนอต้นแบบนวัตกรรมของแต่ละกลุ่ม โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมดในกิจกรรมนี้ประมาณ 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนและเรียนรู้ร่วมกัน ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมกันแสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยในส่วนที่ยังไม่เข้าใจเพื่อให้เกิดการเข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งสรุปกิจกรรมและสิ่งที่ได้จากโปรแกรม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 60 นาที

ขั้นประเมินผล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างการประเมินทักษะ การออกแบบทางการพยาบาลทันทีภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาเดียวกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และระดับทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล ประกอบด้วย ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย

(mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD)

2. นำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบโคโมโกรอฟสมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบ paired sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 44 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 40 คน (ร้อยละ 90.91) เพศชาย 4 คน (ร้อยละ 9.09) และส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการคิดเชิงออกแบบ 32 คน (77.73) และยังไม่เคยผ่านการอบรม 12 คน (ร้อยละ 27.27)

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.41$, $SD = 0.62$) คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน (M อยู่ระหว่าง 4.47-4.32 และ SD อยู่ระหว่าง 0.62-0.77) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 3.42$, $SD = 0.79$) และคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน (M อยู่ระหว่าง 3.41-3.51 และ SD อยู่ระหว่าง 0.71-0.94) ยกเว้นด้านการทดลองใช้ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.29$, $SD = 1.00$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 44)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
1. การทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก	3.42	0.71	มาก	4.32	0.71	มากที่สุด
2. การกำหนดปัญหา	3.45	0.81	มาก	4.42	0.62	มากที่สุด
3. การสร้างความคิด	3.51	0.90	มาก	4.47	0.70	มากที่สุด
4. การสร้างต้นแบบ	3.41	0.94	มาก	4.41	0.77	มากที่สุด
5. การทดลองใช้	3.29	1.00	ปานกลาง	4.43	0.62	มากที่สุด
ทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล	3.42	0.79	มาก	4.41	0.62	มากที่สุด

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 5 คะแนน

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล ($M = 4.41$, $SD = 0.62$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 3.41$, $SD = 0.79$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่า

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก ด้านการกำหนดปัญหา ด้านการสร้างความคิด ด้านการสร้างต้นแบบ และด้านการทดลองใช้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาล (n = 44)

การทดลอง	M	SD	t	df	p-value	Cohen's d
1. การทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก						
หลังทดลอง	4.32	0.71	8.090	43	<0.001*	0.73
ก่อนทดลอง	3.42	0.71				
2. การกำหนดปัญหา						
หลังทดลอง	4.42	0.62	7.963	43	<0.001*	0.80
ก่อนทดลอง	3.45	0.81				
3. การสร้างความคิด						
หลังทดลอง	4.47	0.70	7.775	43	<0.001*	0.82
ก่อนทดลอง	3.51	0.90				

ตารางที่ 2 ค่าสถิติและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาล (n = 44) (ต่อ)

การทดลอง	M	SD	t	df	p-value	Cohen's d
4. การสร้างต้นแบบ						
หลังทดลอง	4.41	0.77	6.669	43	<0.001*	0.99
ก่อนทดลอง	3.41	0.94				
5. การทดลองใช้						
หลังทดลอง	4.43	0.62	8.953	43	<0.001*	0.85
ก่อนทดลอง	3.29	1.00				
ทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาล						
หลังทดลอง	4.41	0.62	9.221	43	<0.001*	0.71
ก่อนทดลอง	3.42	0.79				

หมายเหตุ * $p < .05$

จากกิจกรรมออกแบบการให้บริการผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอต้นแบบนวัตกรรมของแต่ละกลุ่ม
ทั้งหมด 7 เรื่อง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ต้นแบบนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (7 กลุ่ม)

กลุ่ม	ชื่อนวัตกรรม
1.	Friendly Assessment Design: การออกแบบเครื่องมือประเมินการตั้งครุฑ เป็นการคัดกรองผู้รับบริการโดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาในการตั้งครุฑเพื่อออกแบบการรับบริการและจุดพักที่ เหมาะสม
2.	Creative Communication Application: การออกแบบระบบการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เป็นการออกแบบแอปพลิเคชันสำหรับสร้างการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลกับเด็กที่เป็นมิตรและสร้างความรู้สึกลึก เชิงบวก
3.	Service Area for Aging: การออกแบบพื้นที่การให้บริการของจุดรับรอง สำหรับผู้สูงอายุ เป็นการออกแบบพื้นที่รับรองที่เหมาะสมกับสรีระของผู้รับบริการและมีการแจ้งเตือนที่เหมาะสม
4.	Follow Up for Disabled: การออกแบบการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับคนพิการ เป็นระบบการติดตามผลการพยาบาลที่เหมาะสมโดยใช้เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้
5.	Health Risks Application: การออกแบบเครื่องมือการแจ้งเตือนความเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นการประเมินความเสี่ยงโดยการใช้เทคโนโลยีตรวจจับการเสี่ยงทางกายภาพของผู้รับบริการเพื่อแจ้งเตือน หน่วยที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือ

ตารางที่ 3 ต้นแบบนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (7 กลุ่ม) (ต่อ)

กลุ่ม	ชื่อนวัตกรรม
6.	Waiting to Examine for Family: การออกแบบกิจกรรมสำหรับรอรับการตรวจของผู้รับบริการที่มาเป็นครอบครัว เป็นการออกแบบพื้นที่รองรับการบริการที่เหมาะสมสำหรับทุกช่วงวัยที่สามารถใช้พื้นที่เดียวกันได้
7.	Easy Pill Alert: กล่องยาแจ้งเตือนสำหรับผู้ที่มีรับประทานยาเป็นประจำ เป็นการออกแบบกล่องยาที่มีระบบการแจ้งเตือน เพื่อบันทึกและส่งข้อมูลการรับประทานยาให้กับโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาลในนักศึกษาพยาบาล สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. โปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาล จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคิดเชิงออกแบบ พบว่า แนวคิดการออกแบบของ Stanford d.school⁷ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก ขั้นตอนการกำหนดปัญหา ขั้นตอนการสร้างความคิด ขั้นตอนการสร้างต้นแบบ และขั้นตอนการทดลองใช้ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนนั้น มีการบูรณาการไว้ในทุกกิจกรรม โดยเริ่มจากให้นักศึกษาทำความเข้าใจกับแนวคิดการออกแบบไปจนถึงการเรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรม ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบรูปแบบการจัดกิจกรรมโดยการใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบทีมเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การคิดเชิงออกแบบนั้น มีลักษณะขั้นตอนเป็นแบบวนซ้ำ และเป็นวัฏจักรตามขั้นตอนที่บุคคลและทีมต้องร่วมกันระดมสมอง เรียนรู้การทำงานเป็น

ทีมเพื่อสร้างสรรค์นวัตกรรม สำหรับแก้ไขปัญหาทางสุขภาพได้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบใช้ทีมเป็นฐาน (Team-based learning) ที่พัฒนาขึ้นโดย Michaelson, Knight และ Fink¹⁸ เป็นการออกแบบการเรียนการสอนแบบกลุ่มเล็ก (small group learning) ที่ช่วยให้ผู้เรียนได้ทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม มีการนำข้อมูลมาร่วมแสดงความคิดเห็น อภิปรายและตัดสินใจร่วมกันในทีม โดยมีเป้าหมายและความต้องการร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสำเร็จของกลุ่ม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Dorland¹⁹ และ Khamkhum²⁰ ที่พบว่าการทำงานร่วมกันนั้นช่วยให้ผู้ประกอบการวิชาชีพสามารถออกแบบหรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมในการระดมความคิดและใช้เหตุผลประกอบความคิด นอกจากนี้การคิดเชิงออกแบบนั้น เป็นกระบวนการที่ต้องมีการทำซ้ำสูง และเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้เกิดทักษะการคิดเชิงออกแบบที่สูงขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb²¹ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์สามารถนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมได้ โดยผ่านประสบการณ์ การไตร่ตรอง การคิด การกระทำ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ส่งเสริมแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ และจากการศึกษาของ Henriksen,

Richardson, & Mehta²² ยังพบอีกว่า การใช้วิธีการเรียนรู้แบบลงมือทำ ส่งผลเชิงบวกต่อการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนี้ในโปรแกรมยังใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer-assisted learning) โดยมีอาจารย์เป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำแนะนำการออกแบบนวัตกรรม ผู้อำนวยความสะดวก ผู้ไกล่เกลี่ย และผู้ให้คำปรึกษาและกำลังใจกับนักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจกระบวนการคิดเชิงออกแบบ จนสามารถออกแบบนวัตกรรมได้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Brück & Million²³ และ Khamthana และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การใช้กลยุทธ์การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ที่เน้นการแก้ไขปัญหาจากการเรียนรู้ตามสภาพความเป็นจริง ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและความรู้ในการออกแบบและการใช้เทคโนโลยี ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการวางแผน ซึ่งช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นกับผู้เรียนว่า สามารถทำใหตนเองบรรลุเป้าหมายได้อย่างดีที่สุด จากที่กล่าวมาข้างต้น เห็นได้ว่ากิจกรรมทั้งหมดที่มีในโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการแพทย์นั้น มีทั้งการเรียนรู้แบบทีม การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน มีการใช้กระบวนการที่มีการทำซ้ำ การลงมือปฏิบัติจริง ผลผสมผสานกับเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อแก้ไขปัญหาตามสภาพความเป็นจริง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งเสริมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มมากขึ้น

2. จากผลการวิจัย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการแพทย์พยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับมาก และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 5 ขั้นตอน และผลการวิจัยยังพบอีกว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการแพทย์พยาบาล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการคิดเชิงออกแบบช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะที่หลากหลาย เช่น ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการวางแผน ทักษะการใช้เทคโนโลยี เป็นต้น ซึ่งเห็นได้ชัดจากผลการประเมิน ว่านักศึกษามีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ นักศึกษามีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamthana และคณะ¹⁵ ที่ทำการศึกษาการพัฒนาหลักสูตรการคิดเชิงออกแบบเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ นวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลโดยการประเมินตนเอง และอาจารย์ผู้สอน ภายหลังการใช้หลักสูตรสูงกว่าก่อนใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Khamkhum¹⁹ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบทีมเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงออกแบบของนักศึกษานักศึกษาศาสตรบัณฑิต พบว่า ภายหลังการเรียนรู้ผู้เรียนมีทักษะการคิดเชิงออกแบบสูงขึ้น

สรุป

จุดเน้นของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ กิจกรรมที่ออกแบบสำหรับโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการแพทย์พยาบาล ก่อนเริ่มกิจกรรมต่างๆ ผู้เรียนต้องเข้าใจแนวคิดการ

ออกแบบ ว่าประกอบด้วยขั้นตอนใดบ้าง แล้วจึงค่อยๆ ลงรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการคิดออกแบบ ผ่านกิจกรรม ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจได้มากขึ้น นอกจากนี้ในแต่ละกิจกรรมยังมีการนำวิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ การเรียนรู้แบบทีม การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน การลงมือปฏิบัติจริง การวนซ้ำหรือทำซ้ำหลายๆ ครั้ง การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลที่สูงขึ้น ซึ่งทักษะการคิดเชิงออกแบบนี้เป็นต้นแบบในการเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ความอดทน การมีส่วนร่วม และการสร้างสรรค์นวัตกรรมเข้าไว้ด้วยกัน และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณลักษณะของนักศึกษาให้มีทักษะด้านต่างๆ เช่น ทักษะการสร้างนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ ทักษะด้านเทคโนโลยี และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น นอกจากนี้สิ่งที่ต้องพัฒนาให้กับนักศึกษาเพิ่มเติม คือ การเสริมพลังเพื่อสร้างความมั่นใจในการพัฒนาทักษะ และแนวทางการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างต่อเนื่องควบคู่กันไป และเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้อีกด้วย

References

1. Payne AS., Stanley JR. Pemphigus. In: Goldsmith LA. Katz SI., Gilchrist BA., Paller AS., Leffell DJ., Wolff K. editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill Medical. 2012.
2. Textbook. Dermatology in clinical practice 2020. 2012. Thai.
3. Sanjir G. Scoring system in pemphigus. Indian J Dermatol. 2011; 56; 145-9.
4. Prawit Phisarnbutr. Vesiculobullous Disease. In: Preeya Kunlavanich, Prawit Phisarnbutr., editors Dermatology 2010. 1th ed. Bangkok: Holistic Publishing Company Limited. 2005. Thai.
5. Sung J., Roh M., Kim S. Quality of life assessment in Korean patients with Pemphigus. Ann Dermatol 2015; 27: 492-8
6. Medical records and statistic, Institute of Dermatology. Statistic Summary. 2023. Thai.

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการคิดเชิงออกแบบเพื่อการออกแบบทางการพยาบาล สามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดเชิงออกแบบทางการพยาบาลที่สูงขึ้น ดังนั้นอาจารย์พยาบาล หรือผู้ที่สนใจ ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปขยายผลให้กับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะการคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษา และปรับรูปแบบของกิจกรรมให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้รายชั้นปีหรือรายวิชาที่สนใจ

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการพัฒนานวัตกรรมที่ผู้เรียนสร้างขึ้น โดยเน้นการสร้างต้นแบบ การนำไปทดลองใช้ และปรับปรุงนวัตกรรมจนสามารถนำไปใช้ได้จริง

2.2 ควรมีการเปรียบเทียบโปรแกรมการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงออกแบบโดยใช้ชุดกิจกรรมการเรียนรู้แบบปกติหรือแบบอื่น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์กับผู้เรียนสูงสุด

7. Quality Development Division, Institute of Dermatology. Quality indicators.2019. Thai.
8. Department of Financial and accounting, Institute of Dermatology. Pemphigus Patients Cost. 2016.
9. Preeya Kullavanich. National Dermatology Committee of Thailand, March 26, 2018; Queen Sirikit national institute of child health, Bangkok Thailand. 2019. Thai.
10. Medical records and statistic, Institute of Dermatology. Statistic Summary. 2019. Thai.
11. Puklin Trisukosol. Indicator of institute of dermatology. Supervision of department of medical service, Queen Sirikit national institute of child health. Bangkok Thailand; September 3; 2019. Thai.
12. Medical records and statistic, Institute of Dermatology. Statistic Summary. 2016. Thai.
13. Shikha, D. , Kushwaha, P. , Gokdemir, O. , Marzo, R. R. , & Bhattachaya, S. Editorial: Health literacy and disease prevention. *Frontiers in Public Health* 11:1128257. Doi:10.3389/fpubh.2023.1128257. 2023.
14. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, & Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 2013; 13: 1-17.
15. Ishikawa H, Nomura K, Sato, M, & Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 2008; 23(3): 269-274.
16. Zheng M. , Hui J. , Naiyang S. , Chunxiao D. , Donglei W. , Xiaoge Y. , Xiaoning L. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018; 16:201; <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7>.
17. Ehmann, T.A., Groene, O., Rieger, A.M. & Siegel, A. The relationship between health literacy, quality of life, and subjective health: Result of a cross-sectional study in a rural region in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 2020: 1- 12. Doi:10.3390/ijerph17051683.
18. Tiwakron Prachai boon, Pannee Banchonhattakit, Petcherut Sirisuwan, Atchara Namuang, Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Alongkorn Sukrueangku. Association between Health Literacy and Quality of Life among Elderly in the Upper Northeast of Thailand. *Health Sci J Thai*. 2022; 4(2): 48-56. Thai.
19. Shahid, R., Shoker, M., Chu, M. L., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. BMC Health Services Release. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>. 2022; 22(1148): 1-9.
20. Thada Piamphongsant. Treatment of pemphigus with corticosteroids and cyclophosphamide. *J Dermatol*, 1979: 273-83. Thai.
21. Prodpran Na Songkhla, Oraya Kwangsuksatit. Comparison of prednisolone plus oral azathioprine or oral cyclophosphamide versus prednisolone for treatment of mild pemphigus. *Thai J Dermatol*, 2011; 4: 273-83. Thai.

22. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(12): 2072-8.
23. Kwanmuang Kaewdamkeng. Health literacy: process, practice, evaluation tools. Bangkok: Ideol Digital Print. 2021. Thai.
24. Orem, D. *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby Yearbook. 2001.
25. Bandura, A., & National Inst of Mental Health. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc. 1986.
26. Kwanmuang Kaewdamkeng. K-shape 5 skills to increase health literacy. *Journal of The Health Education Professional Association*. 2020; 35 (2): 22-6. Thai.
27. Jarumon Chinoraso. Relationship between Health Literacy and Preventive Behavior for Cardiovascular Disease among Health Volunteers. *Chonburi Hospital Journal*, 2018; 43(3): 191-198. In Thai.
28. Sureeporn Saengsuwan. Results of the program self-regulation with information clinical to eating behavioral and blood sugar level in diabetic patients who cannot control blood sugar level. Thesis, Master of Nursing (community practice nursing). Burapha University. 2011. Thai.
29. Warayut Wongba. The factors influence to self-behavior in Tuberculosis patients Amnatcharoen province. Thesis Master of Public Health (health promotion). Ubon Ratchathani Rajabhat University. 2009. Thai.

การตายดีตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล

ชนูกร แก้วมณี *	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
พนัญญา ชันติจิตร *	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ลักขณา ชอบเสียง **	พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)

(รับ: 4 กรกฎาคม 2567, แก้ไข: 29 กรกฎาคม 2567, ตอรับ: 6 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

มุมมองต่อการตายดีมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกในการดูแลตนเองและผู้ที่อยู่ในการดูแล การวิจัยเชิงพรรณนาคนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า 410 ราย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการตายดี ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะของการตายดีตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ (1) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล (2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (3) การเตรียมตัวก่อนตาย (4) การตายอย่างธรรมชาติ (5) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข (6) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ (7) ความรู้สึกว่ามีคุณค่า (8) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ และ (9) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ คุณลักษณะทางเลือกของการตายดี เรียงจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ (1) การควบคุมอนาคต (2) การตายในสถานที่ที่พอใจ (3) ความสบายของสภาพแวดล้อม (4) การตระหนักรู้ถึงความตาย (5) ความสมบูรณ์ของชีวิต (6) ความเป็นอิสระ (7) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย (8) การไม่เป็นภาระของผู้อื่น และ (9) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล เกิดทัศนคติที่ดีต่อความตาย และสามารถให้การดูแลแบบเอื้ออาทรในผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การตายดี, นักศึกษาพยาบาล, การรับรู้

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Author: chlakhana@hotmail.com

Good Death as Perceived by Nursing Students

Chanukorn Kaewmanee*	M.N.S (Adult nursing)
Phanatchaya Khantichit *	M.N.S (Adult nursing)
Lakhana Chopsiang**	M.N.S (Family nursing)

(Received: July 4, 2024, Revised: July 29, 2024, Accepted: August 6, 2024)

Abstract

Perspectives on good death affected both self-care behaviours and the patients under care. Thus, the nursing students must develop a positive attitude towards good death. This descriptive study aims to investigate the nursing students' perspectives on good death. A quota sample of 410 nursing students was selected from the nursing students of the nursing institutions in Ubon Ratchathani province. The research tools was a Thai version of the Good Death Inventory (GDI). Cronbach's alpha coefficient of the GDI was .93. Data were analysed using descriptive statistics.

The results revealed that the respondents perceived attributes of a good death, ranked from highest to lowest as follows: (1) being respected as an individual; (2) having a good relationship with family; (3) preparing for death; (4) experiencing natural death; (5) maintaining hope and pleasure; (6) receiving adequate treatment; (7) feeling of life is worth living; (8) a good relationship with medical staff; and (9) religious and spiritual comfort. In addition, characteristics of good death options, ranked from highest to lowest as follows: (1) control over the future; (2) dying in a favourite place; (3) environmental comfort; (4) awareness of death; (5) life completion; (6) independence; (7) physical and psychological comfort; (8) not being a burden to others; and (9) pride and beauty. These findings will serve as a guideline to encourage the nursing students having a positive attitude towards death death and be able to provide appropriate compassionate care to terminally ill patients.

Keywords: Good death, Nursing students, Perceived

* Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Corresponding Author: chlakhana@hotmail.com

บทนำ

การตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกชาติต่างมีส่วนร่วมกัน กล่าวคือ ทุกคนต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่มีใครรู้ว่าตนเองจะตายเมื่อไหร่ ที่ไหน ตายอย่างไร แต่ท้ายที่สุดแล้วทุกคนต่างปรารถนาที่จะตายดี คือ ตายอย่างสงบสบายไร้กังวล หลุดพ้นจากทุกสิ่ง สิทธิ การตายดี ในทางกฎหมายตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้น บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือ เพื่อยุติการทรมาน จากการเจ็บป่วยได้¹ ซึ่งการตายดี (good death) และการตายอย่างสงบ (peaceful death) เป็นมิติของ ประสพการณ์ของผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการ ทางด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการทางด้าน เศรษฐกิจและความต้องการการดูแล ความสัมพันธ์ ทางสังคมวัฒนธรรม ศาสนา ความหวัง และการคงไว้ ซึ่งความเชื่อและจิตวิญญาณ²

ในทางสังคม การตายดี หมายถึง การตาย ท่ามกลางคนที่รักและห่วงใย ผ่านกระบวนการเฝ้า ดูแลจากคนในครอบครัวและญาติยามตกหนักหรือ เจ็บป่วย หรือผ่านพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อแสวงหา ศรัทธาในช่วงเวลาแห่งความไม่แน่นอนของชีวิต³ เช่น ในบริบทภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย มองว่า คุณลักษณะของการตายดี ประกอบด้วย 1) ปราศจากความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย 2) ความสงบด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ 3) การเตรียมตัวตาย 4) การกำหนด สถานที่ตาย และ 5) การได้รับการดูแลภายหลังตาย⁴ ซึ่งการตายดี เป็นความปรารถนาของบุคคลในหลายๆ วัฒนธรรม โดยเฉพาะเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การตายดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนคาดหวัง⁵ ส่วนจะเป็น ลักษณะอย่างไหน ขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละสังคม และมีวิวัฒนาการไปตามช่วงเวลาเปลี่ยนไป⁶ รวมถึง การรับรู้และมุมมองของบุคคลนั้นๆ⁷

ผู้สูงอายุไทยมองว่า การตายดี ประกอบไป ด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ตายอย่างสงบ เป็นการ จากไปอย่างสงบเหมือนการนอนหลับ จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน และน้อมนำจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็ นบุญกุศลที่เคยได้ทำมา 2) ตายตามธรรมชาติ เป็นการตาย ตามอายุขัย ไม่ทุกข์ทรมานจากการถูกยื้อชีวิต ก่อน ตายไม่ป่วยนานจนต้องเป็นภาระของลูกหลาน ในช่วง เวลาสุดท้ายก่อนการจากไปมีลูกหลานห้อมล้อมและ สามารถยอมรับการตายของตนเองได้ และ 3) ตาย อย่างหมดห่วง เป็นการแสดงถึงการได้เตรียมตัวก่อน ตายโดยการสะสางภารกิจ เตรียมใจตนเอง ครอบครัว เตรียมทรัพย์สินและได้ทำบุญสะสมความดี⁸ ส่วน ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวให้ ความสำคัญกับสถานที่ที่จะเกิดการตายค่อนข้างมาก โดยส่วนใหญ่แล้วมักต้องการให้สถานที่นั้นเป็นที่ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือได้สั่งเสียไว้ นั่นก็คือการได้กลับไป ตายที่บ้าน และได้สนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ชีวิตนั้นมีคุณค่า นอกจากนี้ญาติ ยังมีมุมมองการตายดีต่อตนเอง โดยมองว่าการตายดี เป็นสิ่งที่สามารถจัดการหรือควบคุม ให้สามารถ เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷

มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการ ตายดี เน้นการควบคุมจัดการอาการและการดูแล ความสุขสบาย อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลรักษาโรคและลดความ ทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย แต่ก็ยังพบว่าในหมู่นักการ ทางการแพทย์กับบุคคลทั่วไป มีแนวคิดเกี่ยวกับการ ตายดีที่แตกต่างกันในประเด็นการตายที่เกิดขึ้นอย่าง จับพลัน โดยบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้เห็นว่าการ ตายอย่างจับพลันเป็นการตายดี เพราะทำให้ไม่มี โอกาสได้เตรียมตัวเพื่อยอมรับการตายนั้น⁹ สำหรับ ผู้ป่วย การได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์ที่มุ่มมอง มองต่อการตายที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อแผนการรักษาที่

ได้รับ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดคือ พยาบาล มุมมองต่อการตายดีของพยาบาลจึงมีผลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยด้วย และพยาบาลยังเป็นผู้ที่มีความเข้าใจสถานการณ์ด้านครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดี การปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองจะสามารถดำเนินไปได้อย่างดีเมื่อได้รับความร่วมมือจากพยาบาล พยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตายของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล และมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรลการตายดี¹⁰

มุมมองต่อการตายดี ของพยาบาลไทย จะให้ความสำคัญกับทุกมิติขององค์รวมที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย 1) ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน 2) ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม 3) ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก 4) ตายตาหลับ ตายที่ไร้ความห่วงหาอาวรณ 5) ตายในสถานที่ที่อยากตาย 6) ตายโดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตาย 7) ตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตาย 8) ตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ และ 9) ตายที่ครอบครัวยอมรับความตาย

¹¹ และมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิมต่อการตายดี คือ ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รัก ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง ไม่มีการยื้อชีวิต และมีการเตรียมการตายของตนเอง¹² ส่วนมุมมองของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เห็นว่าคุณลักษณะหลักที่สำคัญของการตายดี มีจำนวน 10 กลุ่ม ได้แก่ การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว การเตรียมตัวก่อนตาย ความพอใจด้านศาสนาและ จิตวิญญาณ การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการรักษาที่เพียงพอต่อการตายอย่างธรรมชาติ ความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า และ

ความสบายด้านจิตใจและร่างกาย และกลุ่มคุณลักษณะที่สำคัญรองลงมา มีจำนวน 8 กลุ่ม ได้แก่ ความสมบูรณ์ของชีวิต การตายในสถานที่ที่พอใจ ความสบายของสภาพแวดล้อม การควบคุมอนาคต การตระหนักรู้ถึงความตาย ความเป็นอิสระ การไม่ เป็นภาระของผู้อื่นและความภาคภูมิใจและความ สบายงาม¹³ ซึ่งเห็นได้ว่ามุมมองของพยาบาลเองนั้นมี ทั้งจุดร่วมที่เหมือนกัน และส่วนที่แตกต่างกันไปในแต่ละบริบท พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อความตาย จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบเอื้ออาทร การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องเริ่มเรียนรู้และสังสม ประสบการณ์ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลเพราะเมื่อ สำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้การ พยาบาลบุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายและส่งเสริมให้ เกิดการตายอย่างสงบ¹⁴ มีการศึกษาในกลุ่มพยาบาล จบใหม่ในภาคใต้ พบว่า การได้รับการเตรียมความ พร้อมครอบคลุมความรู้ ทักษะและประสบการณ์มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้อ อาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการตายดีภายใต้ มุมมองของ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาลและผู้ให้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในสถานพยาบาล ตาม บริบททางความเชื่อ ศาสนา สังคม และ วัฒนธรรมที่ แตกต่างกัน ^{8,11-13,16-17} ปรากฏผลการศึกษาที่แตกต่าง กัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมียาชิตะและคณะ ที่เชื่อว่าภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้ แนวคิดเรื่องการตายดีมีความแตกต่างกัน จึงได้มี การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตายดีในญี่ปุ่นจน พัฒนามาเป็นแนวคิดและเครื่องมือในการประเมิน คุณลักษณะการตายดี ซึ่งประกอบด้วย 18 คุณลักษณะ¹⁸ และถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับการ ตายดีในหลายประเทศ สำหรับในนักศึกษาพยาบาลมี

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้การตายดีของ นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลใน ครอบครัว จำนวน 15 คน สามารถจัดประเด็นหลักของการรับรู้การตายดี เป็น 7 ประเด็น คือ 1) มีความรู้ คือ ประสพการตายดี 2) สัมพันธภาพที่มีช่วยส่งเสริมดูแล กัน 3) สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ เตรียมความพร้อม ร่วมกันอย่างเข้าใจ 4) ใช้ชีวิตทุกช่วงเวลาให้มีคุณค่า มีความหมาย 5) ดูแลร่างกายจิตใจ ไร้ทรมาน 6) จิตสังคมได้รับการตอบสนองตามต้องการ และ 7) จิตวิญญาณความเชื่อนั้นไม่ถูกละเลย โดยเป็น การศึกษาในบริบทเขตเมืองกรุงเทพมหานคร¹⁹ และยัง ไม่พบการศึกษาถึงการรับรู้การตายดีของนักศึกษา พยาบาลในบริบทที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับการตายดีของนักศึกษาพยาบาลใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีบริบททางวัฒนธรรมและ การดูแลที่แตกต่างกันจากเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เนื่องจากความตายเป็นเรื่องของชีวิตที่มีความ ละเอียดอ่อนและถูกมองด้วยทัศนะที่หลากหลายและ เกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมวัฒนธรรมอย่างแยกกัน ไม่ออก³ โดยนำแนวคิดของมียาชิตะและคณะ มาใช้ เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้เกิดความรู้ความ เข้าใจต่อการรับรู้การตายดีของนักศึกษาพยาบาลตาม มุมมองที่แท้จริง และจะช่วยเป็นแนวทางในการ จัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อ ความตายและการใช้ศาสตร์และศิลป์ในการดูแล ผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้อย่าง เหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

การตายดีตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของนักศึกษา พยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาในครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่ออธิบายลักษณะการรับรู้การตายดีตามมุมมองของ นักศึกษาพยาบาลตามแนวคิดการตายดีของมียาชิตะ และคณะ¹⁸ ที่เชื่อว่าภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้แนวคิดเรื่องการตายดีมีความแตกต่างกัน การตายดีตามแนวคิดนี้ประกอบด้วยคุณลักษณะ 18 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ 3) ความสัมพันธ์ที่ดี กับบุคลากรทางการแพทย์ 4) การดำรงไว้ซึ่งความหวัง และความสุข 5) การไม่เป็นภาระกับผู้อื่น 6) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว 7) ความเป็นอิสระ 8) ความสบายของสภาพแวดล้อม 9) การได้รับความ เคารพในฐานะบุคคล 10) ความสมบูรณ์ของชีวิต 11) การตายอย่างธรรมชาติ 12) การเตรียมตัวก่อนตาย 13) ความรู้สึกที่ชีวิตของเขานั้นมีค่า 14) การตระหนัก รู้ถึงความตาย 15) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ 16) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม 17) การควบคุม อนาคต และ 18) ความพอใจด้านศาสนาและจิต วิญญาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการตายดีตาม การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2563 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ของการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ที่ ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2563 ของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ใน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็น

นักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์มหาวิทยาลัยราชธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ส่วนผู้ที่ตอบคำถามไม่สมบูรณ์จะถูกคัดออก ซึ่งผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั้ง 4 สถาบัน จำนวน 1,799 คน โดยใช้สูตรของยามานะ และยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มร้อยละ 5 หรือ 0.05 และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้เท่ากับ 410 ราย และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยคำนึงถึงสัดส่วนองค์ประกอบของประชากรของแต่ละสถาบัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 410 คน ดังนี้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 155 คน มหาวิทยาลัยราชธานี จำนวน 99 คน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 80 คน และมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย สถาบัน ชั้นปี เพศ อายุ ศาสนา ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ส่วนที่ 2) แบบประเมินการตายดี (Good Death Inventory: GDI) ของมียาชิตะ และคณะ¹⁸ ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย เพ็ญภัตสร มาพงษ์²⁰ และดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมเพื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดย วรวรรณ โมงจันทร์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแนวคิดการตายดีซึ่งเป็นกลุ่มของคุณลักษณะการตายดี 18 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วยคุณลักษณะจำนวน 2 ถึง 3

ข้อรวมทั้งสิ้นจำนวน 52 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 5 ระดับ (1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 และมีการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจึงไม่ได้ทดสอบความตรงของแบบสอบถามนี้ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93

การแปลผลคะแนน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางการวิเคราะห์ตามการวิจัยที่ได้ใช้เครื่องมือการวิจัยเดียวกันในประเทศญี่ปุ่น¹⁸ และประเทศจีน²¹ โดยจัดกลุ่มระดับความคิดเห็น กลุ่มที่ 1 รายข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเป็นลักษณะการตายดีในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" กลุ่มที่ 2 รายข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเป็นลักษณะการตายดีในระดับ "ไม่แน่ใจ" กลุ่มที่ 3 รายข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเป็นลักษณะการตายดีในระดับ "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "ไม่เห็นด้วย" ต่อมาจัดประเภทของกลุ่มคุณลักษณะ โดยพิจารณาเฉพาะรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" ได้เป็น 2 กลุ่ม คุณลักษณะ ได้แก่ 1. กลุ่มคุณลักษณะหลัก (core domain) คือ กลุ่มที่ข้อย่อยทุกข้อ ภายในกลุ่มได้รับความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป อธิบายว่า ข้อย่อยทุกข้อในกลุ่มคุณลักษณะหลักนั้นเป็นลักษณะที่สำคัญของการตายดี 2. กลุ่มคุณลักษณะทางเลือก (optional domain) คือ กลุ่มคุณลักษณะที่ข้อย่อยบางข้อหรือทุกข้อ มีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า ร้อยละ 80 มีความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" อธิบายว่า

ลักษณะในข้อย่อยบางข้ออาจเป็นหรือไม่เป็นลักษณะของการตายดีก็ได้ กลุ่มคุณลักษณะทางเลือกมีสำคัญน้อยกว่ากลุ่มคุณลักษณะหลัก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่าย/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 23/2563 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยประสานงานตัวแทนแต่ละสถาบัน เพื่อขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยให้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมการเข้าร่วมวิจัยแล้วให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ (google form) ซึ่งข้อมูลส่วนตัวเหล่านี้ได้รับการเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิขอถอนตัวออกจากการวิจัยหรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนหรืออื่นๆ

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาติดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้บริหารสถานศึกษา
2. เมื่อได้รับอนุญาติให้รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการติดต่อประสานงานกับอาจารย์ผู้ประสานงานการเก็บข้อมูล ทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและขอ

ความร่วมมือในการส่งแบบสอบถามให้นักศึกษาพยาบาล

3. ผู้ทำวิจัยจัดส่งแบบสอบถามทางออนไลน์ (google form) ถึงผู้ประสานงานของแต่ละสถาบัน พร้อมทั้งระบุกลุ่มตัวอย่างและจำนวนตามที่ต้องการไว้ และขอความอนุเคราะห์จากผู้ประสานงานในการส่งแบบสอบถามนี้ โดยผู้วิจัยตรวจสอบการตอบแบบสอบถามและติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนได้ข้อมูลครบ

4. เมื่อได้แบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนั้นมาตรวจสอบ ความถูกต้อง สมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และความเห็นเกี่ยวกับลักษณะการตายดี รายชื่อและรายด้าน นำมาคำนวณหาจำนวนและร้อยละ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.63 เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.28 คริสต์ ร้อยละ 0.24 อิสลาม ร้อยละ 0.24 และมีผู้ที่ระบุว่าไม่นับถือศาสนา ร้อยละ 0.24 กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 24.88 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 30.24 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 30.98 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 13.90 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 40.97

2. **ลักษณะการตายดีตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย กลุ่มคุณลักษณะการตายดีจำนวน 18 กลุ่ม วิเคราะห์คุณลักษณะการตายดีตามมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง นำเฉพาะรายชื่อที่ได้รับ

ความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" มาวิเคราะห์จัดกลุ่มคุณลักษณะ เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคุณลักษณะหลัก (core domain) และกลุ่มคุณลักษณะทางเลือก (optional domain) ได้ดังนี้

2.1 กลุ่มคุณลักษณะหลัก ผลการวิเคราะห์พบว่า มีจำนวน 9 กลุ่ม เรียงลำดับตามผลรวมของจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" จากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล (ร้อยละ 96.34-96.83) 2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (ร้อยละ 89.27-96.59) 3) การเตรียมตัวก่อนตาย (ร้อยละ 89.51-91.71) 4) การตายอย่างธรรมชาติ (ร้อยละ 88.29-93.66) 5) การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข (ร้อยละ 86.83-93.66) 6) การได้รับการรักษาที่เพียงพอ (ร้อยละ 89.02-91.71) 7) ความรู้สึกที่ว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า (ร้อยละ 90.24-90.49) 8) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 88.78-94.63) และ 9) ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ (ร้อยละ 85.61-93.41)

2.2 กลุ่มคุณลักษณะทางเลือก ผลการวิเคราะห์พบว่า มีจำนวน 9 กลุ่ม เรียงลำดับตามผลรวมของจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นในระดับ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" และ "เห็นด้วย" จากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) การควบคุมอนาคต (ร้อยละ 76.59-88.54) 2) การตายในสถานที่ที่พอใจ (ร้อยละ 75.37-89.02) 3) ความสบายของสภาพแวดล้อม (ร้อยละ 76.59-86.28) 4) การตระหนักรู้ถึงความตาย (ร้อยละ 75.85-84.39) 5) ความสมบูรณ์ของชีวิต (ร้อยละ 74.68-84.88) 6) ความเป็นอิสระ (ร้อยละ 75.85-78.29) 7) ความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย (ร้อยละ 65.61-76.59) 8) การไม่เป็นภาระของผู้อื่น (ร้อยละ 76.61-72.93) และ 9) ความภาคภูมิใจและความสวยงาม (ร้อยละ 59.51-66.59)

การอภิปรายผล

การตายดีตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้ พบว่า คุณลักษณะหลัก ของการตายดี มีจำนวนทั้งหมด 9 กลุ่ม และคุณลักษณะทางเลือก ของการตายดี จำนวน 9 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลเฉพาะคุณลักษณะหลักของการตายดี ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

การได้รับความเคารพในฐานะบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดแสดงความเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการได้รับความเคารพในฐานะบุคคลเป็นคุณลักษณะหลักของการตายดี โดยมีลักษณะย่อย 3 ข้อคือ 1) การได้รับการดูแลอย่างสมเกียรติเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 2) การได้รับการเคารพในคุณค่าของตน และ 3) การได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล ผลการศึกษครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาในมุมมองของพยาบาลวิฤต¹³ และมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม¹² ที่จัดให้การได้รับความเคารพในฐานะบุคคลเป็นคุณลักษณะหลักของการตายดี สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญต่อแนวคิดเรื่องความเคารพในความเป็นบุคคลของมนุษย์ของวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทัศนคติมุมมองที่ดี และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตายให้มีความเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น และให้การยอมรับความต้องการของพวกเขา รวมทั้งให้การดูแลในการจัดการกับความตายอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถบรรลุการตายดีได้³

ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เป็นกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดีอันดับที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย 3 ลักษณะย่อย ได้แก่ 1) การได้รับความกำลังใจจากครอบครัว 2) การได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันกับครอบครัวอย่างเพียงพอ และ 3) การมีคนในครอบครัวที่จะระบายความรู้สึกหรือเป็นที่พึ่งทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล¹⁸ ที่มองว่า

สัมพันธภาพระหว่างกันจะช่วยส่งเสริมและนำไปสู่การตายที่ดีได้ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันก่อให้เกิดการเปิดใจยอมรับความปรารถนาดีของกันและกัน และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา การที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสใช้เวลาด้วยกันให้ได้มากที่สุด ไม่ก่อให้เกิดการตายที่โดดเดี่ยว ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก ตายท่ามกลางสถานที่ที่ปลอดภัย รวมถึงการสัมพันธภาพเชิงลึกในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 15 ราย พบว่า คุณลักษณะของการตายดีในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ ผู้ป่วยจากไปโดยไม่โดดเดี่ยว²² และผู้สูงอายุที่มองว่าการตายดี คือ ในช่วงเวลาสุดท้ายก่อนการจากไปมีลูกหลานห้อมล้อมและสามารถยอมรับการตายของตนเองได้⁸ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การตายดี เป็นการตายที่มีบุคคลอันเป็นที่รักอยู่เคียงข้าง มีการสื่อสารและสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอันเป็นที่รัก ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การตายเป็นไปตามที่คาดไว้และมีการเตรียมตัวของญาติหรือบุคคลอันเป็นที่รัก²³

การเตรียมตัวก่อนตาย เป็นกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดีอันดับที่ 3 ซึ่งประกอบด้วย 3 ข้อย่อย คือ 1) ผู้ป่วยได้พบคนที่ต้องการพบ เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูงเพื่อนร่วมงาน 2) ผู้ป่วยได้พูดหรือสื่อสารในสิ่งที่เขาอยากบอกกับคนที่รักและญาติมิตร และ 3) ผู้ป่วยรู้สึก (แสดงความ) ขอบคุณผู้คนต่างๆ เช่น แสดงออกทางสีหน้าและสายตา สอดคล้องกับมุมมองของนักศึกษาพยาบาลจากการศึกษาก่อนหน้า ที่เห็นว่า การตายดี คือ การที่ผู้ป่วยได้ทำทุกช่วงเวลาให้มีความหมาย โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยได้ทราบว่าตนเอง มีเวลาเหลืออยู่เท่าใด ผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ง่ายขึ้นได้ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ เช่น การจัดการกับทรัพย์สิน การทำกิจกรรมที่เคยตั้งหวังไว้ให้สำเร็จ การเดินทาง

ไปพบปะพูดคุย ขอโทษกับบุคคลสำคัญในชีวิต สะสางพันธะต่างๆ ให้เสร็จสิ้น¹⁹ และสอดคล้องกับมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธที่มองว่า การตายดี คือ ตายอย่างหมดห่วง เป็นการตายที่หมดห่วงหลังจากมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดี

การตายอย่างธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะหลักของการตายดีอันดับที่ 4 ประกอบด้วย 3 ข้อย่อย คือ 1) ผู้ป่วยตายอย่างสงบเป็นธรรมชาติ เช่น ตายเหมือนคนนอนหลับ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม และ 3) ผู้ป่วยไม่มีอุปสรรคทางแพทย์หรือสายต่างๆ เพื่อยื้อชีวิต เช่น สายให้อาหารทางหลอดเลือดดำ หรือยากระตุ้นความดันโลหิตเมื่อผู้ป่วยหรือญาติไม่ต้องการ สอดคล้องกับมุมมองของนักศึกษาพยาบาลในการศึกษาของปวงพล คงสมานและคณะ ที่เห็นว่าการดูแลร่างกายของผู้ป่วยให้สุขสบาย ลดความปวด ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากตัวโรคเป็นสิ่งที่ต้องทำเป็นกิจวัตร อีกทั้งไม่เพิ่มความทุกข์ทรมานจากการรักษาโดยไม่จำเป็น เช่น การเจาะเลือด การแทงเข็ม การดูดเสมหะ เพราะสุดท้ายแล้วผู้ป่วยต้องตายอยู่ดี แต่ก่อนตายผู้ป่วยไม่ควรต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่บุคคลอื่นสร้างให้อย่างไม่ยินยอม และมุมมองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ที่เห็นว่า การตายดี คือ ไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพในวาระสุดท้าย เพื่อให้การตายเกิดขึ้นอย่างธรรมชาติ ไม่มีอุปสรรคที่เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์คาอยู่ตามร่างกายและบุคลากรทางการแพทย์สามารถควบคุมการตายนั้นได้²³ รวมถึงมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ที่มองว่าการตายตามธรรมชาติ เป็นการตายตามอายุขัยหมดสภาพของสังขารร่างกายค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ การตายนั้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และไม่มีการยื้อชีวิต ไม่มีอุปสรรคที่เป็น

เทคโนโลยีทางการแพทย์คาอยู่ตามร่างกาย หรือมีการละเว้นการใช้อุปกรณ์บางอย่างเพื่อให้การตายเป็นไปตามธรรมชาติ

การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุข จัดเป็นกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดีอันดับที่ 5 สอดคล้องกับมุมมองของพยาบาลวิฤต¹³ ที่จัดให้การดำรงไว้ซึ่งความหวังและความสุขเป็นคุณลักษณะหลักอันดับที่ 5 เช่นเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วย 3 ข้อย่อย คือ 1) การมีสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขในแต่ละวัน เช่น มีญาติมาเยี่ยมหรือเฝ้า 2) ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง เช่น การตายอย่างไม่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน และ 3) ผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นประโยชน์ (เป็นที่พึ่ง) ให้แก่ตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับมุมมองต่อการตายดีของผู้ป่วย ที่มองว่า การทำกิจวัตรประจำวันของตนเองตามปกติและเป็นอิสระ การได้ใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีความสุข ไม่มีภารกิจใดค้างคาใจอยู่ และยังคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ตนเองในครอบครัวหรือหน้าที่การงาน ไม่ต้องการให้ตนเองเป็นภาระแก่ครอบครัว การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความสงบและเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงตนเองสามารถเผชิญความตายได้โดยปราศจากความกลัว เป็นการตายดี⁷ ซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตที่เหลืออยู่ด้วยความหวังและความสุขจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความตายได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสบรรลุการตายดีได้

การได้รับการรักษาที่เพียงพอ เป็นคุณลักษณะหลักของการตายดีอันดับที่ 6 ประกอบด้วย 3 ข้อย่อย คือ 1) ผู้ป่วยเชื่อว่าเขาได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว 2) ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจกับการรักษา ได้รับการรักษาเหมาะสม 3) ผู้ป่วยได้ต่อสู้กับโรคจนวาระสุดท้าย ทำใจ และยอมรับกับการพลัดพรากได้ สะท้อนถึงคุณลักษณะของการตายดีผู้ป่วยต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อการตายของตนเองมาถึง โดยผู้ป่วยเห็นว่าคุณลักษณะของการตายที่ตนเองต้องการ คือ

ในระยะก่อนตายตนเองมีความเชื่อใจ เชื่อมั่นในการดูแลรักษาของแพทย์ รวมถึงการได้รับการดูแลจากบุคลากรทำงานสุขภาพที่จะทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ซึ่งเป็นลักษณะของการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทำงานสุขภาพ การเชื่อว่าการรักษาที่ตนเองได้รับ เป็นการรักษาที่เหมาะสมแล้ว ได้มีโอกาสต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่อย่างถึงที่สุด^{7,18}

ความรู้สึกว่าชีวิตของเขานั้นมีค่า จัดเป็นคุณลักษณะหลักของการตายดีอันดับที่ 7 ประกอบด้วย 2 ข้อย่อย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตของเขามีคุณค่า และ 2) ผู้ป่วยยังสามารถคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัวขณะเจ็บป่วยตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการได้อยู่ในสถานที่ที่ตนเองชอบ การไม่ต้องการให้คนในครอบครัวรู้ว่าร่างกาย และจิตใจของตนเองอ่อนแอ การได้พบกับคนที่ต้องการพบ การทราบถึงความคาดหวังต่อสภาพความเจ็บป่วยในระยะต่อไป และการไม่ได้รับการดูแลเสมือนตนเองเป็นวัตถุหรือเป็นเด็ก⁷ มุมมองของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัวต้องการ มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายให้เกิดการตายดี โดยให้ความสำคัญกับสถานที่ที่จะเกิดการตายค่อนข้างมาก โดยส่วนใหญ่แล้วมักต้องการให้สถานที่นั้นเป็นที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือได้สั่งเสียไว้ นั่นก็คือการได้กลับไปตายที่บ้าน และได้สนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตนั้นมีคุณค่า ได้สร้างความสุขต่อผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายมาถึง ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้การตายดีของนักศึกษาพยาบาล¹⁹ เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้ทราบว่าตนเอง มีเวลาเหลืออยู่ เท่าใด ผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ง่ายขึ้น เพราะอาจเป็นครั้งสุดท้ายที่จะได้ใช้ชีวิตของตนเองอย่าง มีความหมาย มีคุณค่าเพื่อตนเอง เพื่อบุคคลอันเป็นที่รัก และเพื่อคนอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุถึงการตายดีได้

ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์

ถูกจัดให้เป็นคุณลักษณะหลักของการตายดีลำดับที่ 8 ประกอบด้วยข้อย่อย 3 ข้อ คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพที่เขารู้สึกสบายใจเมื่ออยู่ด้วย 2) ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการดูแลรักษาของแพทย์ 3) ผู้ป่วยมีพยาบาลที่ให้อาหารอยู่เป็นเพื่อนหรือคอยรับฟังเขา เพื่อให้ผู้ป่วยได้บรรลุการตายดีตามสิทธิที่พึงได้รับ สอดคล้องกับการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล¹⁹ ที่มองว่าสัมพันธภาพที่มีจะส่งเสริม ดูแลกัน และนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยทุกราย หรือการตายดีต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยกับผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพกับผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยหนึ่งคนต้องอาศัยบุคลากรสุขภาพ มากหน้าหลายตาหลายความรับผิดชอบ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์และอื่นๆ ตามบริบทของโรงพยาบาล มาประสานความร่วมมือในการดูแล ดังนั้น การมีความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยจะเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้การดูแลรักษานั้นนำไปสู่การตายดีได้ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นผู้ที่มีความเข้าใจสถานการณ์ด้านครอบครัวและสังคมเป็นอย่างดี การปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองจะสามารถดำเนินไปได้อย่างดีเมื่อได้รับความร่วมมือจากพยาบาล¹⁰

ความพอใจด้านศาสนาและจิตวิญญาณ

จัดให้เป็นคุณลักษณะหลักของการตายดีในอันดับที่ 9 ซึ่งคุณลักษณะนี้ประกอบด้วย 3 ข้อย่อย คือ 1) ผู้ป่วยมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ได้รับกำลังใจจากพระสงฆ์/ผู้นำศาสนา การทำบุญ การขอโทษกรรม 2) ผู้ป่วยมีความเชื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนือธรรมชาติ เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น พระพุทธรูป น้ำมนต์ ผ้ายันต์ และ 3) ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาได้รับการปกป้องจากอำนาจที่อยู่เหนือธรรมชาติ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เชื่อว่าการทำกรรมดีย่อมได้ดี สอดคล้องกับการรับรู้

การตายดีของนักศึกษาพยาบาล¹⁹ ที่มองว่า การไม่ละเลยจิตวิญญาณ ความเชื่อ นั้นเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสปฏิบัติตามหลักการความเชื่อทางศาสนา ความศรัทธาในสิ่งต่างๆ รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความหวังของผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวเผชิญกับความตายด้วยความสงบ นำไปสู่การตายดี และมุมมองการตายอย่างสงบของพยาบาลไทยมุสลิม คือ ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ¹² และในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มุมมองการรับรู้การตายดีจึงสอดคล้องกับมุมมองในทางพุทธศาสนา ที่มีความเชื่อว่าการตายดี หมายถึง จิตใจที่ดีสงบ มีสติ ไม่เศร้าหมองจิตใจ จิตใจนิ่งหรือเกาะอยู่กับสิ่งที่ดี เมื่อตายแล้ววิญญาณจะไปสู่สุคติหรือภพภูมิที่ดีได้ การจะตายดีได้ต้องมีจิตที่ยึดเหนี่ยวเกาะอยู่กับสิ่งที่ดีงาม ซึ่งญาติพี่น้องจะสามารถสร้างบรรยากาศให้รู้สึกว่ามีสิ่งที่เกาะเกี่ยวให้นึกถึงไปในทางดีได้ หรือการมีพระมาบอกทางไปสู่สุคติภพ การให้นึกถึงพระรัตนตรัยจิตใจก็จะยึดเหนี่ยวในสิ่งที่ดีงาม การตายด้วยจิตใจที่อยู่เหนือความตายคือไม่กลัว ไม่ห่วงกังวล ไม่กระวนกระวาย ปล่อยวางทุกสิ่ง²⁴

โดยสรุป ผลการศึกษาในกลุ่มคุณลักษณะหลักของการตายดีข้างต้น ทั้ง 9 กลุ่ม มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นที่ใช้เครื่องมือการวิจัยเดียวกันทั้งในประเทศไทย¹³ และต่างประเทศ¹⁸ รวมถึงการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทย^{8,11-13,16-17,19} และนิยามการตายดีอื่นๆ ที่สนับสนุนว่ากลุ่มคุณลักษณะดังกล่าวได้รับการยอมรับโดยทั่วไปให้เป็นลักษณะที่สำคัญของการตายดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ คุณลักษณะด้านความสุขสบายด้านจิตใจและร่างกาย อันประกอบด้วยคุณลักษณะย่อย คือ 1) ผู้ป่วยมีความสุขสบายของร่างกาย 2) ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงว่ากังวลใจ เช่น สิ้นหน้ครุ่นคิด เศร้าหมอง และ 3) ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือหายใจลำบาก ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มคุณลักษณะ

ทางเลือก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา อย่างเช่น การศึกษาการรับรู้การตายดีในนักศึกษา แพทย์เยอรมัน ที่พบว่าความเป็นอิสระจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทางร่างกายเป็นเพียง องค์ประกอบหลักอย่างเดียวของการตายดี²⁵ และ นักศึกษาพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่มองว่า การดูแลร่างกายจิตใจ ให้ไม่ทุกข์ทรมาน เป็นประเด็น สำคัญของการตายดี¹⁹ และยังเป็นหนึ่งในหลักการของ การดูแลแบบประคับคองที่ยึดถือปฏิบัติกันทั่วไป ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มี ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายโดยตรง ที่สะท้อนถึงความแตกต่างทาง ประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ กับ การศึกษาก่อนหน้า ประเด็นเหล่านี้ควรศึกษาเพิ่มเติม ในเชิงลึกต่อไปเพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและ ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อความ

ตาย อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทร โดยเฉพาะในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบนี้จะช่วยเป็นแนวทางในการส่งเสริม ให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อความตายในนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทัศนคติที่ดี ต่อความตายในทุกๆ ด้าน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย แบบเอื้ออาทรโดยเฉพาะในระยะท้ายของชีวิตได้อย่าง เหมาะสม การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงลึกใน ประเด็นคุณลักษณะความสุขสบายด้านจิตใจและ ร่างกาย ที่ถูกจัดเป็นคุณลักษณะทางเลือก ซึ่งแตกต่าง จากการศึกษที่ผ่านมา หรือศึกษามุมมองต่อการ ตายดีของนักศึกษาพยาบาลในบริบทอื่นๆ เพื่อขยาย องค์ความรู้ต่อไป

References

1. Office of the National Health Commission. Living will, statement of intent under the national health Act B.E. 2550, Section 12. Nonthaburi: Office of the National Health Commission, 2010; 1-20. Thai.
2. Bumpenichit Sangchart. Spiritual well-being and good death. Journal of Nursing Science & Health. 2014;31(1):147-56. Thai.
3. Komatra Chuengsatiansup. Situation and knowledge of death in Thai Society, In: Komatra Chuengsatiansup et al. eds. The culture of death and the end of life: A guide to learning the social dimension of End-of-Life care 2nd ed. Bangkok: Dee Wan Book Company Limited; 2007:1-27. Thai.
4. Sirirat Panuthai, Chompunut Srirat, Thipaporn Wonghongkul. Characteristics of a good death as perceived by related people in the upper northern Thai context. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020;35(4):35-53. Thai.
5. Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, Sumlee Saleekul, Maneerat Thiammok. Advanced care planning for peaceful death. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2017;33(3):138-45. Thai.
6. Chompunut Pongsiri. Experience of caring for terminal patients for a good death: case Study. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018;11(2):1-14. Thai.
7. Warodom Samerchua, Waravan Mongchan, Prathana Langkarpint. Good death: the nurses' roles. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region, 2017;23(2):38-47. Thai.

8. Wanlapa Kunsongkeit. Good death as perceived by the patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2011;19(2):1-12. Thai.
9. Murakawa Y, Nihei Y. Understanding the concept of a 'good death' in Japan: differences in the views of doctors, palliative and non-palliative ward nurses. International Journal of Palliative Nursing. 2009;15(6):282-9.
10. Walker R, Read S. The Liverpool Care Pathway in intensive care: an exploratory study of doctor and nurse perceptions. International Journal of Palliative Nursing. 2010;16(6):267-73.
11. Yupared Jompaeng, Bumpenchit Sangchart. Nurse's perception of a good death: a phenomenology study. Journal of Nursing Science & Health. 2013;36(3):49-59. Thai.
12. Rotchana Thongdam, Waraporn Kongsuwan, Kittikorn Nilmanat. Thai Muslim nurses' perspective of a peaceful death. Songklanagarind Journal of Nursing. 2013;35(2):21-34. Thai.
13. Waravan Mongchan, Pikul Phornphibul, Pratum Soivong. Good death: perspective of nurses in critical care unit. Nursing Journal CMU. 2022;49(3):162-73. Thai.
14. Ratana Charuwanno, Jarupa Wongchanklor. Palliative care in medical patients as perceived by nursing student. JOPN. 2018;10(1):142-53. Thai.
15. Techathat Akarathanarak, Warapoom Kongsuwan, Yaowarat Matchim. Relationship between preparedness and caring behavior for patients at the end of life among novice nurses. Journal of Public Health Nursing. 2017;31(1):161-74. Thai.
16. Wanlapa Kunsongkeit. Good death as perceived by the cancer patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2013;21(4):25-36. Thai.
17. Wanlapa Kunsongkeit. Good death as perceived by the patients' family members. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2015;25(3):41-55. Thai.
18. Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. Journal of Pain and Symptom Management. 2008;35(5):486-98.
19. Pongphol Khongsaman, Yupa Wongrostri, Chutarat Akkarawongvisiht. Good death as perceived by nursing students. J Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):95-104. Thai.
20. Penphatsorn Mapong. Evaluation of end-stage critical care and mortality by family members. (Master's Thesis), Khon Kaen University; 2013. Thai.
21. Haishan H, Hongjuan L, Tieying Z, Xuemei P. Preference of Chinese general public and healthcare providers for a good death. Nursing Ethics. 2014;22(2):217-27.
22. Bratcher JR. How do critical care nurses define a "good death" in the intensive care unit? Critical Care Nursing Quarterly. 2010;33(1):87-99.

23. Ryan L, Seymour J. Death and dying in intensive care: emotional labour of nurses. *End of Life Care*. 2013;3(2):1-9.
24. Phra Paisal Visalo. Remembering death is so comfortable (raluktung). *Samut Prakan; Kanlayanatam club*. 2009:1-68. Thai.
25. Meffert C, Stöbel U, Körner M, Becker G. Perceptions of a good death among German medical students. *Death Studies*. 2015;39(5):307-15.

การรับรู้ต่อสถานการณ์การก่อความรุนแรงตามมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาย ที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล*

พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

ณัฐกร พิชัยเชิด**

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

(รับ: 4 กรกฎาคม 2567, แก้ไข: 7 สิงหาคม 2567, ตอรับ: 15 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน ใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ต่อสถานการณ์การก่อความรุนแรงตามมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนามกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความแบบบรรยายจากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา ได้ข้อค้นพบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความหมายสถานการณ์รุนแรง เป็นความรู้สึกเบื่อกว่าหน่วงกับการถูกทำให้อับอายขาดความน่าเชื่อถือ เอื่อมระอา ท้อ จากการถูกคำพูดและสายตาดูแคลงซ้ำๆ ทำให้ไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (2) สาเหตุปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน คือ การเสพยาบ้ากระตุ้น และขาดการรักษาอาการจิตเวช และ (3) การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน คือ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย หาพื้นที่ปลอดภัย ร้องขอความช่วยเหลือจากคนที่ใกล้ชิดในสถานการณ์วิกฤติ และศึกษาช่องทางบริการการรักษาอาการจิตเวชทันที

คำสำคัญ : ก่อความรุนแรง ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

Corresponding Author: Panurat035@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลห้วยเม็ก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Perception of violent situations from the perspective among caregivers of Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction in the community

Panurat Srimungkhul*

M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Natthagorn Phichaicherd**

M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

(Received: July 4, 2024, Revised: August 7, 2024, Accepted: August 15, 2024)

Abstract

This qualitative research aimed to study the life experiences of caregivers of male schizophrenic patients, with amphetamine addiction in the community. A phenomenological study was conducted to understand the perception of violence situations from the perspectives of the caregivers, who looked after the male schizophrenic patients using amphetamine in the community. This study was conducted between February to May 2024. The participants consisted of 8 key informants and data were collected using in-depth interviews, observation, tape-recording, and field notes taking. Data were analyzed using narrative interpretation of the interviews.

The results revealed 3 main themes: (1) the meaning of the violent situations, consisting of a feeling of being bored, tire, humiliated, distressful, losing credibility, and discouraged or insulted by the words and looks of the people around them, thus they did not ask the others for help; (2) the causes of violent behaviors in male schizophrenic patients using amphetamines comprised amphetamine addiction and lack of psychiatric medication; and (3) prevention of violence in caring of male schizophrenic patients using amphetamines includes avoiding confrontation with the patients, finding safe spaces, seeking help from close contacts in the critical situations, and searching for the service channels to treat psychiatric symptoms immediately.

Keywords: violence, care givers, male schizophrenia with amphetamine addiction in the community

* Practitioner Nurse, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health,
E-mail: Panurat035@gmail.com

**Practitioner Nurse, Huaimek Hospital, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 1 หรือมากกว่า 21 ล้านคนของประชากรทั่วโลก โดยเป็นเพศชาย มากกว่า 12 ล้านคน และเพศหญิง ประมาณ 9 ล้านคน ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 0.3 - 0.7 ในประเทศไทย พบความชุกของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.17 มีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดภาวะโรค¹ และมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าคนทั่วไปสูงถึงร้อยละ 40 - 60 เนื่องจากถูกละเลยปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย และขาดการดูแลเอาใจใส่² ข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีจำนวนทั้งหมด 284, 273, 314, 250, 299, 771 ราย ตามลำดับ ปัจจุบันภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 87,775 ราย (ร้อยละ 29.28) โดยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 19,751 ราย (ร้อยละ 22.50) จำแนกตามจังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด (5,620 ราย) ขอนแก่น (6,775 ราย) มหาสารคาม (3,050 ราย) กาฬสินธุ์ (4,306 ราย)³

ทุกภาคส่วนต่างระดมสรรพกำลังในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทอย่างรอบด้านโดยมีเป้าหมายการดูแลทั้งระยะสั้นในโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน แต่ยังคงพบผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยซ้ำ มีปัญหาเสพยาบ้าซ้ำ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการก่อเหตุ สะเทือนขวัญในชุมชน และขาดการรักษาด้วยยาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทเกินครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี เป็นบุคคลในครอบครัว คือ แม่ พี่ พ่อ และบุคลากรทางการแพทย์ ตามลำดับ⁴ ความตระหนักของบุคคลแวดล้อมจึงเป็น

เรื่องที่สำคัญต่อการแก้ไขปัญหาคาความรุนแรงอย่างลึกซึ้ง เนื่องจากระยะแรกผู้ดูแลยังไม่มีความรู้จัดการ เกิดอุปสรรคต่อการดูแล ทำให้บางครอบครัวไม่มีการวางแผนเตรียมตัวเกิดคำถามมากมาย อาทิเช่น ใครจะดูแล ดูแลอย่างไร ไม่เข้าใจโรค และไม่สามารถจัดการกับอาการผู้ป่วยได้ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำและรุนแรง⁵

ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษามุมมองของผู้ดูแลด้านการรับรู้ต่อสถานการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาบ้าในชุมชน โดยใช้ปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา และมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแก่นสาระหรือความหมายของความรุนแรงหรือพฤติกรรมรุนแรง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์/สนทนา เป็นการถ่ายทอดเรื่องราวจากการสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถซึมซับความเข้าใจประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายเสพยาบ้าและมีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างลึกซึ้ง เข้าใจสภาวะความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภายในตัวของบุคคลที่มีประสบการณ์ตรง นำข้อมูลที่ได้รับมาประกอบการวางแผนทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลที่เหมาะสมในแง่มุมมองของความรู้สึก ประสบการณ์ชีวิต สู่การช่วยเหลือในระยะยาว ที่มุ่งเน้นการป้องกันตั้งแต่ในชุมชน ช่วยลดโอกาสการทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำและผู้ดูแลสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญเหตุการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลในประเด็นต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาบ้า

2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลในประเด็นการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนให้ความหมายสถานการณ์ความรุนแรงเป็นอย่างไร

2. ต้นตอของปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

3. การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชนเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในประเด็นการรับรู้สถานการณ์ความรุนแรง ต้นตอของพฤติกรรมและการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในรูปแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของเอดมุนด์ ฮัสเซิล (Edmund Husserl) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้วยการค้นหาโดยตรง (Direct exploration) วิเคราะห์และบรรยายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมุติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ใช้การหยั่งรู้ (Intuiting) ในการนำเสนอข้อค้นพบ เน้นความเข้มข้นของข้อมูล ความกว้าง และความลึกของประสบการณ์ ประกอบด้วย กระบวนการสำคัญ 3 กระบวนการ คือ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ และการบรรยายปรากฏการณ์ โดยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

1.1 ลักษณะผู้ให้ข้อมูล (Key informants) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้มีอายุ 18 ปี

ขึ้นไป เป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 8 คน

1.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) (1) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีน มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ที่อยู่ในช่วงเฝ้าระวังหรือติดตามต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (2) สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี พูดคุยเป็นภาษาไทยหรือภาษาอีสานได้ เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดี (3) ยินดีสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่วิจัย

1.3 วิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ผู้วิจัยได้เข้าแนะนำตนเองด้วยวาจา และขอความร่วมมือเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ในประเด็นการรับรู้สถานการณ์ความรุนแรง ต้นตอของพฤติกรรมและการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิในการตอบคำถาม มีสิทธิปฏิเสธการตอบคำถามเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวกใจ หรือสิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัย สามารถขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลา และถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการสุขภาพแต่อย่างใด เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลสมัครใจยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงมีการให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน โดยเก็บหลักฐานทั้งหมดไว้ที่ลิ้นชักส่วนตัวของผู้วิจัย (2) ก่อนให้การสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่จะสัมภาษณ์ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเทปในการสนทนา และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการรักษาความลับ โดยการไม่เปิดเผยข้อมูลก่อนได้รับอนุญาต สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ใช้สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถ

เลือกวันที่สะดวกให้ผู้วิจัยเข้าพบตามนัด มีการนัดหมายและแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง และขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา (3) การสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละครั้งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60-90 นาที และได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม รายละเอียด 2-3 ครั้ง เพื่อความสมบูรณ์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตหมายเพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติม ใช้ระยะเวลาเพิ่มเติมเฉลี่ย 45 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลหลักอนุญาตให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ และเมื่อการดำเนินการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยเสร็จสิ้น ผู้ให้ข้อมูลได้รับคำปรึกษาในประเด็นที่สงสัย และให้กำลังใจทุกครั้ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เตรียมตัวทั้งความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัย และฝึกปฏิบัติด้านการรวบรวมข้อมูล เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกภาคสนาม โดยได้ศึกษาและทบทวนจนมีทักษะที่เหมาะสมที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ชราและสารเสพติด การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับนักจัดการรายกรณี

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความรู้สึกต่อผู้ป่วย อธิบายลักษณะหรือนิสัยเกี่ยวกับผู้ป่วย อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และ

ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ความรุนแรงของผู้ป่วย

2.3 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-Depth Interview) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์ของแพตตัน (Patton)⁶ นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาสร้างแนวคำถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เกี่ยวกับประสบการณ์คำถามที่ต้องการให้ได้ข้อมูลตรงกับประเด็นที่สนใจศึกษา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถาม ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีน และมีพฤติกรรมก้าวร้าว 1 ท่าน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 1 ท่าน

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน จำนวน 2 ราย พร้อมกับบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม ปฏิบัติวิธีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งบันทึกบรรยากาศในการสัมภาษณ์และสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มากลับมาถอดเทปและวิเคราะห์ทีละราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมความชัดเจน และความเข้าใจของข้อคำถามต่างๆ รวมถึงปฏิบัติการที่แสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลักต่อข้อคำถามและเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ข้อคำถามกับผู้ร่วมวิจัยซ้ำ เพื่อการปรับปรุงให้ข้อคำถามมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ให้มีความต่อเนื่องในการถามปรับแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกให้เหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ (1) ขอให้ท่านเล่าประสบการณ์ที่อยู่ในสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร (2) ท่านคิดว่าสาเหตุ

นั้นเกิดจากอะไร และท่านรู้สึกอย่างไร (3) เหตุการณ์นั้น มีผลกระทบกับท่าน หรือผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร แต่ละคำถามจะสั้นไหลต่อเนื่องไปตามบริบทของผู้ให้ข้อมูล เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระและมีความยืดหยุ่นในการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา

2.4 เครื่องบันทึกเสียง

2.5 แบบบันทึกช่วยจำในภาคสนาม (field note)

ส่วนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมการ (1) การเตรียมตัวของผู้วิจัย ได้แก่ ศึกษาความรู้เชิงวิชาการ เตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย เตรียมเครื่องมือ ศึกษานำร่อง และพิจารณาจริยธรรม (2) ผู้วิจัยใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนาม รวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) เมื่อสัมภาษณ์จนไม่มีข้อมูลใหม่ๆ เกิดขึ้น การสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 60 - 90 นาที ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 เฉลี่ยครั้งละ 45 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงพฤษภาคม 2567 ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล **จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์**

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 23/2567 รับรองเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2567 ถึง 30 มกราคม 2568 ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากคลินิกในเครือข่ายแห่งหนึ่ง มีการระบุผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเสียงสัมภาษณ์คำต่อคำ (Verbatim) มีการแปลผลข้อมูลรายวัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความแบบบรรยายจากการสัมภาษณ์โดยใช้กระบวนการตามวิธี

ของโคไลซี (Colaizzi method) 9 ขั้นตอน⁹ (1) บรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษา (2) รวบรวมข้อมูลที่บรรยายปรากฏการณ์จากผู้ให้ข้อมูล (3) อ่านบทสัมภาษณ์ซ้ำไปซ้ำมาเพื่อทำความเข้าใจและความรู้สึกในภาพรวมของผู้ให้ข้อมูล (4) ในแต่ละบทสัมภาษณ์ให้ทบทวนข้อความและถอดความจากประโยคหรือคำพูดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (extracting significant statements) โดยบันทึกข้อความหรือประโยคคำพูดโดยแยกออกมาต่างหากเพื่อสร้างข้อมูลที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (5) พยายามหาความหมายแต่ละเนื้อหาตามนัยสำคัญ (formulated meanings) เพื่อแสดงให้เห็นถึงความหมายที่ซ่อนอยู่ในปรากฏการณ์ภายใต้บริบทแต่ละบริบท (6) ทบทวนเนื้อหาแต่ละเนื้อหาและจัดรูปแบบเพื่อสร้างกลุ่มคำของแนวคิดหลักเพื่อจำแนกประสบการณ์ทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลทุกคน (7) นูรณ์การผลของการศึกษาในลักษณะการบรรยายอย่างละเอียด (exhaustive description) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเพื่อสร้างกรอบแนวคิดเบื้องต้น (8) นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปที่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และ (9) ปรับปรุงผลตามข้อมูลย้อนกลับของผู้ให้ข้อมูลและอธิบายปรากฏการณ์ที่ยังคลุมเครือให้ชัดเจนเท่าที่เป็นไปได้ (identification of its fundamental structure) เพื่อนำมาเสนอกรอบแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของปรากฏการณ์ บรรยายประเด็นที่ได้เป็นความเรียงให้มีความต่อเนื่อง กลมกลืน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ของลินคอล์น และกูปา (Lincoln & Guba, 1985)⁸ ในประเด็นดังต่อไปนี้ (1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียง การถอดเทป กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลถูกต้องหรือไม่ (Member Checks) การใช้เทคนิคสัมภาษณ์การทวนความถามซ้ำ สรุปความและยืนยันข้อมูลในระหว่าง

สัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าข้อสรุปนั้นถูกต้อง และเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลเดียวกันที่เก็บมาจากเวลา สถานที่ หรือบุคคลที่ต่างกันอย่างวิธีที่หลากหลายวิธี (2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การใช้แบบบันทึกภาคสนาม การสังเกตบริบทขณะทำการสัมภาษณ์ โดยจะมีปฏิกิริยาแสดงออกมา เช่น น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง แววตา การตีความของคำพูดที่พูดถึงของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น และ (3) การตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยจากผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยว่าข้อมูลที่ได้มานั้นว่าไม่มีความอคติ ความลำเอียงของผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลอายุอยู่ในช่วง 52-76 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25.0 ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.5 รองลงมา 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 37.5 ทั้งหมดรายได้ไม่เพียงพอ สำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัวต่อเดือน มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.0 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 25.0 ผู้ให้ข้อมูลอธิบายลักษณะลักษณะนิสัยของผู้ป่วยเป็นคนใจร้อน ร้อยละ 87.5 รองลงมา มีลักษณะนิสัยแยกตัวเอง เก็บตัว ไม่สูงส่งกับใคร ร้อยละ 12.5 มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ร้อยละ 87.5 และมีความรู้สึกดีต่อผู้ป่วย ร้อยละ 12.5 ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่ดี ร้อยละ 100 และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นไม่ดี เช่น เพื่อนบ้าน บุคคลแวดล้อมในชุมชน ร้อยละ 100 ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้มี 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย (1) ความหมายสถานการณ์รุนแรง

(2) ต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด และ (3) การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด ดังนี้

1. ความหมายของสถานการณ์รุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า เป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการถูกกระทำให้อับอายขาดความน่าเชื่อถือ เช่น เอื่อมระอา ท้อ จากการถูกคำพูดและสายตาคบข้างเหยียดหยามจึงไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร ดังคำพูดต่อไปนี้

รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 55 ปี บทบาทในการดูแลเกี่ยวข้องกับแม่ มีประสบการณ์ดูแล 5 ปี “คนเปิดบ้านบ่มีไผ่อยากเข้านำมันดอก อย่างกลายยังย่าน บ่มีไผ่อยากลิเว้านำจ้อย เพราะมันก้าวร้าวหลายจนคนบ่อยากให้ไปในบ้านเขา มีหน้าขำมักลักเล็กขโมยน้อย บ้านข้างๆกันนิกะลักกล้วยเขาไปปักหลายเครือแล้ว เขาเปิดเขาหน้ามันคัก ไทเฮือนกะยังเบื้อปานนี้ คนอื่นสิล้าได้ ทั้งคำเว้าทั้งสายตาที่เพิ่นอ้อมข้างเบ็งเฮา คือจั่งเหยียดหยามตลอดเวลา บักล้าไปขอให้ไผ่ช้อยดอก”

(คนทั้งหมู่บ้านไม่มีใครอยากคุยด้วย ไม่กล้าเดินผ่าน ไม่กล้าถาม เขาคงเอื่อมระอา กับพฤติกรรมก้าวร้าว แม่เองยังกลัว คิดดูว่าเพื่อนบ้านจะกลัวขนาดไหน ตอนนี้ทั้งคำพูดทั้งสายตาคบข้างเหมือนเหยียดหยามแม่ตลอดเวลา แม่จึงไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร)

รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 53 ปี บทบาทในการดูแลเกี่ยวข้องกับแม่ มีประสบการณ์ดูแล 7 ปี “แม่หนั้นรู้สึกท้อ บ่อยากออกไปข้างนอกให้คนคิดว่าเฮาเลี้ยงถูกบ่ดี บางคนบ่รู้ถามด้วยความหวังดี หรือเยาะเย้ย แม่กะพยายามเบ็งเพิ่นรักษาเพิ่น พาไปหันไปนี้พาไปน่านั้นแล้วแต่ยาม มีแต่แม่ละเบ็งแง บ่มีไผ่ดูแลช้อยแม่เลย แม่เลยรู้สึกท้อ สายตาที่คน

มองเขาเวลาไปนอกบ้าน แม่บรรยายบ่ถึงคือเขี่ยเจ็บปวดจิตใจ”

(รู้สึกท้อ ไม่อยากออกไปข้างนอกให้คนอื่นคิดว่าเราเลี้ยงลูกไม่ดี บางคนไม่รู้ถามด้วยความหวังดีหรือเยาะเย้ย แม่พยายามดูแลรักษา มีแค่แม่ที่ดูแล ไม่มีใครดูแลช่วย สายตาที่คนอื่นมองเวลาออกไปนอกบ้าน แม่บรรยายไม่ถูก เหมือนกับเยาะเย้ย รู้สึกเจ็บปวดจิตใจ)

รายที่ 6 เพศหญิง อายุ 60 ปี บทบาทในการดูแลเกี่ยวข้องเป็นแม่ มีประสบการณ์ดูแล 5 ปี “เปิดเบือ...โอ้ยพอลูกให้พุ่นแล้ว แต่ว่าต้องสู้ได้ ต้องใจแข็งได้ สิบไปให้ให้เขาเห็นบ่ได้...ไต่บ้านเขามองแบบได้บ่มีไผ่สู้ดีสำแม่ที่นั่นที่รู้ คือจั่งแม่บ่มีไผ่โดนในหมู่บ้านนี้”

(เพื่อน่าย อยากจะร้องไห้ แต่ต้องใจแข็ง ไม่ร้องไห้ให้เขาเห็น ชาวบ้านเขามองแม่แบบไหน ใจแม่เท่านั้นที่รู้ดี เหมือนกับแม่ไม่มีตัวตนในหมู่บ้านนี้)

2. ต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า พฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการเสพยาบ้า กระตุ้น และขาดการรักษาด้วยยารักษาอาการจิตเวช ดังคำพูดต่อไปนี้

รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 52 ปี เกี่ยวข้องเป็นแม่ เลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบเผชิญหน้าห้ามไม่ให้กระทำ เคยถูกผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมรุนแรง 3 ครั้ง เช่น ถูกเขี่ยมีดใส่ ถูกไล่แทงด้วยมีด และถูกไม้ฟาดจนได้รับบาดเจ็บ “สาเหตุความรุนแรงทั้งเบิดทั้งมวลมันกะเกิดจากมั่ว ที่แรกแม่คิดว่าลูกอาจสิบได้รับความอบอุ่นบ่ ใจน้อย...อันนี้กะน่าจะถึกเมียป้า ยิ่งเสพยาบ้าเยอะยิ่งทำให้ความรุนแรงหนักขึ้นเท่าที่แม่สังเกตดูเขามา ตอนป่วยแรกๆไม่ได้ขนาดนี้พอไปวัดไปวาได้ พอกะเทินพอกำก่า เว้งง่าย ๆ แต่พอสูบมั่ว น้ำควบก้นกำร้าวรำคัก”

(สาเหตุความรุนแรงเกิดจากยาบ้า ตอนแรกคิดว่าลูกอาจจะไม่ได้รับความอบอุ่นจากแม่ ใจน้อยใจผิดหวังจากถูกแฟนทิ้ง ยิ่งเสพยาบ้าเยอะยิ่งรุนแรง ยิ่งกำร้าวรำคัก)

รายที่ 4 เพศหญิง อายุ 65 ปี เกี่ยวข้องเป็นแม่ เคยถูกผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมรุนแรง 2 ครั้ง เช่น ทบผนังบ้านและทบประตูปังเสียหายครั้งหลัง เผาเสื้อผ้าเพื่อต้องการให้ไฟไหม้บ้านแต่ชาวบ้านช่วยกันดับทัน “เบิดที่นั่นเกิดจากยาบ้า...อีกอันกะคิดว่าน้อยใจเมียที่เขาบ่เอา แม่สิพาไปขอ แต่กะเจ้าบ่สนใจลูกเฮา กะคือ เสียใจจนต้องกินเหล้าเมายา”

(เหตุมันเกิดจากยาบ้า...ปัจจัยหนึ่งคือน้อยใจแฟน เขาไม่สนใจลูกเรา เสียใจจนต้องกินเหล้าเมายา)

รายที่ 5 เพศหญิง อายุ 76 ปี เกี่ยวข้องเป็นแม่ เคยถูกผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมรุนแรง 2 ครั้ง เช่น ทบผนังบ้านเสียหาย ใช้มีดไล่แทง และพยายามใช้มีดแทงลำตัวแต่ชาวบ้านช่วยไว้ทัน “แม่กะคิดว่ามันเป็นนำกินยาบ้า บ่มีแนวอื่น นำกินยาบ้าอย่างเดีย...แม่เปรียบเทียบความรุนแรง มันกินยาบ้ามา เฮาว่าหยังกะเบิดเบิด จั่งซี แต่ก่อนบ่ขนาดนี้...ตั้งแต่ขาดยาจิตเวชมันเป็นโสด”

(แม่คิดว่าเป็นเพราะยาบ้า...ตอนอาการกำเริบแม่พูดอะไรก็ผิดหมด เมื่อก่อนไม่รุนแรงขนาดนี้...ขาดยาจิตเวชกำเริบหนัก)

3. การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า ผู้ดูแลมีกลยุทธ์สำหรับการป้องกันตัวเอง เช่น การสังเกตอาการผิดปกติตั้งแต่ยังไม่รุนแรง หลีกเลี้ยงการปะทะ ไม่เผชิญหน้า หาพื้นที่ปลอดภัยอาศัยก่อน พยายามเจรจาไกล่เกลี่ย หาตัวช่วยในการจัดการกับปัญหา และพยายามอธิบายให้คนรอบข้างเข้าใจพฤติกรรมผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 53 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ การหาช่องทางเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรง เช่น การอยู่ในพื้นที่ปลอดภัย ไม่ได้แย่ง และระมัดระวังคำพูดของตนเอง “คนเป็นพ่อเป็นแม่เจอแบบนี้กับตัวชีวิตไม่ได้นอนบ้านนอนเมือง เกิดเป็นมือแค้นหนีแต่ลูกอย่าเถียงมัน หลบมาอยู่บ้านน้ำมนต์ที่เคยไปรับจ้างเพื่อบางมือหลบอยู่น้ำพื๋องเอื้อยอ้าย ชีวิตเนาะพอปานหลุมหลบภัยระเบิด ได้บทเรียนชีวิตต้องเตรียมรับมือทุกสถานการณ์ไม่เจอกันตรงๆต้องหาที่หลบภัยก่อนอยู่ในที่ปลอดภัย...ค่อยๆอมชอม...มองหาช่องทางช่วยเหลือถึงจะมีไผ่เลยกะต้องจำเป็นเข้าหาเพิ่น บ่มีใครช่วยเหลือเลยบ่ได้”

รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 53 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ หากเห็นความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต้องป้องกันตัวเอง ในฐานะคนเห็นเหตุการณ์ห้ามเผชิญหน้าโดยตรง ประเมินสถานการณ์เสมอ หากยังรุนแรงอยู่ต้องฝึกเจรจาต่อรอง หรือให้ผู้ใหญ่บ้านมาช่วยคุย เพื่อให้ผู้ป่วยใจเย็นก่อน ถ้าผู้ใหญ่บ้านไม่สามารถจัดการได้ต้องหาช่องทางใหม่ “แม่เปรียบเทียบลูกเป็นค้อน เขาแค่ปกป้องจะของ ชนยังหนักอยู่กะต้องเ็นผู้ใหญ่บ้านมาอมชอม ให้ผู้นำหมู่บ้านมาช่วยเจรจาช่วยให้ใจเย็นขึ้น จนพ่อผู้ใหญ่เอาบ่อยู่”

รายที่ 4 เพศหญิง อายุ 65 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ มองปัญหาที่เกิดขึ้นว่า ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา ห้ามกลัวเสียหน้า ห้ามอายเพื่อนบ้าน ห้ามเผชิญหน้าโดยตรง ประเมินสถานการณ์ว่าตอนนั้นเข้าถึงใครได้ง่าย เช่น อบต. อสม. หรือตำรวจ ต้องมีคนช่วยประสานให้และพร้อมจะช่วยเหลือเรา “โทรเ็นตำรวจแม่กะบ่ได้ย้าน แต่อยากให้อสม. อบต. โทรเ็นให้ คนในเฮือนย่านคนเว้าเพิ่น แม่กะบอกว่า แม่บ่คิดหยั่ง ตำรวจให้พาไปไล่กะไป แม่บ่ได้ว่า เพราะแม่คือนำลูกจนสิเป็นบ้าอีกคน

แม่ก็บอกว่า แม่ไม่คิดอะไร แม่เต็มใจ ตำรวจให้พาไปไหนก็ไป แม่สงวน บ่ต้องไปคิดตามคำเว้าคนอื่น เฮาบ่ต้องสนใจเพราะเฮาเอาลูกไปรักษา เวลาแม่มีหยั่งกะมาปรึกษา อบต. อสม. เข้าไปหาง่าย”

รายที่ 6 เพศหญิง อายุ 60 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ หาพื้นที่ปลอดภัย ปรึกษาตัวช่วยในการจัดการโดยเร็วที่สุด เช่น ตำรวจ หมอ พยาบาล ไม่ต้องเผชิญหน้าโดยตรง รอเวลาให้สงบ สักพักค่อยคุยฝึกเจรจาต่อรอง ไกล่เกลี่ยแบบเป็นมิตร “เอาตัวรอดเป็นอย่างดีไปชะก่อน บ่สู้สิเป็นจั่งได้...ซัดไปอำเภอ ไปหาตำรวจ ละกะไปหาหมอนี้ละมันจะเฮ็ดหยั่งปล่อยมันมั่งมันพั่ง บ่ห้ามบ่หยั่ง หลาบบ่อยากต่อสู้กับมัน พอมันใจเย็นค่อยอมชอมเอา”

รายที่ 8 เพศหญิง อายุ 52 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ ห้ามเข้าใกล้ผู้ป่วยขณะที่อาการกำเริบ ให้รักษาที่ปลอดภัยอยู่ และฝึกสังเกตอาการผิดปกติ เพราะตอนคับขันไม่มีใครช่วยเราได้ “ห้ามบ่ได้ คนอื่นกะช่วยเหลือเฮาบ่ได้ มันเกิดขึ้นคราวเดียว แล้วเฮาไปขอความช่วยเหลือกับกะเจ้าเขากะบ่สนใจ ...ทางที่ดีคือ อยู่ห่างๆไปก่อน อย่าเพิ่งเข้าใกล้สังเกตดูท่าที่เขาก่อน แล้วหาที่ปลอดภัยอยู่”

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ ได้ข้อค้นพบที่สามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นได้ ตามลำดับดังนี้

1. ความหมายของสถานการณ์รุนแรง

ผลการศึกษานี้ ได้ข้อค้นพบ ประเด็นความหมายของสถานการณ์รุนแรงตามการรับรู้ของผู้ดูแลเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้ความหมายว่าเป็นความรู้สึกเบือนหน้ากับการถูกกระทำให้อับอาย ขาดความน่าเชื่อถือ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อ เื่อมระอา กับพฤติกรรม อีกทั้งได้รับคำพูดและสายตาจากคนรอบข้างเหยียดหยามตนเอง ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวจึงไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร สอดคล้องกับ มิเชลล์ เคลียร์รี และคณะ (2020) ได้ศึกษาความรู้สึกของผู้ดูแลธิบายว่า

มักเกิดความเบื่อหน่าย เมื่อระยะเวลาที่นานขึ้นผู้ดูแลเกิดความอับอายที่เป็นผลมาจากการถูกแบ่งแยกออกจากสังคม ถูกเลือกปฏิบัติไม่ได้รับความไว้วางใจจากสังคมรอบข้าง ละอายที่ถูกสังคมตีตัวออกห่าง⁹⁻¹⁰ มีการศึกษาของสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ อธิบายปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง การทำให้การทำหน้าที่บกพร่อง เป็นภาระการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่อาการสงบ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 11.4 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยคือ 10 ปี เพศหญิงมีภาระการดูแล ร้อยละ 48.6 มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 28.5¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลเพศหญิงและยังอยู่กับผู้ป่วย เห็นได้ว่า การสะท้อนความหมายความรู้สึกละการรับรู้ของผู้ดูแลพฤติกรรมรุนแรง โดยสรุป หมายถึงเป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการถูกกระทำให้อับอายตนเองและครอบครัวรู้สึกขาดความน่าเชื่อถือจากการก่อความรุนแรงทางคำพูด ทำทางการแสดงออก ความรุนแรงต่อทรัพย์สิน และพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ซึ่งความรุนแรงตามคำจำกัดความ เป็นแนวคิดจากแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่กว้างและหลากหลาย การให้ความหมายความรู้สึกละการรับรู้ของผู้ดูแลพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน มีความแตกต่างกันตามการรับรู้ประสบการณ์ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษานี้สะท้อนให้เกิดความเข้าใจผู้ดูแลได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้นตามการรับรู้ โดยให้ความหมายความรู้สึกละการรับรู้ของผู้ดูแลพฤติกรรมรุนแรงในแง่ของมุมมองความรู้สึก ที่ตนเองเกิดความเบื่อหน่ายกับการถูกกระทำให้อับอายขาดความน่าเชื่อถือ เช่น เอือมระอา ท้อกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการถูกคำพูดและสายตาคนรอบข้างเหยียดหยาม จึงไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และยังอยู่ในช่วงติดตาม 1 ปี รับการรักษาต่อเนื่องในชุมชนซึ่งในรอบ 3 เดือน จะมีเหตุการณ์ที่สะท้อนความรุนแรงของ

ครอบครัวผู้ป่วยเกิดขึ้นซ้ำๆ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประเด็นการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ทุก 2 สัปดาห์ และปรับบริการให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายในชุมชนเพื่อให้สามารถรับฟังปัญหาของตนเองได้อย่างรวดเร็ว และไม่เงินอายเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

2. ต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า การก่อพฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นแบบทวีคูณของผู้ป่วยในปัจจุบัน มีสาเหตุจากการเสพยาบ้ากระตุ้น และขาดการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตเวช เมื่อได้รับการกระตุ้นมักเป็นการก่อเหตุที่รุนแรงและบุคคลในครอบครัวมักจะได้รับผลกระทบเป็นบุคคลแรกจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นและมักเกิดขึ้นในชุมชน ดังการศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 24.6 พฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อธิบายได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือนจากชุมชน¹² พฤติกรรมที่พบได้บ่อย เป็นการแสดงออกของความโกรธในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น หรือการทำลายสิ่งของ และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช¹³ นอกจากนี้มีการศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง พบว่า มี 2 สาเหตุซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายในของผู้ป่วย เช่น การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก เช่น คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพแอมเฟตามีนหรือติ่มสุรา¹⁴ สะท้อนให้เห็นว่าต้นตอของการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรงเป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดง

พฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลัง ที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่นและทรัพย์สิน¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งการเริ่มต้นมาจากความโกรธ กลไกการควบคุมอารมณ์โกรธ เกือบได้ไม่แสดงออกหรือแสดงอารมณ์โกรธออกมาเป็นพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หรือพฤติกรรมที่รุนแรง เป็นลักษณะเริ่มต้นของวิธีการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง การทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ให้ตระหนักว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

มุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่าต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงที่ทำให้การก่อความรุนแรงเกิดขึ้นแบบทวีคูณมีสาเหตุจากการเสพยาบ้ากระตุ้นและขาดการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตเวช จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อเหตุซ้ำ อย่างน้อย 2 ครั้ง ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีประสบการณ์ตรงกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย สะท้อนลักษณะอาการเตือนก่อนที่จะก่อความรุนแรง อาทิเช่น เดินบ่อย พยายามเดินหนีออกจากสถานการณ์ที่กดดัน ช่มชู้ ดุด่า พุดมากขึ้น บางรายไม่พูดไม่ยอมตอบคำถามกับใคร มีพฤติกรรมหักนิ้วมือตนเองให้เกิดเสียงดัง พยายามโยนสิ่งของเพื่อแสดงให้คนอื่นรู้ว่าตนเองมีกำลัง เป็นต้น ลักษณะอาการเตือนเกิดขึ้นตั้งแต่ทันทีทันใดไปจนถึง 2 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่ญาติสะท้อนว่าต้องพยายามหาพื้นที่ปลอดภัย เตรียมหลีกเลี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายกับตนเอง และต้องรีบขอความช่วยเหลือภายใน 2 ชั่วโมง ฉะนั้นการสังเกต เฝ้าระวัง ติดตามปัญหาตั้งแต่ครอบครัว หรือชุมชน ที่ผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิด จะทำให้สามารถป้องกันปัญหา ก่อนการเกิดความรุนแรงต่อชีวิตและทรัพย์สินได้อย่างทันที่

3. การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ปีที่ 51 ฉบับที่ 2 ■ พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

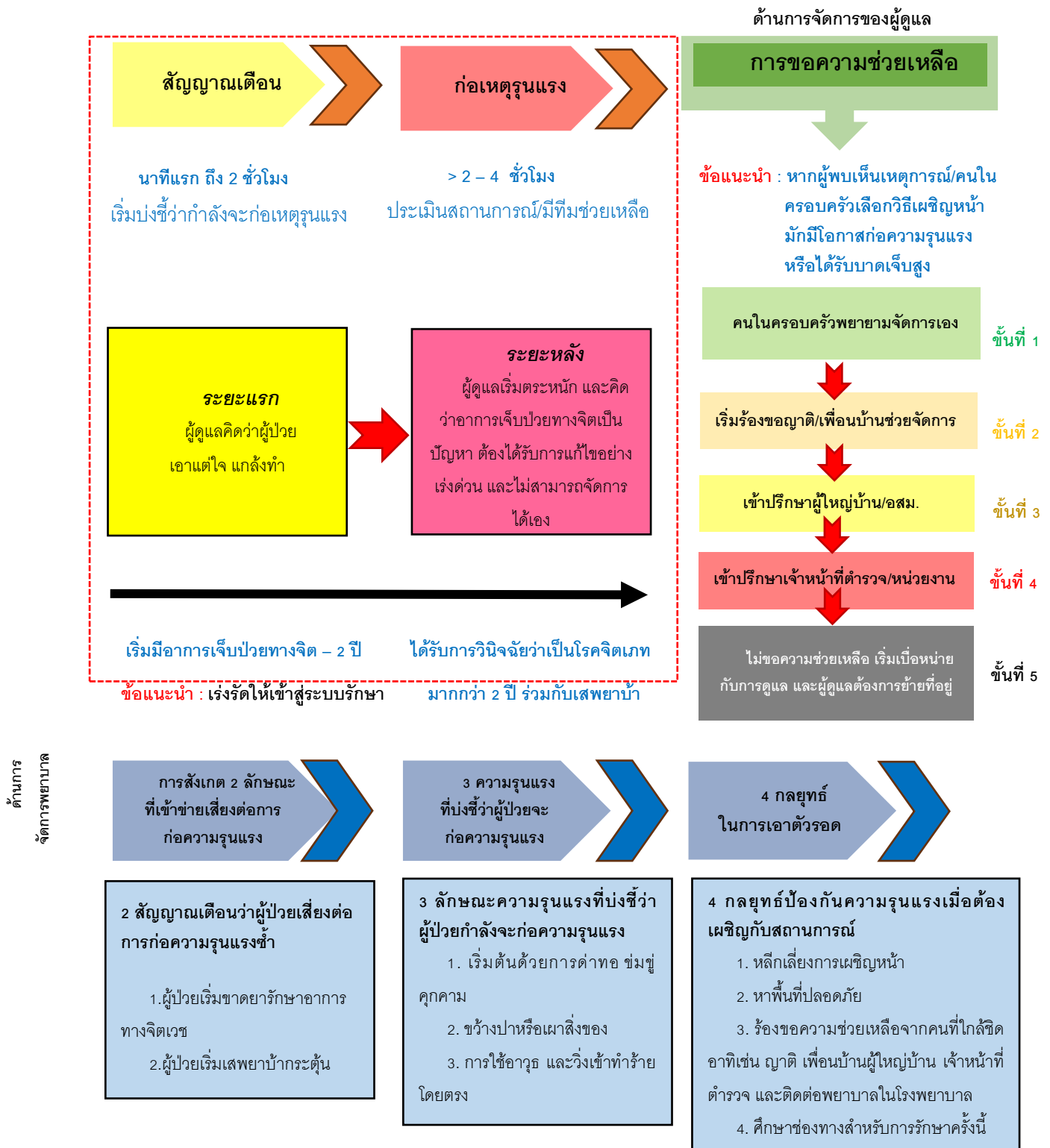
ผลการศึกษาได้ข้อค้นพบการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนตามการรับรู้ของผู้ดูแลเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การมีกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามประสบการณ์ของตนเองที่ใช้กับสถานการณ์ที่รุนแรง เป็นการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย หาพื้นที่ปลอดภัย พยายามร้องขอความช่วยเหลือจากคนที่ใกล้ชิดในสถานการณ์วิกฤติ และศึกษาช่องทางบริการสำหรับการรักษาอาการทางจิตเวชทันที เพื่อลดการคุกคามจากสถานการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วย สอดคล้องกับคามิลและเวลลิแกน อธิบายว่าการอบรมทักษะสำหรับการเตรียมความพร้อมในการรับมือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติเป็นสิ่งจำเป็นของผู้ดูแล¹⁷ ทำให้ระบบบริการสุขภาพด้านการเตรียมความพร้อมของห้องฉุกเฉินในพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่กระบวนการประเมินความรุนแรง การวินิจฉัยแยกโรคอาการทางกาย แนวทางส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่แบบครบวงจร มีความจำเป็นอย่างมากในการจัดการอย่างเป็นระบบ¹⁸ แสดงให้เห็นว่าการลดอันตรายจากการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าของผู้ดูแลได้รับความปลอดภัย¹⁹ จะเห็นได้ว่า การมีรูปแบบในการดูแลที่สอดคล้องกับกลยุทธ์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้สามารถจัดการอย่างถูกวิธีและเหมาะสมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ทำให้ได้รับความปลอดภัย อันเป็นรากฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพก่อนเข้าสู่ระบบของโรงพยาบาล อีกทั้งหากมีความรู้ลึกที่ตนเองการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคม จะสามารถประคับประคองผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น เพราะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเปรียบได้กับประตูบานหมุนที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้ตลอด กลยุทธ์นี้จึงถือเป็นอาวุธที่สำคัญในการ

วางแผนดูแลระยะยาว²⁰ ในมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่า ในด้านการจัดการของบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยมีวิธีการที่คนในครอบครัวพยายามจัดการเอง เมื่อไม่สามารถจัดการได้จะเริ่มร้องขอญาติ หรือเพื่อนบ้านช่วยจัดการเบื้องต้น หากยังไม่สามารถจัดการได้จะพยายามปรึกษาผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ปรึกษาเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ หรือหน่วยงานที่ญาติสามารถติดต่อได้ เพื่อใช้เป็นช่องทางในการยุติปัญหา ความรุนแรงให้เร็วที่สุด และเมื่อไม่สามารถจัดการได้ ผู้ดูแลสะท้อนว่าจะไม่ขอความช่วยเหลือ เพราะเกิดความรู้สึกเบื่อกับการดูแล และต้องการย้ายที่อยู่ เห็นได้ว่าการวางแผนการการพยาบาลที่เป็นกลยุทธ์สำหรับการป้องกันตัวเองของผู้ดูแล มีความสำคัญอย่างมากที่บุคคลากรสาธารณสุขต้องเน้นย้ำการออกแบบลักษณะการจัดการรายกรณีตามลักษณะบริบทพื้นที่ชุมชน ให้ผู้ดูแลตระหนักและสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและทันทั่วทั้งที่

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความพร้อมการรับรู้ ทักษะคติของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออก

จากโรงพยาบาล และเพื่อการส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาในครอบครัว มุ่งเน้นทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสการก่อความรุนแรง ประยุกต์ใช้กลวิธีการขอความช่วยเหลือเชิงระบบในพื้นที่ชุมชน อีกทั้งครอบครัวและชุมชนสามารถจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการกับผู้ป่วยภาวะวิกฤติสุขภาพจิตในพื้นที่ชุมชนได้ เรียนรู้กลยุทธ์การจัดการในสถานการณ์ของบริบทชุมชน เพื่อป้องกันการก่อเหตุซ้ำ อันจะนำมาซึ่งการสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ ชีวิตและทรัพย์สินของครอบครัว ชุมชน และสังคม พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชนโดยตรง ควรนำข้อค้นพบนี้วางแผนเพื่อให้ความรู้รายกรณีให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกลยุทธ์สำหรับการป้องกันตัวเองที่เหมาะสม ด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยโดยตรง หาพื้นที่ปลอดภัย พยายามร้องขอความช่วยเหลือจากคนที่ใกล้ชิดในสถานการณ์วิกฤติ และศึกษาช่องทางบริการสำหรับการรักษาอาการจิตเวชทันทีที่กำลังเผชิญเหตุ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ภาวะวิกฤติสุขภาพจิตในพื้นที่ชุมชนได้อย่างเหมาะสม



แผนภาพ แนวคิดกลยุทธ์การจัดการของผูดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาเสพติดในชุมชน
(ภาณุรัตน์ ศรีมงคล และณัฐกร พิทยเชิด, 2567)

Reference

1. Mantana Kittipeerachon, Pattama Sirivech, Burin Suraaroonsamrit, Wee Mekwilai. Handbook of care for patients with schizophrenia for hospitals in health areas (Medical Edition). Nonthaburi: Victoria Image Company Liited; 2016. Thai.
2. Schultz Jm, Videbeck SL. Lippincott' manual of psychiatric nursing care plans. Philadelphia: Lippincott; 2013.
3. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Report health data center department of mental health in Thailand [internet]. 2023 Apr 30 [cited 2024 Apr 16]; Available from:<https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>. Thai.
4. Kwansuda Boontoch, Amornrat Sricamsuk Saito, Suwanna Arunpongpaisal. Social support in patients with schizophrenia. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 2013;58(1):89-100. Thai.
5. Wilawan Klaraeng, Araya Jiramanasawong , Payom Tantajanya, Tanyada Inngern, Natcha Pluangngam, Rujisan Surataworn. Lived experiences of primary caregivers in preventing relapse of the disease in schizophrenia patients. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022;5(3):53-67. Thai.
6. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
7. Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publishing; 2002.
8. Lincoln Ys, Guba EG. Natualistic inquiry. United States: SAGE Publications Inc; 1985.
9. Cleary M, West S, Hunt GE, McLean L, Kornhaber R. A qualitative systematic review of caregiver's experiences of caring for family diagnosed with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing. 2020;41(8):667-683.
10. Yang CI, Hsieh MY, Lee LH, Chen SL. Experiences of caring for a sibling with schizophrenia in a chinese context: a neglected issue. International Journal of Mental Health Nursing. 2016;26(4): 409-417.
11. Sirinrat Sangsirilak. Burden among caregivers of schizophrenia patient. Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospitals. 2016;31(3):139-48. Thai.
12. Siripun Thanunchai, Jintana Yunibhand. Selected factors related to violent behavior of schizophrenic patients in community. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011;25(3):24-37. Thai.

13. Panya Thongtup, Kritaya Sawangchareon. Violent behavior of schizophrenic patients and violent management of family. Journal of Nurses' Association of Thailand, North- Eastern Divison. 2013;31(4):121-27. Thai.
14. Panurat Srimungkhul, Narisa Wongpanarak. Self-perceptions of Violent Behaviors in Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):408–17. Thai.
15. Yudofsky S, Silver JM, Jackson W. The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. American Journal of Psychiatry. 1986;143(1):35-39.
16. Akkaradech Klinpiboon. Management of model aggressive behavior in psychiatric hospital for nursing personnel. Sisaket: Sumnukpimpanthong Company Limited; 2018. Thai.
17. Kamil SH, Velligan DI. Caregiver of individuals with schizophrenia: who are they and what are their challenges?. Wolters Kluwer Health. 2019;32(3):157-163.
18. Porntip Wachiradilok, Suradech Dounghthipsirikul, Teera Sirisamutr, Aunchulee Neungaud. Seamless and integrated emergency medical services system for mental health crisis patients in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2023;17(2):264-278. Thai.
19. Mestdagh A, Hansen B. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;49(1):79-87.
20. Adnanes M, Cresswell- Smith J, Melby L, et al. Discharge planning, self- management, and community support: strategies to avoid psychiatric rehospitalization from a service user perspective. Patient Education and Counseling. 2019;103(5):1033-1040.

การพัฒนารูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน

จารุณี ตั้งใจรักการดี*

พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

(รับ: 15 กรกฎาคม 2567, แก้ไข: 12 สิงหาคม 2567, ตอบรับ: 20 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ดำเนินการ 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 67 คนและผู้รับบริการผ่าตัด 90 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเป็นไปได้และความยากง่ายในการใช้รูปแบบ แบบวัดความรู้แบบประเมินการปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบบันทึกข้อมูลความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ตรวจสอบความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.88 – 0.99 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำกับดูแล การจัดการตรวจสอบ การกำหนดนโยบาย การมีส่วนร่วมพัฒนา การเพิ่มการเรียนรู้ การมอบหมายหน้าที่ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และการทำงานเป็นทีม หลังใช้รูปแบบ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.103$ และ $t = 9.155$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.61, SD 0.71) และปฏิบัติตามระบบในทุกหน่วยบริการร้อยละ 100 หลังใช้รูปแบบ ผู้รับบริการผ่าตัดเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงจาก ร้อยละ 11.11 เป็นร้อยละ 2.22 และอัตราการเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ลดลงจากร้อยละ 3.33 เป็นร้อยละ 2.22

คำสำคัญ: รูปแบบ ระบบตรวจสอบความปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหัวหิน

Corresponding E- mail: Tangjiruk@gmail.com

Development of a Safety Monitoring System Model for Caring for Patients Undergoing Surgery, Hua Hin Hospital

Jarunee Tangjirukkrandee*

M.N.S. (Nursing Administration)

(Received: July 15, 2024, Revised: August 12, 2024, Accepted: August 20, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to develop and study the effects of implementing a safety monitoring system model for the surgical patients. The study consisted of 3 phases. The simple random sampling was employed and consisted of 67 professional nurses and 90 surgical recipients. The research instrument was a safety monitoring system model for the surgical patients. Data collecting tools comprised of feasibility and ease of use evaluation form, knowledge measurement form, performance assessment form, satisfaction questionnaire, safety data recording form for patient care after surgery, and surgical patient safety data recording form. The tools were checked for validity, yielding a value of .88 - .99. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results revealed that the safety monitoring system model for the surgical patients consisted of 8 components: governance, audit management, policy formulation, developing participation, learning support, task assignment, safety culture, and teamwork. After implementing the model, the nurses had average knowledge scores and nursing activity performance scores were statistically significantly higher than before the model implementation ($t = 13.103$ and $t = 9.155$, $p < 0.05$, respectively). The average satisfaction score was at the highest level (Mean 4.61, SD 0.71). The nurses complied with the system across all the service units. After using the model, the incidence of adverse events among the surgical patients had decreased from 11.11 percent to 2.22 percent, and the incidence of postponed surgery due to preventable causes had reduced from 3.33 percent to 2.22 percent.

Keywords: model, safety monitoring system, patients undergoing surgery, nurses

* Senior professional nurse, Nursing Department, Hua Hin Hospital. E-mail: Tangjiruk@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดเป็นหนึ่งในกระบวนการรักษาที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ ผู้ป่วยปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และผู้ป่วยพึงพอใจตามนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน (3P Safety)¹⁻² สถิติการผ่าตัด พบว่า ศัลยแพทย์ทั่วโลกทำการผ่าตัดมากถึง 313 ล้านครั้งต่อปี³ ในประเทศไทยปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถึง 1,717,608 คน⁴ เห็นได้ว่าแนวโน้มการบริการผ่าตัดมีเพิ่มขึ้นทุกปี⁵ เนื่องจากการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคหรือความผิดปกติบางอย่างที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการอื่นหรือหายได้เอง ลักษณะงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมี 3 ระยะ 1) ก่อนผ่าตัด (pre-operative care) ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งไปยังห้องผ่าตัด เป็นการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาและหลายหน่วยงาน 2) ระหว่างผ่าตัด (intra-operative care) ตั้งแต่เริ่มผ่าตัดจนสิ้นสุดการผ่าตัด เป็นการดูแลร่วมกันของทีมผ่าตัด ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาลในห้องผ่าตัด 3) หลังผ่าตัด (post-operative care) ตั้งแต่สิ้นสุดการผ่าตัดจนสิ้นสุดการรักษาหรือจำหน่ายกลับบ้าน เป็นการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขา และหลายหน่วยงาน⁶⁻⁷

ผู้ป่วยผ่าตัดทั่วโลก ร้อยละ 13 ได้รับความเสียหายจากความผิดพลาดทางการแพทย์มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดปีละประมาณ 7 ล้านครั้ง และเสียชีวิต ร้อยละ 0.5-5⁸ ในประเทศไทยพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดในห้องผ่าตัด ได้แก่ การตกค้างของสิ่งแปลกปลอมในร่างกายผู้ป่วย ทำให้เกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ ร้อยละ 38 ความล้มเหลวของการผ่าตัด ร้อยละ 23.80 และภาวะแทรกซ้อนหลังการ

ผ่าตัด ร้อยละ 9.51¹ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของประเทศสหรัฐอเมริกาจากการผ่าตัดผิดคน (wrong patient) ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (wrong site) และผิดชนิดการผ่าตัด (wrong procedure) 1,500–2,500 รายต่อปี⁹ ต้องมีการสืบสวนและตอบสนองทันที (sentinel event) ที่พบมากที่สุด คือ การผ่าตัดผิด คิดเป็นร้อยละ 13.1 ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด¹⁰ ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 96,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย โดยบางรายมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นถึง 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐ¹¹

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์และก่อให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิต ส่วนใหญ่จะเกิดจากการสื่อสารระหว่างบุคลากรไม่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดมากกว่าความผิดพลาดจากเทคนิคการผ่าตัด¹²⁻¹³ ความผิดพลาดทางการแพทย์ส่วนใหญ่เกิดในระยะก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด¹⁴ ปัญหาดังกล่าวองค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบของการสื่อสารระหว่างทีมผ่าตัด และผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผ่าตัด เพื่อมุ่งเน้นระยะเวลาที่รวดเร็ว ปลอดภัย และความสามารถในการจำหน่ายผู้ป่วย โดยได้ประกาศไว้ใน WHO's Second Global Patient Safety Challenge ภายใต้โครงการ Safe Surgery Saves Lives ให้มีการนำแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (WHO Surgical Safety Checklist) ไปใช้ในห้องผ่าตัดทุกแห่งทั่วโลก เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการปฏิบัติ มุ่งเน้นถึงความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมผ่าตัด ส่งผลให้ช่วยลดอัตราตายและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด¹⁴ แบ่งเป็น

3 ระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับขั้นตอนการผ่าตัด คือ ขั้นตอนก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ขั้นตอนปฏิบัติก่อนลงมีด (time out) และขั้นตอนการประเมินหลังจากเย็บปิดแผล ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out)

ในปี 2566 สถาบันวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและเทคโนโลยีดูแลสุขภาพได้นำเสนอแนวทาง “Total Systems Safety” ในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของ Institute for Healthcare Improvement (IHI)¹⁵ ซึ่งครอบคลุมมิติต่างๆ ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย เช่น การสร้างธรรมาภิบาลของผู้บริหาร การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการออกแบบและสร้างระบบการดูแลการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ปลอดภัย และยืดหยุ่นสำหรับเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนการเรียนรู้แบบต่อเนื่องและการแบ่งปันเพื่อการปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพการดูแล เพื่อบรรเทาปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶ แนวคิดระบบตรวจสอบความปลอดภัยจึงเป็นกระบวนการหรือขั้นตอนเพื่อใช้ตรวจสอบความถูกต้อง และเชื่อถือได้ของข้อมูลการปฏิบัติที่บันทึกในรูปแบบบันทึก แบบรายงานและเอกสารต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่บันทึกถูกต้อง และสามารถสอบทานได้หรือเพียงพอที่จะป้องกันความผิดพลาดในการทำงานของผู้ใช้ ระบบตรวจสอบความปลอดภัยด้วย Surgical Safety Checklist เป็นเครื่องมือสำหรับช่วยตรวจสอบและประเมินความพร้อม เป็นการสื่อสารในทีมให้เกิดความมั่นใจในการผ่าตัด เพื่อลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

โรงพยาบาลหัวหิน เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 395 เตียง ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดทุกสาขาที่มีแพทย์เฉพาะทางประจำอยู่

ในโรงพยาบาล มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญผ่าตัดผิดตำแหน่งในปี 2566 ระดับ E จำนวน 1 ครั้ง ปี 2565 ผ่าตัดผิดข้างเกือบพลาด (near miss) 2 ครั้ง จากการหารากของปัญหาพบเป็นการผ่าตัดสมอง (burr hole) ไม่มีการทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งผ่าตัด (mark site) มีการทบทวนร่วมกันวางแผนทางการปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วย และปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ในปี 2564- 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 6,133, 6,426 และ 8,270 ราย มีอุบัติการณ์ที่เกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยผ่าตัดในหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัด 77, 54 และ 88 ครั้ง ตามลำดับ เป็นอุบัติการณ์การมีอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย บาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงระหว่างผ่าตัด Perioperative hemorrhage or hematoma เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน ผลกระทบผู้ป่วยต้องงดเลื่อนผ่าตัด ทำให้ญาติไม่พึงพอใจ และปี 2566 พบเหตุการณ์ผ่าตัดผิดตำแหน่ง 1 ครั้ง ความรุนแรงระดับ E ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการหารากของปัญหา พบว่าไม่มีการทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งผ่าตัด และขาดการตรวจสอบซ้ำ

ผู้วิจัยวิเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเทียบเคียงกับสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของโรงพยาบาลหัวหิน พบปัญหาและสถานการณ์ระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน ดังนี้ 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1.1) ไม่มีนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด 1.2) ขาดคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน 1.3) Surgical Safety Checklist ไม่ครอบคลุมตามกระบวนการ 1.4) ขั้นตอนการปฏิบัติไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน 2) ปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ 2.1) ไม่มีการจัดอบรมเพิ่มความรู้ทักษะการปฏิบัติตามระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ 2) กลุ่มผู้รับบริการ

ประชากร แบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน 288 คน ใน 19 หน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมชั้น 7 ชั้น 8 ชั้น 10 สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ห้องคลอด ห้องทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม วิกฤติโรคหัวใจ ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วย ODS ห้องผ่าตัด และ วิสัญญี 2) กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลหัวหิน 1,114 ราย (จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ปี 2566 จำนวน 8,270 ราย เฉลี่ยเดือนละ 690 ราย)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 67 คน ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power V.3.1.9.2 กำหนด Effect size 0.5 ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 59 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ใน 19 หน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม 12 คน ศัลยกรรมชาย 17 คน และห้องผ่าตัด 30 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพิ่มหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ชั้น 10 จำนวน 8 คน รวมเป็น 67 คน 2) กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน หอผู้ป่วยเดียวกับกลุ่มผู้ให้บริการ ในเดือนเมษายน 2567 จำนวน 90 ราย และเดือนมิถุนายน 2567 จำนวน 90 ราย จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power V.3.1.9.2 กำหนด Effect size 0.5 ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจ

การทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 88 ราย เพิ่มเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบอีก 2 ราย รวมเป็น 90 ราย เกณฑ์การคัดเข้าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ศัลยกรรมชายและพิเศษศัลยกรรม ชั้น 10 และเป็นเวชระเบียนที่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครบถ้วน สมบูรณ์

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ RECHHH005/2567 ลงวันที่ 10 เมษายน 2567 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์สภาพการณ์ความปลอดภัยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นคำถามปลายเปิด 6 ข้อ และ 2) รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย นโยบายตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และคู่มือการใช้ระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จากแนวคิดระบบตรวจสอบความปลอดภัยของ IHI¹⁵ มาตรฐานการตรวจสอบการผ่าตัดปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)¹⁶ และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข⁶

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

2.1 ด้านกระบวนการ ในขั้นตอนที่ 4 กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แบบประเมินความเป็นไปได้และความยากง่ายในการใช้รูปแบบ 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วย

วารสารกองการพยาบาล

มากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผล ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 เท่ากับมากที่สุด 3.41-4.20 เท่ากับมาก 2.61-3.40 เท่ากับปานกลาง 1.81-2.60 เท่ากับน้อย และ 1.00-1.80 เท่ากับน้อยที่สุด

2.2 ด้านผลลัพธ์ ในขั้นตอนที่ 6

ด้านกระบวนการ กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้เรื่องระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0 ค่าคะแนน 0-15 การแปลผล 3 ช่วงเท่ากัน 0-5 ระดับน้อย 6-10 ระดับปานกลาง 11-15 ระดับมาก 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ 15 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผล ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 เท่ากับมากที่สุด 3.41-4.20 เท่ากับมาก 2.61-3.40 เท่ากับปานกลาง 1.81-2.60 เท่ากับน้อย และ 1.00-1.80 เท่ากับน้อยที่สุด

ด้านคุณภาพ กลุ่มผู้ให้บริการ คือ แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 30 ข้อ มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประเมินกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน 10 ข้อ และส่วนที่ 2 ประเมินกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัด 20 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน การแปลผล ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 0-6 และ 0-12 ระดับน้อย 7-13 และ 13-26 ระดับปานกลาง 14-20 และ 27-40 ระดับมาก ตามลำดับ

ด้านความปลอดภัยทางคลินิก กลุ่มผู้รับบริการ คือ แบบบันทึกข้อมูลความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคแรกพบ ชนิด การผ่าตัด โรคประจำตัว ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด 2) จำนวนการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ได้แก่ 1) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 2) นुकูลการติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 3) การให้ยาผิด 4) การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 5) การระบุตัวผู้ป่วย ผิด 6) การรายงานผลการตรวจหาห้องปฏิบัติการ พยาธิ วิทยาคลาดเคลื่อน 7) การมีอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 8) การติดเชื้อของแผลผ่าตัดสะอาด จำนวนการเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ และ จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย หาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาด้านการวิจัย 1 ท่าน ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน ด้านการพยาบาล ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน และด้านการบริหารพยาบาล 2 ท่าน มีค่าดัชนีวัดความสอดคล้อง (IOC) ทั้ง 5 ชุด อยู่ระหว่าง 0.83 – 1.00 นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่าง 20 คน หาความเที่ยง ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้ ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.88 2) แบบประเมินการปฏิบัติฯ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95 3) แบบประเมินความเป็นไปได้และความยากง่ายในการใช้รูปแบบฯ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ 4) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.99

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เตรียมการพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการเดือนธันวาคม 2566 – มีนาคม 2567 มี 1 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ระบบ ตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ

วารสารกองการพยาบาล

ผ่าตัด 1) จากรายงานสถิติการผ่าตัดในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด 6,133, 6,426 และ 8,270 ราย 2) สัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย 10 คน เกี่ยวกับระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการเดือน มีนาคม 2567- พฤษภาคม 2567 มี 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการ เกี่ยวกับระบบตรวจสอบความปลอดภัย และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ตามแนวคิดของ IHI¹⁵ ประกอบด้วย การสร้างธรรมเนียมมาภิบาลของผู้นำ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการออกแบบและสร้างระบบ การดูแล การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ปลอดภัยและยืดหยุ่นสำหรับเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนการเรียนรู้แบบต่อเนื่องและการแบ่งปัน เพื่อการปรับปรุงความปลอดภัยและคุณภาพการดูแล เพื่อบรรเทาปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับมาตรฐานการตรวจสอบการผ่าตัดปลอดภัยของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)¹⁶ ครอบคลุมมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข⁶

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดและตรวจสอบร่างรูปแบบฯ

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือก หลักการ กระบวนการ จากแนวคิด บทความวิชาการที่มีกิจกรรมสอดคล้องกัน ความถี่ตั้งแต่ร้อยละ 20 ขึ้นไป ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การสร้างธรรมเนียมมาภิบาลของผู้นำ การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมพัฒนา การมอบหมายงานสมาชิกทีม การตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย การกำหนดระยะการตรวจสอบ การสนับสนุนการเรียนรู้

มาพัฒนาเป็นร่างรูปแบบฯ พร้อมจัดทำคู่มือการใช้ระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

3.2 ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นทีมสหสาขาในการผ่าตัด 15 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ทั่วไป ศัลยแพทย์สาขาศัลยประสาท สาขาศัลยโศภิติกส์ สาขาระบบทางเดินปัสสาวะ สาขาจักษุ สาขานูคอจุมุก สูตินรีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลสาขาศัลยกรรมร่วมแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะนำมาปรับแก้ไข

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพร่างรูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Pilot study) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองใช้จริง 39 คน

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงร่างรูปแบบฯ และก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ดำเนินการเดือนพฤษภาคม 2567 และเดือนมิถุนายน 2567 มี 1 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 6 ทดลองใช้รูปแบบฯ

6.1 นำรูปแบบฯ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 67 คน ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม 12 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 17 คน และห้องผ่าตัด 30 คน

6.2 ประเมินผลลัพธ์กลุ่มผู้ให้บริการ ด้านกระบวนการ ได้แก่ ความรู้เรื่องระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ในด้านคุณภาพ

วาระการสาธารณสุข

ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามระบบ ตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มผู้รับบริการ ด้านความปลอดภัยทางคลินิก ได้แก่ จำนวนการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน การเลื่อนผ่าตัดและจำนวนข้อร้องเรียน

6.3 นำผลการทดลองไปปรับรูปแบบฯเป็น รูปแบบที่สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้และความยากง่ายในการใช้รูปแบบฯ และความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวนการเลื่อนผ่าตัดและจำนวนข้อร้องเรียน ในกลุ่มผู้รับบริการ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และการปฏิบัติตามระบบของกลุ่มผู้ให้บริการก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ใช้การทดสอบค่าที

ผลการวิจัย

1. รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน หรือ GAP PLAST Model มี 8 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การกำกับดูแล (Governance) ส่งเสริมภาวะผู้นำแก่บุคลากรในองค์กรให้มีความเข้าใจ กระบวนการการดำเนินงาน กิจกรรมทางการพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินปัญหา ความต้องการด้านวัสดุ อุปกรณ์วางแผนกระบวนการทำงาน กำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล ในการตรวจสอบความปลอดภัยหรือความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของหน่วยงาน

องค์ประกอบที่ 2 การจัดการตรวจสอบ

(Appointment) กำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานคุณภาพในหน่วยงานติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามกิจกรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ในแบบบันทึกการปฏิบัติระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน ในระยะเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 3 การกำหนดนโยบาย (Policy) ผู้นำองค์กรกำหนดแนวทางเพื่อใช้ในการดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ความคาดหวังต่อการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้ปลอดภัย ครอบคลุมตามมาตรฐานการตรวจสอบการผ่าตัดปลอดภัย ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงสำคัญ มีการถ่ายทอดและสื่อสารนโยบายให้ทราบทั้งองค์กรว่าเป็นเรื่องที่องค์กรให้ความสำคัญมากต่อการให้การรักษาศูนย์ผู้ป่วยอย่างสูง

องค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมพัฒนา (Participation) สนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมร่วมปรึกษาถึงสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งจุดแข็ง จุดอ่อนและโอกาสในการปรับปรุง เพื่อหาวิธีการพัฒนาตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

องค์ประกอบที่ 5 การเพิ่มการเรียนรู้ (Learning) ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการและกิจกรรมการฝึกทักษะ เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

วารสารกองการพยาบาล

องค์ประกอบที่ 6 การมอบหมายหน้าที่ (Assignment) มอบหมาย กำหนดผู้รับผิดชอบในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การจัดทีมทางการพยาบาลตามกิจกรรม กระบวนการหรือขั้นตอนการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามบทบาทหน้าที่ของตนเองเพื่อป้องกันความผิดพลาด

องค์ประกอบที่ 7 การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety culture) สร้างความเข้าใจและเห็นความสำคัญของผู้นำองค์กรและหัวหน้าหน่วยงานที่จะทำให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามคู่มือและแนวปฏิบัติระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 8 การทำงานเป็นทีม (Team work) สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงาน ปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลโดยใช้ระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกัน ครอบคลุม ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด โดยมีการร่วมตรวจสอบความปลอดภัยตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ และการศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ร่างรูปแบบมีความเป็นไปได้ในการใช้ โดยรวมในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 ± 0.64 และความง่ายในการใช้ร่างรูปแบบ โดยรวมในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 ± 0.58



ภาพที่ 2 รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน

2. ผลการใช้รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมชาย ห้องผ่าตัด และพิเศษศัลยกรรม

ชั้น 10 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุระหว่าง 20 – 30 ปี และ 31-40 ปี เท่ากัน ร้อยละ 34.33 อายุเฉลี่ย 38.42 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี อายุมากที่สุด 55 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.02 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67.16 น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 30 ปี

วารสารกองการพยาบาล

ประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 38.8 ประสบการณ์การตรวจสอบ (checklist) ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 80.6 จำนวนครั้งการตรวจสอบมากกว่า 50 ครั้ง ร้อยละ 34.3

2.1 ความรู้เรื่องระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ก่อนใช้รูปแบบกลุ่มผู้ให้บริการ มีความรู้เรื่องระบบตรวจสอบ

ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 9.39 ± 3.52 หลังใช้รูปแบบ กลุ่มผู้ให้บริการ มีความรู้เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 12.85 ± 1.54 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบ กลุ่มผู้ให้บริการมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนใช้รูปแบบ เท่ากับ 3.46 พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.155, p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ย ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=67)

ความรู้	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{D}$	SD	df	t	p
ก่อนใช้รูปแบบ	9.39	3.52	ปานกลาง	3.46	3.09	66	9.155	.000*
หลังใช้รูปแบบ	12.85	1.54	มาก					

* $P < 0.05$

2.2 ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.61 ± 0.71 โดยมีความเห็นว่ารูปแบบมีการสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ค่าเฉลี่ย 4.75 ± 0.44 รองลงมา การฝึกการเรียนรู้แสดงบทบาทสมมติตามระบบทำให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมากขึ้น ทำให้ได้รับคำชี้แนะการปฏิบัติงานมากขึ้น ทำให้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเข้าใจขั้นตอนตรวจสอบความปลอดภัยได้มากขึ้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้ โดยรวมพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากัน 4.64 ± 0.71 ทุกลำดับ รองลงมา คือ รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้เกิดบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถลดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน และ ทำให้ได้รับการสนับสนุนในการปฏิบัติงานจากองค์กรมากขึ้น ค่าเฉลี่ยเท่ากัน 4.61 ± 0.72 ทุกลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ (n=67)

ข้อ	ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1	ทำให้มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้ชัดเจนขึ้น	4.52	0.80	มากที่สุด
2	ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างหน่วยงาน	4.52	0.80	มากที่สุด
3	มีการสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น	4.75	0.44	มากที่สุด
4	ทำให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมากขึ้น	4.64	0.71	มากที่สุด
5	ทำให้กลุ่มผู้ใช้รูปแบบได้รับคำชี้แนะ การปฏิบัติงานมากขึ้น	4.64	0.71	มากที่สุด
6	ทำให้เกิดบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	4.61	0.72	มากที่สุด

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ (n=67) (ต่อ)

ข้อ	ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
7	ทำให้กลุ่มผู้ใช้รูปแบบดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเข้าใจขั้นตอนตรวจสอบความปลอดภัยได้มากขึ้น	4.64	0.71	มากที่สุด
8	ทำให้กลุ่มผู้ใช้รูปแบบสามารถปฏิบัติตามระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	4.58	0.80	มากที่สุด
9	ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	4.64	0.71	มากที่สุด
10	ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับหน่วยงานอื่น	4.55	0.80	มากที่สุด
11	สามารถลดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน	4.61	0.72	มากที่สุด
12	ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้	4.64	0.71	มากที่สุด
13	ทำให้กลุ่มผู้ใช้รูปแบบได้รับการสนับสนุนในการปฏิบัติงานจากองค์กรมากขึ้น	4.61	0.72	มากที่สุด
14	ทำให้ได้พัฒนาทักษะในการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	4.58	0.80	มากที่สุด
15	โดยรวมพึงพอใจรูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	4.64	0.71	มากที่สุด
คะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ย		4.61	0.72	มากที่สุด

2.3 การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมชายและพิเศษศัลยกรรม ชั้น 10 ก่อนพัฒนารูปแบบฯ ในเดือนเมษายน 2567 จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.80 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย 44.30 ปี น้อยที่สุด 20 ปีมากที่สุด 91 ปี การวินิจฉัยโรค พบ Close Fracture ร้อยละ 11.11 ชนิดการผ่าตัด Cesarean Section ร้อยละ 20.0 มีโรคร่วม เบาหวาน ร้อยละ 15.56 หลังพัฒนารูปแบบฯ ในเดือนมิถุนายน 2567 จำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 31.11 อายุเฉลี่ย 43.96 ปี

น้อยที่สุด 20 ปี มากที่สุด 90 ปี การวินิจฉัยโรค Acute Appendicitis ร้อยละ 16.67 ชนิดการผ่าตัด Close Reduction c Plate Screw ร้อยละ 17.78 มีโรคร่วม เบาหวาน ร้อยละ 15.56

1) ร้อยละของหน่วยบริการพยาบาลที่ปฏิบัติตามระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า หน่วยบริการพยาบาลที่ปฏิบัติตามระบบฯ ทั้งหมด 4 หน่วย คือ หน่วยบริการห้องผ่าตัด พิเศษศัลยกรรม ชั้น 10 ศัลยกรรมชาย และสูติ-นรีเวชกรรม มีการปฏิบัติตามระบบ คิดเป็นร้อยละ 100

2) ร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ กลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและผู้ป่วยฉุกเฉิน ปฏิบัติกิจกรรม

วารสารกองการพยาบาล

พยาบาลตามแนวทางที่กำหนดทุกครั้ง ร้อยละ 72.99 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 23.43 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 3.58 โดยรวมปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 17.34 ± 3.00 ในห้องผ่าตัด ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดทุกครั้ง ร้อยละ 85.37 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 13.51 และไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 1.12 โดยรวมปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 36.03 ± 5.46 หลังใช้รูปแบบในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดทุกครั้ง ร้อยละ 92.69 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 7.31 โดยรวมปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 19.61 ± 0.70 ส่วนในห้องผ่าตัด ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 90.52 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 16.68 โดยรวมปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 39.84 ± 0.73

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่าหลังใช้รูปแบบ ในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดทุกครั้ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.99 เป็น 92.69 ส่วนในห้องผ่าตัด ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดทุกครั้ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.37 เป็น 90.52 และคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด มากกว่าก่อนใช้รูปแบบ 2.27 ± 2.54 และในกลุ่มห้องผ่าตัดคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด มากกว่าก่อนใช้รูปแบบ 3.81 ± 5.38 ผลต่างของคะแนน ก่อนและหลังใช้รูปแบบของทั้งสองกลุ่ม พบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.316$ และ 5.787 , $p < 0.05$ และ 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=67)

กลุ่ม	การปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{d}$	SD	df	t	p
ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน	ก่อนใช้	17.34	3.00	มาก	2.27	2.54	122	7.316	.000*
	หลังใช้	19.61	0.70	มาก					
ห้องผ่าตัด	ก่อนใช้	36.03	5.46	มาก	3.81	5.38	122	5.787	.000*
	หลังใช้	39.84	0.73	มาก					

* $P < 0.05$

2.4 ร้อยละของผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ในเดือนเมษายน 2567 จำนวน 90 คน พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 11.11 การให้ยาผิดมากที่สุด ร้อยละ 4.44 รองลงมา คือ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ร้อยละ 3.33 และ การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยา

คลาดเคลื่อน ร้อยละ 2.22 หลังใช้รูปแบบ เดือนมิถุนายน 2567 จำนวน 90 คน พบมีผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 2.22 พบการให้ยาผิด ร้อยละ 1.11 และ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด ร้อยละ 1.11

2.5 ร้อยละของการเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ มีการเลื่อนผ่าตัด

วารสารกองการพยาบาล

จากสาเหตุที่ป้องกันได้ร้อยละ 3.33 หลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ไม่พบข้อ ร้อยละ 2.22 ร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ดังตารางที่ 4

2.6 จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแล

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ด้านความปลอดภัยทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

อุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยทางคลินิก	ก่อนใช้รูปแบบ (n=90)		หลังใช้รูปแบบ (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	10	11.11	2	2.22
1. การผ่าตัดผิดคน	0	0.0	0	0.0
2. การผ่าตัดผิดข้าง	0	0.0	0	0.0
3. การผ่าตัดผิดตำแหน่ง	0	0.0	0	0.0
4. การผ่าตัดผิดหัตถการ	0	0.0	0	0.0
5. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	0	0.0	0	0.0
6. การเกิด Medication Errors	4	4.44	1	1.11
7. การให้เลือดผิดคน	0	0.0	0	0.0
8. การให้เลือดผิดหมู่	0	0.0	0	0.0
9. การให้เลือดผิดชนิด	0	0.0	0	0.0
10. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	3	3.33	1	1.11
11. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยา	2	2.22	0	0.0
คลาดเคลื่อน				
12. การมีอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	1	1.11	0	0.0
13. การติดเชื้อของแผลผ่าตัดสะอาด	0	0.0	0	0.0
- การเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุที่ป้องกันได้	3	3.33	2	2.22
- จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด	0	0.0	0	0.0

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน มี 3 ระยะ 6 ขั้นตอน ที่มีขั้นตอนการวิจัยเป็นระบบ ตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบตามแนวคิด ทฤษฎี หลักการเกี่ยวกับ

ระบบตรวจสอบความปลอดภัย และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ของ IHI¹⁵ ทำให้มีทิศทางเดียวกันในการนำไปปฏิบัติได้จริง เห็นได้จากการประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบความเป็นไปได้และความยากง่ายโดยรวมในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.49 ± 0.61 และ 4.58 ± 0.58 ตามลำดับ นอกจากนี้ขั้นตอนในการ

พัฒนารูปแบบมาจากทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล หัวหิน ทำให้ได้รูปแบบที่เป็นไปตามหลักวิชาการและ หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับ และผลการวิจัย ที่น่าเชื่อถือ ช่วยทำให้บุคลากรในองค์กรมีความเข้าใจ กระบวนการการดำเนินงานกิจกรรมทางการพยาบาล เกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างเป็นระบบ มีนโยบายที่เป็นแนวปฏิบัติ มีการกำกับ ดูแล ส่งเสริมภาวะผู้นำ ทำให้บุคลากรประเมินปัญหา วางแผนกระบวนการทำงาน นอกจากนี้การมีส่วนร่วม ประสานกันทุกหน่วยงาน การกำหนดกิจกรรมทางการ พยาบาล กำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติในระยะเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ส่งผลให้หลังใช้รูปแบบมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรม พยาบาลตามแนวทางที่กำหนดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การ เพิ่มการเรียนรู้ ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีการ ประชุมเชิงปฏิบัติการและการฝึกทักษะ ทำให้มีความรู้ เกี่ยวกับระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้น สามารถปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่อย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติกิจกรรม ทางการพยาบาลครอบคลุมทุกระยะการผ่าตัด และ มีการทำงานเป็นทีม ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านความ ปลอดภัยทางคลินิกดีขึ้น การเกิดอุบัติการณ์ลดลง

2. ผลการใช้รูปแบบฯ มี ดังนี้

ความรู้เรื่องระบบตรวจสอบความปลอดภัย ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า หลังใช้ รูปแบบ กลุ่มผู้ให้บริการ มีความรู้มากกว่าก่อนใช้ รูปแบบ พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ จากผลการศึกษา พบว่าการพัฒนาความรู้และ การรับรู้ของพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่สำคัญต่อระบบ การพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย โดยการเพิ่ม การเรียนรู้ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมการประชุม

เชิงปฏิบัติการและกิจกรรมการฝึกทักษะ ทำให้ บุคลากรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ทางการพยาบาลตามคู่มือและแนวปฏิบัติระบบ ตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัด เป็นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้ บุคลากรพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดทุกคน ให้ปฏิบัติตามคู่มือและ แนวปฏิบัติระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณา สารีพร และสมปรารถนา ดาผา (2565) พัฒนา รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผ่าตัดฉุกเฉินนอก เวลาราชการ แผนกการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า รูปแบบการนิเทศ ในขั้นตอนการเตรียมความรู้สำหรับพยาบาลผู้รับการ นิเทศ โดยการจัดทำคู่มือและจัดอบรมวิชาการให้ ความรู้ ทำให้เกิดทักษะ และมีคะแนนเฉลี่ยด้าน ความรู้ และด้านการรับรู้ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และสอดคล้อง กับการศึกษาของณัฐภรต์ อัฐวงศ์ (2565) พัฒนา แนวทางปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการ ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน พบว่า หลังการใช้แนวทางปฏิบัติฯ สหสาขาวิชาชีพในทีม ผ่าตัด มีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบระบบ ตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการมี ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบในระดับมากที่สุด ประเด็นความพึงพอใจมากที่สุด คือ มีการสื่อสาร ที่ชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น รองลงมา คือ การฝึกการเรียนรู้แสดงบทบาทสมมติตามระบบ ตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัด ทำให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมากขึ้น

วาระสารกองการพยาบาล

ได้รับคำชี้แนะการปฏิบัติงานและเข้าใจขั้นตอนตรวจสอบความปลอดภัยได้มากขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ช่วยให้แก้ไขปัญหาการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้ เป็นเพราะรูปแบบมีองค์ประกอบการกำกับดูแล มีการส่งเสริมให้มีการดำเนินกิจกรรมทางการพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตั้งแต่กระบวนการประเมินปัญหา ความต้องการด้านวัสดุ อุปกรณ์ การวางแผนกระบวนการทำงาน การกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบาย กำหนดแนวทางการรอบการดำเนินงานเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่จัดทำขึ้นโดยผู้บังคับการและทีมงานทางการพยาบาลของโรงพยาบาลหัวหิน มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบ เพื่อให้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกัน และเห็นความสำคัญและเรียนรู้ในการปฏิบัติตามระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ขั้นตอนการพัฒนาที่มีกระบวนการมีส่วนร่วม มีการสนับสนุนการเรียนรู้ เพิ่มความรู้ ความเข้าใจและมีการปฏิบัติตามระบบตรวจสอบความปลอดภัย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การแสดงบทบาทสมมติ ฝึกทักษะตามระบบตรวจสอบความปลอดภัย ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจและพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา (วิลาลินี ราชจำปี, 2560) ผลการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยของทีมผ่าตัดในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ทำให้มีการตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการใช้นำไปสู่คุณภาพบริการผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความปลอดภัยสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษา

(ศิริรัตน์ จิ่งสมานและภาวิณี แพงสุข, 2563) พัฒนารูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.1 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบระบบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี (ธีรา พงษ์พานิช, ธนัญญาณ์ หล่อกิตติชนม์ และสุดาวลัย มากนวล, 2564) ผลการปฏิบัติตามรูปแบบ พบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับปานกลาง ทดสอบความแตกต่างพบว่าความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบครั้งที่ 2 มากกว่า ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.3 จากผลการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า

1) หน่วยบริการพยาบาลที่ปฏิบัติตามระบบฯ 4 หน่วยบริการ ได้แก่ ห้องผ่าตัด พิเศษ ศัลยกรรม ชั้น 10 ศัลยกรรมชายและสูตินรีเวชกรรม มีการปฏิบัติตามระบบทุกหน่วยบริการ ในกลุ่มผู้ให้บริการ เพราะรูปแบบ มีองค์ประกอบการจัดการตรวจสอบโดยในแนวปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มีการจัดการตรวจสอบตามกิจกรรมความปลอดภัย ในระยะเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ทำให้ทุกหน่วยบริการต้องปฏิบัติให้ได้ครอบคลุมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัย และใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตามที่กำหนดให้ นอกจากนี้การมอบหมายหน้าที่ ผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ให้ปฏิบัติตามกิจกรรมทางการพยาบาล ทำให้ต้องปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษา

(ศิริพร ประลันย์, 2564) พบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม พยาบาลใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.5 เป็น 78.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมจากร้อยละ 38.9 เป็นร้อยละ 95.9

2) การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด พบว่า หลังใช้รูปแบบ กลุ่มผู้ให้บริการทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน และห้องผ่าตัด มีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดทุกครั้งเพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะรูปแบบ มีแนวทางปฏิบัติตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ที่ชัดเจนเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมทางการพยาบาล ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด จนถึงขั้นตอนในห้องผ่าตัด มีกระบวนการเริ่มตั้งแต่มีก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign in) ระยะเวลาก่อนลงมีด (time out) และระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) มีกิจกรรมการปฏิบัติในการบันทึกแบบตรวจสอบความปลอดภัยครอบคลุมตั้งแต่ในระลอกก่อนผ่าตัด โดยการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวไม่รู้สึกตัวและผู้ป่วยเด็ก ในผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการบันทึกในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในหอผู้ป่วยและวิสัญญีหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัด รวมทั้งบันทึกการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ในกระบวนการก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาก่อนลงมีด และระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษา (กฤษณา กำมเลิศ, 2566) พัฒนาแนวทางการ

ปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยที่กำหนดไว้ได้ในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (sign in) ร้อยละ 94.78 ระยะก่อนลงมีด (time out) ร้อยละ 92.77 และระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ร้อยละ 95.41 และมีผลการปฏิบัติตามแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยสูงขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2565 และไม่พบรายงานอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

2.4 จากผลการศึกษาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในกลุ่มผู้รับบริการ ด้านความปลอดภัยทางคลินิก การเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ และจำนวนข้อร้องเรียน พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ พบเป็นอุบัติการณ์การเกิดการให้ยาผิด มากที่สุด รองลงมาคือการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด และการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน ไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด การมีอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และหลังใช้รูปแบบ พบอุบัติการณ์การเกิดการให้ยาผิด และการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด แต่ไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน การมีอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการติดเชื้อของแผลผ่าตัด นอกจากนี้การเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุที่ป้องกันได้หลังใช้รูปแบบมีจำนวนลดลงเช่นเดียวกัน เป็นเพราะรูปแบบ มีแบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแล

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (HUAHIN Surgical Safety Checklist) ที่มีส่วนของการบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นการสื่อสารระหว่างหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัด ในการตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วย บ้ายข้อมือ การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด การถอดของมีค่าเครื่องประดับ การถอดชุดชั้นใน/พันปลอม เวลาการงดน้ำและอาหาร การทำ Mark site เป็นต้น พร้อมทั้งลงนามผู้ตรวจสอบ นอกจากนี้ในห้องผ่าตัด มีการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ระยะเตรียมผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษา (ณัฐสุภัทร์ อัฐวงศ์, 2565) ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลลำพูน พบว่าก่อนใช้แนวทางปฏิบัติฯ พบอุบัติการณ์ที่เกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เช่น เซ็นยินยอมระบุการผ่าตัดไม่ถูกต้อง/ระบุผิดข้าง/ไม่ระบุ รองลงมา คือ ไม่ทำเครื่องหมายบริเวณที่ผ่าตัด ไม่ติดป้ายข้อมือ มีสิ่งของติดมากับผู้ป่วย ระยะขณะผ่าตัดไม่พบอุบัติการณ์และระยะหลังผ่าตัด พบการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจและการส่งมอบผิดพลาด หลังการใช้แนวทางปฏิบัติ พบอุบัติการณ์ที่เกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด พบไม่ติดป้ายข้อมือ และมีสิ่งของติดมากับผู้ป่วยเท่านั้น ไม่พบอุบัติการณ์ในผู้ป่วยระยะขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด พบการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจและการส่งมอบผิดพลาด

ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การผ่าตัดผิดคน การผ่าตัดผิดข้าง การผ่าตัดผิดตำแหน่ง การผ่าตัดผิดชนิด การมีสิ่งตกค้าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เป็นเพราะที่ผ่านมาโรงพยาบาลเกิดอุบัติการณ์ในระดับรุนแรงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย หน่วยงานห้องผ่าตัดมีการทบทวนและร่วมกันกับคณะกรรมการความเสี่ยงของ

โรงพยาบาล และวางแนวทางการปรับปรุงแนวทางการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตามยังพบมีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นอุบัติการณ์จากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด พบว่าอุบัติการณ์การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อนก่อนใช้รูปแบบ 2 ครั้ง หลังใช้รูปแบบ ไม่พบการเกิดอุบัติการณ์ เพราะแบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (HUAHIN Surgical Safety Checklist) ที่พัฒนาขึ้น มีความครอบคลุมกระบวนการก่อนเย็บปิด/เสร็จผ่าตัด (Sign out) การตรวจสอบ มีการให้ระบุขึ้นเนื้อที่ส่งตรวจ และเซ็นชื่อกำกับ นอกจากนี้รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลหัวหิน พัฒนาจากมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยแนวปฏิบัติขององค์การตามอนามัยโลกและมีการนำแนวคิดของ Institute for Healthcare Improvement (2566) ซึ่งครอบคลุมมิติต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษา (ศรีนวล องค์ประเสริฐ, ธนัญญาณ์ หล่อกิตติชนม์ และจินตจุฑา แก้วมาก, 2561) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัย หลังพัฒนาจัดตั้งทีมในการตรวจสอบความปลอดภัยฯ และมียุทธศาสตร์ชัดเจนในทางปฏิบัติตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทีมผ่าตัด มีการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยเพิ่มมากกว่า ร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบ ผลลัพธ์ของการผ่าตัดไม่มีอุบัติการณ์ของความผิดพลาดต่อผู้ป่วยผ่าตัดในช่วงที่ทำการศึกษา และสอดคล้องกับ

วาระสารกองการพยาบาล

การศึกษา (ศิริรัตน์ จิ่งสมาน และภาวิณี แพงสุข, 2563) หลังใช้รูปแบบการตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย ไม่พบการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดอวัยวะ การลืมนำวัสดุไว้ในร่างกายผู้ป่วย การบาดเจ็บจากการจี้ไฟฟ้า และการติดเชื้อจากการผ่าตัด มีข้อเสนอแนะว่าควรพัฒนาทักษะและความมั่นใจให้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยและเน้นให้พยาบาลห้องผ่าตัดให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับขั้นตอนของรูปแบบรายการผ่าตัดปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการผ่าตัดในทุกครั้งและทุกคนต่อไป

สรุป ผลการใช้รูปแบบระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้จริง และเชื่อมโยงทั้งระบบตั้งแต่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อุบัติเหตุ

ฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดและวิสัญญี ส่งผลให้อุบัติการณ์จากการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยผิดพลาดและอุบัติเหตุจากการผ่าตัดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหารการพยาบาล ควรกำหนดเป็นนโยบายของกลุ่มการพยาบาล กำหนดตารางการนิเทศติดตามผลการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยในเรื่องระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และในกรณีผ่าตัดภาวะเร่งด่วนในทุกหน่วยงานทั้งองค์กรพยาบาล

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดแต่ละสาขา เพื่อประเมินปัญหาในการใช้ระบบตรวจสอบความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

Reference

1. Budsarin Jongjaisurathum, Kanittha Naka, & Wipa Sae-Sia. Nursing Practice for Elderly Patients Safety by Operating Room Nurses and Related Factors. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017;37(2):27-40. Thai.
2. Thanyamai Purinai, & Kaettareeya Tensit. Development of a Guideline for Preparing Patients to Reduce the Postponement of Surgery in Sisaket Hospital. Journal of Health Science. 2021;30(3):521-30. Thai.
3. Tadesse G, Lidya GM & Azmeraw B. Utilization and Completeness of Surgical Safety Checklist with Associated Factors in Surgical Units of Jimma University Medical Center, Ethiopia. International Journal of General Medicine. 2022; 15: 7781–7788.
4. Public Health Administration Division Ministry of Public Health. Report of overall data classified by surgery / non-surgery group (per hospital). 2024. Retrieved 3 December 2023, https://cmi.moph.go.th/report/micro/index?menu_id=8 Thai.
5. Tawee Rattanachueek. Suggestions for developing a same-day surgery service system. 1st printing. Nonthaburi: War Veterans Organization Printing House under Royal Patronage. 2017. Thai.
6. Nursing Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nursing standards in hospitals. Nonthaburi: Veterans Organization Printing House under Royal Patronage. 2011. Thai.
7. Rattana Permphet. & Benjamaporn Butsriripum. The Role of Perioperative Nurse: Health Education for Pre- and Postoperative Visiting. Rama Nurs Journal. 2016;22(1):9-20. Thai.

8. World Health Organization. Safe Surgery Saves Lives the Second Global Patient Safety Challenge [Internet]. [Cited 2023 January 5] . 2023. Available from: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf
9. Hancorn K, and Blair S. *Checklist culture: WHO needs changing*. Research gate. 2010. https://www.researchgate.net/publication/41548199_Checklist_culture_WHO_needs_changing
10. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, and Dellinger EP. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population . New England journal of medicine.2009;360 (5):491-9.
11. Cooper K. Errors and error rates in surgical pathology: an Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology survey. Arch Pathol Lab Med.2010;130(5): 607-9.
12. Vargas M, & Servillo G. The World Health Organisation surgical safety checklist does not reduce mortality in general surgery. Br J Anaesth. 2018;120(5):1135-7.
13. Abbott TEF, Ahmad T, Phull MK, Fowler AJ, Hewson R, & Biccard BM. The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review, and meta-analysis. Br J Anaesth. 2018;120(1):146-55.
14. World Health Organization. Safe surgery saves lives: second global patient safety challenge. WHO [Internet] . [Cited 2023 January 5] . 2012. Available from: http://www.who.int/patient_safety/safe_surgery/knowledgebase/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf.
15. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Patient Safety, [Internet]. [Cited 2023 January 5].2023. Available from: https://staff.ihl.org/resources/Pages/Publications/A_Surgical_Safety_Checklist_to_Reduce_Morbidity_Mortality.aspx
16. Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization). Report on the top 10 patient safety issues in Thailand 2023 (1st printing). Famous and Successful Publishing. 2023. Thai.
17. Sirirat Jungsamarn. & Pavinee Pangsuk. Development of Surgical safety checklist in Operating Room in Surin Hospital. Udonthani Hospital Medical Journal.2020;28(2):130-142. Thai.
18. Paweena Paweenasombut. & Lampoo Neamthon. Development of a Nursing Supervision Model for Preventionand Control of Antimicrobial Resistance, Banpong Hospital and Control of Antimicrobial Resistance, Banpong Hospital. Region 4-5 Medical Journal.2024;43(2):203-220. Thai.
19. Srinuan Ongprasert, Thananya Lawkitchan, & Jinchutham Kaewmak. Development of a care system for patients who have undergone surgery according to safety inspection standards according to the organization's guidelines. World Health Organization Rajavithi Hospital. Department of Medical Services Journal, 2018;43(3):125-130. Thai.
20. Natthapat Atthawong. Results of the development of guidelines for safety inspections in the care of patients undergoing surgery. Lamphun Hospital Phrae Hospital Journal.2022;29(1):101 Thai.

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไต สถาบันโรคผิวหนัง

พลิชฐ์ เงามาม*	วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
พรรณทิพย์ โพธิ์รัตนพิทักษ์**	พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
สิรินทิพย์ ทองขาว***	วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
อิงลดา ศรีโกคา****	ศศ.ม. (สังคมศาสตร์และสุขภาพ)
ภักค์วัฒน์ บุญเจริญธนพงษ์*****	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ)

(รับ: 14 กรกฎาคม 2567, แก้ไข: 4 สิงหาคม 2567, ตอบรับ: 15 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตกลุ่มน้ำพองใส กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพเลือกแบบเจาะจง 19 คน และผู้ป่วยโรคไตกลุ่มน้ำพองใสเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย 68 คน กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 34 คน ดำเนินการ 4 ระยะ คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบ (3) ทดลองใช้ (4) ประเมินผล เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย (1) แนวทางการสัมภาษณ์ (2) แบบฟอร์มวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3) แบบบันทึกการระดมสมอง (4) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (5) แบบวัดความรู้เรื่องโรคไต (6) แบบวัดความรู้และความเข้าใจหลักความรอบรู้ด้านสุขภาพ (7) แบบวัดความรู้ของผู้ป่วย (8) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (9) แบบวัดคุณภาพชีวิต (10) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตรวจสอบความเที่ยงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76, .67, .72, .96, .85, และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย t-test, Wilcoxon signed ranks test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การกำหนดนโยบายและสมรรถนะของพยาบาล (2) ความรู้ด้านโรคและการเข้าถึงบริการ (3) การกำกับตนเอง และ (4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความรู้เรื่องโรค และหลักการความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ด้านผู้ป่วย พบว่า มีความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ยกเว้นคุณภาพชีวิต ด้านคลินิก พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการระดับเล็กน้อยลดลงจากร้อยละ 76.50 เป็นร้อยละ 38.20 และไม่มีอาการเพิ่มจากร้อยละ 11.18 เป็นร้อยละ 61.80 ไม่พบอัตราการมาตรวจซ้ำและเข้ารับการรักษารื้อ (Re-visit และ Re-admit)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคไตกลุ่มน้ำพองใส, การพัฒนาแบบ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันโรคผิวหนัง

E-mail: phasitngaongam@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันโรคผิวหนัง

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล สถาบันโรคผิวหนัง

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สถาบันโรคผิวหนัง

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันโรคผิวหนัง

The Development Model of Health Literacy Activities in Patient with Pemphigus in Institute of Dermatology

Phasit Ngaongam*	Ph.d. (Applied Behavioral Science Research)
Pantip Phoratpitak**	M.N.S. (Nursing Management)
Sirintip Thongkaow***	M.Sc. (Public Health)
Inglada Sripoka****	M.A. (Health Social Science)
Pakkawat Booncharoenthanapong*****	M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner)

(Received: July 14, 2024, Revised: August 4, 2024, Accepted: August 15, 2024)

Abstract

This research aimed to develop and examine the results of using the health literacy activities model in patient with pemphigus. The sample were purposively selected and consisted of (1) 19 nurses and (2) 68 pemphigus patients. The 68 patients were equality divided into 34 participants in the experimental and 34 participants in the control groups. The study consisted of 4 phases: (1) situation analysis, (2) model development, (3) try out, and (4) evaluation. The research tools consisted of (1) interview guidelines (2) health literacy analysis form (3) brainstorming record (4) general information questionnaire (5) Pemphigus knowledge test for nurses (6) principles of health literacy of nurses (7) knowledge test for patients (8) health literacy questionnaire (9) quality of life questionnaire (10) Self-care behaviors questionnaire. The validity of the instruments was checked by 3 experts. Cronbach alphas of the instruments were .76, .67, .72, .96, .85 and .77 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test Wilcoxon signed ranks test and content analysis.

The result revealed that the health literacy activities model consisted of (1) define policy and competency of the nurses, (2) knowledge of disease and access to the services, (3) self-regulation, and (4) communication and social support. The nurse's outcomes found that the nurses had significantly different knowledge of diseases and principles of health literacy before and after the development ($p < .05$). The patients' outcomes found that the patients had significantly different knowledge, health literacy, and self-care behaviors before and after the development ($p < .05$), except quality of life. The clinical outcomes found that the patients in the experimental group reported mild symptoms had decreased from 76.50 to 38.20 percent, and no additional symptoms had increased from 11.18 to 61.80 percent. There was no re-visit and re-admit rate found.

Keywords: health literacy, pemphigus, model development

* Registered nurse, Senior professional level, Deputy Director Nursing Institute of Dermatology,
E-mail: Phasitngaongam@hotmail.com

** Registered nurse, Senior professional level, Head nurse of outpatient Institute of Dermatology

*** Registered nurse, Senior professional level, Head nurse of research and development nursing
Institute of Dermatology

**** Registered nurse, professional level, Head nurse of nursing prevention and control of infection

บทนำ

โรคตุ่มน้ำพองใส ชนิดเพมฟิกัส (Pemphigus) เกิดจากการที่ร่างกายมีการสร้างภูมิต้านทานต่อเซลล์ผิวหนังและเยื่อของตนเอง ทำให้เกิดการแยกตัวของเซลล์ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและเยื่อ¹ ลักษณะเฉพาะโรค คือ เป็นตุ่มน้ำใส แตกเป็นแผลและมีอาการเจ็บแสบ อัตราการเกิดโรคเฉลี่ย 6-7 คน ต่อ 1 ล้านคน ต่อปี พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 60-90 สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดและจากได้รับยาสเตียรอยด์ขนาดสูงร่วมกับกลุ่มยาต้านมะเร็งเป็นเวลานาน² โรคตุ่มน้ำพองใสมีความรุนแรงหลายระดับ³ หากไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้มักเป็นๆ หายๆ และใช้เวลาในการรักษานาน

การรักษาที่สำคัญคือการควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีอาการของโรคกำเริบและมีความรุนแรงมากขึ้น โดยใช้ยาสเตียรอยด์ในขนาดสูงร่วมกับกลุ่มยาต้านมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ ดังนั้นในการดูแลรักษาโรคนี้จึงมีเป้าหมายคือการควบคุมอาการของโรคให้อยู่ในระยะสงบ (Remission) และนอกจากการควบคุมอาการของโรคโดยใช้ยาแล้ว สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบหรือมีความรุนแรงมากขึ้นนั่นก็คือ การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้ การที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจ ไม่สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทำให้อาการของโรคกลับเป็นซ้ำ เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าว ส่งผลต่อการเสียชีวิตได้จากความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน เช่นการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอัตราตายประมาณร้อยละ 5-15⁴ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต ซึ่งมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสพบว่า คุณภาพชีวิตลดลงและสอดคล้องกับระดับ

ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรครุนแรง คุณภาพชีวิตยิ่งลดลง⁵

จากสถิติพบว่า โรคตุ่มน้ำพองใสเป็นโรคผิวหนังที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สาเหตุของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะติดเชื้อ ซึ่งในปี 2559-2561 พบว่าผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส มีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 11.33, 7.00 และ 6.69 ครั้ง/1,000 วันนอน ตามลำดับ⁶ วันนอนเฉลี่ย 34.6 วัน และค่าใช้จ่ายสูงเฉลี่ย 184,223 บาทต่อคนต่อครั้ง⁷ ในปี 2559-2561 มีอัตราการส่งต่อขณะรับไว้ในโรงพยาบาล ด้วยภาวะติดเชื้อรุนแรง ร้อยละ .311, 5.88 และ 17.6 ตามลำดับ⁸ แพทย์เชี่ยวชาญด้านผิวหนังตามภูมิภาคมีน้อย โดยมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 111,054.54⁹ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงและส่งกลับภูมิลำเนา ส่งผลให้การเข้าถึงบริการได้น้อยลง ผู้ป่วยจึงกลับเป็นซ้ำ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ ปี 2559-2561 ร้อยละ 3.40, 4.16 และ 5.45 ตามลำดับ¹⁰ สาเหตุของการรับเข้ารักษา คือ การติดเชื้อในชุมชน จำนวน 10, 29 และ 19 ราย ตามลำดับ¹¹ และกลับมานอนรักษาซ้ำ ที่โรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งในรอบปีเฉลี่ยมีมากกว่าร้อยละ 50¹² และที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่า มีอัตราการมารักษาซ้ำ ในปี 2559-2561 คิดเป็นร้อยละ 7.53, 4.78 และ 5.57 ตามลำดับ⁷

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ คือความสามารถของบุคคลในการได้รับ ประมวลผลและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการช่วยในการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสมทั้งยังถูกกำหนดให้เป็นชุดทักษะในด้านการอ่าน การฟัง การวิเคราะห์ การตัดสินใจ และสามารถประยุกต์ทักษะเหล่านี้ต่อปัญหาสุขภาพโดยไม่ขึ้นกับจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาหรือความสามารถในการอ่าน¹³ จากหลายรายงานพบสอดคล้องกันว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลให้

อัตราการตาย การเข้ารับการรักษาตัวและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เพราะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ และมีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพต่ำ¹⁴ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระ และเลือกนำข้อมูลไปใช้ได้¹⁵ จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 23 ฉบับ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ สอดคล้องกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลสุขภาพไม่ดีและคุณภาพชีวิตต่ำ¹⁷ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและดีเยี่ยมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดี และการที่ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอยังสามารถช่วยให้ลดการกลับมารักษาซ้ำอีกด้วย¹⁸ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

ดังนั้นในการบำบัดรักษานอกจากแพทย์แล้วพยาบาลก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ในอีกทางหนึ่งการมีสุขภาพดีนอกจากได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์และพยาบาลแล้วยังขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองอีกด้วย หากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดีไม่เหมาะสม ไม่มีความรอบรู้ที่จะปฏิบัติในการดูแลตนเอง ก็จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และ กลับเป็นซ้ำบ่อยขึ้น จนทำให้เกิดการสูญเสียและถึงแก่ชีวิตตามมาได้ จากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส พบว่า ผู้ป่วยหลายรายยังขาดความรู้ และดูแลตนเองไม่ถูกต้องโดย

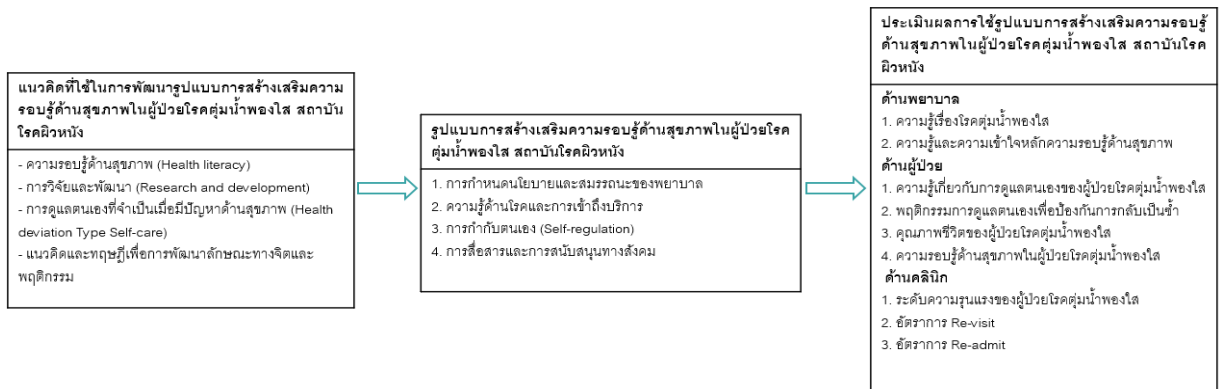
เจาะผู้ป่วยรายใหม่ และจากการวิเคราะห์อัตราากำลังพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ ความรู้และประสบการณ์ด้านโรคตุ่มน้ำพองใสน้อยทำให้มีสมรรถนะไม่เพียงพอ ส่งผลถึงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งงานวิจัยโรคตุ่มน้ำพองใสส่วนใหญ่เป็นเรื่องการรักษา^{20,21} มากกว่าการพยาบาล จึงยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้พยาบาลปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันและยังไม่มีแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาลเห็นถึงความสำคัญจึงทำการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส และให้พยาบาลปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องเป็นมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการอยู่กับโรคนี้และสังคมต่อไป รวมทั้งผู้เฒ่าทางพยาบาลและพยาบาลระดับปฏิบัติการสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการนิเทศติดตามและให้เครือข่ายใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสในสถาบันโรคผิวหนัง
2. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสในสถาบันโรคผิวหนัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3) ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ และ (4) ประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะทางโรคคั่งน้ำพองใส และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถาบันโรคผิวหนัง (2) ยินดีเข้าร่วมโครงการ (3) เคยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางโรคผิวหนัง 2 สัปดาห์ (4) พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะทางโรคคั่งน้ำพองใส และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีเกณฑ์การคัดออก คือ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นโครงการ (2) ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

(2) กลุ่มผู้ป่วยโรคคั่งน้ำพองใส มีเกณฑ์คัดเข้า คือ (1) ผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นผู้ป่วยไทย เพศชายและเพศหญิง (2) อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคคั่งน้ำพองใสตามรหัสโรค L10.0 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (4) ผู้ป่วยโรคคั่งน้ำพองใสชนิดเพมฟิกัส (Pemphigus vulgaris) ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (IPD) ในปี 2567 ที่อาการไม่เกินระดับปานกลาง (5) ผู้ป่วยโรคคั่งน้ำพองใสชนิดเพมฟิกัส (Pemphigus vulgaris) รายใหม่ที่มา

ตรวจรักษาในคลินิกเฉพาะโรคคั่งน้ำพองใส งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) ตั้งแต่ปี 2565 เป็นต้นไป (6) มาตรวจและได้รับการรักษาตามแพทย์นัด (7) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ การได้ยินปกติ เกณฑ์คัดออก คือ (1) ผู้ป่วยที่มีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะไม่ปกติ เช่น ภาวะฉุกเฉิน หรือ ส่งต่อ (Refer out) (2) ผู้ป่วยที่มีอาการหนักจนไม่สามารถพูดคุยได้เอง (3) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับมากขึ้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยสูตร Testing Two Independent Means จำนวน 68 คน ทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากเข้ากลุ่มที่ใช้รูปแบบ 34 คน กลุ่มไม่ใช้รูปแบบ 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคคั่งน้ำพองใส ซึ่งยกร่างมาจากข้อมูลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้ป่วยโรคคั่งน้ำพองใสจำนวน 10 คน และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดนโยบาย และสมรรถนะของพยาบาล ความรู้ด้านโรคและการเข้าถึงบริการ การกำกับตนเอง และการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม แล้วนำมาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคคั่งน้ำพองใส

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สถาบันโรคผิวหนัง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคไตเรื้อรังและความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ 1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

2.1 ด้านพยาบาล ได้แก่ (1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (2) แบบวัดความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังที่ผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นแล้ว เท่ากับ 0.76 (3) แบบวัดความรู้และความเข้าใจหลักความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นแล้ว เท่ากับ 0.67

2.2 ด้านผู้ป่วย ได้แก่ (1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพ ระดับการศึกษา สถานที่ตรวจรักษา ชนิดของโรคไตเรื้อรัง การพักอาศัย ระดับความรุนแรงของอาการปัจจุบัน (2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 (3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 (4) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 (5) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านพยาบาลและด้านผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เพื่อหาค่า IOC ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.66-1.00 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มย่อยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์

หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และนำมาปรับแก้หลังจากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ได้จาก ข้อมูลจากระบบบริการในสถาบันโรคผิวหนัง ข้อมูลจากการตอบคำถามของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบฟอร์มวิเคราะห์ปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากการสุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ข้อมูลจากการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ข้อมูลจากการประเมินความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความรู้และหลักการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่สถาบันโรคผิวหนัง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ Content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed-ranks test และ t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากสถาบันโรคผิวหนัง เลขที่ IRB/IEC027/2566 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบาย/ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบจากการวิจัย โดยอธิบายให้เข้าใจว่า การตอบรับ/ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดำเนินการ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำ พองใส ดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึง เดือน มีนาคม 2567 ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการศึกษาบริบทของ สถาบันโรคผิวหนัง ข้อมูลจากระบบบริการในสถาบัน โรคผิวหนัง ข้อมูลจากการตอบคำถามของผู้ป่วยโรค ตุ่มน้ำพองใส ข้อมูลจากการวัดความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ข้อมูลจากการ ประเมินความรู้เรื่องโรค และหลักความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลและ นักวิชาการสาธารณสุข และ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ที่มารับการรักษาที่สถาบันโรค ผิวหนัง เพื่อเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหา เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำ พองใสและพยาบาล ซึ่งพบ 5 ประเด็น ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพบางส่วนขาดความรู้ความ เข้าใจในหลักการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส
2. ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสขาดความเข้าใจใน การปฏิบัติตัว
3. สถาบันโรคผิวหนังยังขาดระบบบริการ บางส่วนที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการในการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำ พองใส
4. ระบบบริการของพยาบาลยังไม่เอื้อต่อ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่ม น้ำพองใส
5. ขาดสื่อที่ทันสมัยเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค การดูแลตนเอง ที่ง่ายต่อการเข้าใจ เข้าถึง และนำไป ปฏิบัติ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ดำเนินการเดือนเมษายน 2567 ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด

ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งยังไม่พบ ในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส จัดประชุมระดมสมอง (Brain storming) กับหัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และในคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำ พองใส นักวิชาการสาธารณสุข ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และร่วมกันระดมสมองในการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วย โรคตุ่มน้ำพองใส โดยการนำข้อมูลจากการทบทวน วรรณกรรมมาประยุกต์ร่วมกับผลสรุปการวิเคราะห์ ปัญหาทั้ง 5 ประเด็น และนำแนวคิดการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ^{22,23} ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ได้ตาม ตัดสินใจและ การใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ร่วมกับแนวคิดการ ดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ²⁴ และ แนวคิดและทฤษฎีเพื่อการพัฒนาลักษณะทางจิตและ พฤติกรรม²⁵ มาเป็นกรอบในการพัฒนาเป็นรูปแบบ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่ม น้ำพองใส จากการประชุมระดมสมองจำนวน 2 ครั้ง สรุปเป็นรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ผู้วิจัยจัดประชุมสนทนา กลุ่มกับหัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยในและในคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกก่อนการสร้างรูปแบบ โดยใช้คำถามปลายเปิดในประเด็นการสนทนากลุ่ม นำรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ไปทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert Review) 5 ท่าน เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษา สรุปเป็น รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วย โรคตุ่มน้ำพองใส ซึ่งประกอบด้วย 1) การกำหนด นโยบายและสมรรถนะของพยาบาล 2) ความรู้ด้าน โรคและการเข้าถึงบริการ 3) การกำกับตนเอง (Self-

regulation) และ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ดำเนินการเดือนพฤษภาคม 2567 นำมาทดลองใช้กับกลุ่มย่อยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้เชี่ยวชาญปรับแก้ไข ดังนี้ การทดลองใช้ในคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส พบว่าวิธีการสอนแบบบรรยายกลุ่มไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมนอกเหนือจากเวลาที่มาพบแพทย์ได้ และดำเนินกิจกรรมในขณะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการร่วมกิจกรรมเนื่องจากมีความกังวลกลัวว่าในระหว่างที่ร่วมกิจกรรมแพทย์จะเรียกเข้าห้องตรวจ จึงเปลี่ยนวิธีการสอนแบบใช้สื่อการเรียนการสอน (Multimedia learning) เช่น วิดีโอ เอกสาร QR-Code, E-book, website, Line official เป็นต้น เป็นรายบุคคลแทนเพื่อให้เหมาะกับแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้านได้ โดยมีพยาบาลคอยให้คำปรึกษาและตอบคำถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และเพิ่มสื่อการสอนในผู้ป่วยที่สามารถร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลได้โดยใช้เวลาไม่เกิน 40 นาที

เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบฯ ที่แจ้งวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส จัดอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะ ให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งงานผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และการประเมินผลดำเนินงานตามรูปแบบ โดยให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง (19 คน) นำรูปแบบไปใช้

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ดำเนินการเดือนมิถุนายน 2567 ประเมิน 2 ระยะ ได้แก่ ระยะสิ้นสุดโครงการทันที และระยะติดตามหลัง

สิ้นสุดโครงการ 1 เดือน รวบรวมข้อมูลและนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยประเมินผล 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านพยาบาล วัดความรู้เรื่องโรคตุ่มน้ำพองใส ความรู้และความเข้าใจหลักความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ด้านผู้ป่วย วัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส

3. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินระดับความรุนแรงของโรค อัตราการมาตรวจซ้ำ (Re-visit) และ อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admit)

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายและสมรรถนะของพยาบาล 2) ความรู้ด้านโรคและการเข้าถึงบริการ 3) การกำกับตนเอง (Self-regulation) และ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม

2. การประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ด้านพยาบาล และ (2) ด้านผู้ป่วย รายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 ผลการใช้รูปแบบด้านพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.74 มีอายุเฉลี่ย 32 ปี ปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ร้อย 57.89 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใสอยู่ในช่วง 2-4 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.63

ความรู้เรื่องโรคไตน้ำพองใสของพยาบาล และความรู้และความเข้าใจหลักความรอบรู้ด้าน สุขภาพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ มีความรู้ความ เข้าใจเรื่องโรคไตน้ำพองใส และหลักความรอบรู้ด้าน สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความรู้เรื่องโรคไตน้ำพองใส และ ความรู้และความเข้าใจหลักความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพ (N=19)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	รายการ	N	ค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank)	z	p
1. ความรู้เรื่องโรคไตน้ำพองใส	บวก	17	9.74	-3.509	.016*
	ลบ	1	5.50		
	เท่ากับ	1			
2. ความรู้และความเข้าใจหลักความรอบรู้ด้านสุขภาพ	บวก	15	9.33	-2.404	.001*
	ลบ	3	10.33		
	เท่ากับ	1			

*P < .05

2.2 ผลการใช้รูปแบบด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตน้ำพองใสกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 67.6 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี ระยะเวลา การเจ็บป่วย มากกว่า 1-2 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.2 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 55.9

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคไตน้ำพองใส ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต

และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่า หลังได้รับรูปแบบ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ระหว่าง ก่อน และหลังสิ้นสุดทันที ครั้งที่ 1 (กลุ่มทดลอง) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้าน คุณภาพชีวิต แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตน้ำพองใส คุณภาพ ชีวิตและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการสร้าง เสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 หลังสิ้นสุดทันที (กลุ่มทดลอง)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน (Pre - test)		คะแนนหลัง (Post- test)		t	p
	Mean	S.D.	mean	S.D.		
-ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคไตน้ำพองใส	7.62	1.457	10.00	1.303	-12.613	.001*
-ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตน้ำ พองใส	138.82	11.553	164.12	12.326	-13.208	.001*

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 หลังสิ้นสุดทันที (กลุ่มทดลอง) (ต่อ)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน (Pre - test)		คะแนนหลัง (Post- test)		t	p
	Mean	S.D.	mean	S.D.		
-คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	29.65	6.719	29.59	6.081	.193	.848
-พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	35.15	6.209	44.53	2.537	-9.382	.001*

*P < .05

2.3 ด้านคลินิก พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองมีอาการระดับเล็กน้อยลดลงจากร้อยละ 76.50 เป็นร้อยละ 38.20 และไม่มีอาการเพิ่มจากร้อยละ 11.18 เป็นร้อยละ 61.80 และไม่มีอัตราการ Re-visit และ ไม่มีอัตราการ Re-admit

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลังได้รับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนแตกต่างจากก่อนทดลองและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นผลจากการมีนโยบายและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีการออกแบบแผนงานกิจกรรม ที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ มีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร ด้วยการฝึกอบรมความรู้ สร้างเสริมการสื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการจัดบริการข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย มีสื่อทางเลือกที่หลากหลายด้วยการนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาใช้ และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่สร้างความตระหนัก

ในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพร่วมกัน²³ สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้กำหนดนโยบาย และพัฒนาบุคลากร ทำให้พยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05²⁶ และเป็นผลจากความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพและตัดสินใจเลือกการรักษาหรือการดูแลตนเองที่เหมาะสมปลอดภัย รู้วิธีการป้องกันโรคและปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และป้องกันการติดเชื้อ และยังทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับโรคและอาการต่างๆ เช่น การใช้ยาอย่างถูกต้อง หรือจัดการกับภาวะเรื้อรัง นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ด้านสุขภาพของตนเอง ลดความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดจากความไม่รู้หรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา สามารถจัดการกับความเครียดความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถามคำถามและเข้าใจคำแนะนำการดูแลตนเองและการรักษาได้ดีขึ้น ลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องใช้อาหารแพง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทาง

สุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁷

การนำเทคนิคการกำกับตนเอง (Self-Regulation) มาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เชื่อว่า การกำกับตนเองมีกลไกที่ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-Observation) จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเอง คือ บุคคลจะต้องรู้ว่าการทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน สม่ำเสมอ และความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกตนเอง กระบวนการนี้ แบนดูรา ได้เสนอว่าควรมีการพิจารณา 4 ด้าน คือ (1) ด้านการกระทำ บุคคลควรสังเกตตนเองในมิติด้านการกระทำของตน ได้แก่ มิติด้านคุณภาพ อัตราความเร็ว ปริมาณ ความริเริ่ม ความสามารถในการเข้าสังคม จริยธรรมและความเปี่ยมใจ การจะเลือกสังเกตที่มิติใดนั้น ขึ้นกับเป้าหมายผู้สังเกตและลักษณะของพฤติกรรมเป็นหลัก (2) ด้านความสม่ำเสมอ (3) ด้านความใกล้เคียง และ (4) ด้านความถูกต้อง นอกจากนี้ การสังเกตตนเองยังทำหน้าที่ 2 อย่าง คือ เป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้จริง และ ประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่ การที่คนเราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่นการวินิจฉัยตนเอง ปัจจัยทางด้านการจูงใจตนเอง คนเราจะเกิดแรงจูงใจตนเองนั้นน่าจะขึ้นอยู่กับสิ่งต่างๆต่อไปนี้ คือ ช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ ระดับของแรงจูงใจ คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต การเน้นที่ความสำเร็จหรือความล้มเหลว และ ระดับความสามารถในการควบคุม 2)

กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process) และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction)²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หลังใช้วิธีการกำกับตนเองทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁸

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะอดทนและต่อสู้กับการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก และการสนับสนุนด้านการกระทำเพื่อช่วยเหลือ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนทางสังคมเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกเป็นแรงสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกห่วงใย ความรักและความผูกพัน การเห็นอกเห็นใจจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยได้รับปัจจัยเหล่านี้จะทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่ออุปสรรคและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและป้องกันไม่ให้อาการรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อมน้ำพองใส สถาบันโรคผิวหนัง ทำให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆในประเทศไทยมีสุขภาพที่ดี ควรมีการประกาศนโยบายให้หน่วยบริการทางด้านสุขภาพ

ทุกหน่วยมีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค

2. ด้านการบริหาร ควรมีการกำหนดเป็น นโยบายของภารกิจด้านการพยาบาล ในเรื่องรูปแบบ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่ม น้ำพองใสเพื่อนำไปใช้ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ด้านการปฏิบัติ ควรนำรูปแบบการสร้าง เสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองใส ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

และคลินิกเฉพาะโรคตุ่มน้ำพองใส และมอบให้พยาบาล ที่รับผิดชอบนำไปใช้เพื่อติดตามผลในระยะยาว

4. ด้านการวิจัย จากการศึกษาค้นคว้านี้ เป็น การวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงไม่เกิน ระดับปานกลางในภาพรวม ดังนั้นควรมีการศึกษา เพิ่มเติมเชิงลึกในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มที่มีระดับ ความรุนแรงตั้งแต่ระดับมากขึ้นไป

Reference

1. Payne AS., Stanley JR. Pemphigus. In: Goldsmith LA. Katz SI., Gilchrest BA., Paller AS., Leffell DJ., Wolff K. editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill Medical. 2012.
2. Textbook. Dermatology in clinical practice 2020. 2012. Thai.
3. Sanjir G. Scoring system in pemphigus. Indian J Dermatol. 2011; 56; 145-9.
4. Prawit Phisarnbutr. Vesiculobullous Disease. In: Preeya Kunlavanich, Prawit Phisarnbutr., editors Dermatology 2010. 1th ed. Bangkok: Holistic Publishing Company Limited. 2005. Thai.
5. Sung J., Roh M., Kim S. Quality of life assessment in Korean patients with Pemphigus. Ann Dermatol 2015; 27: 492-8
6. Medical records and statistic, Institute of Dermatology. Statistic Summary. 2023. Thai.
7. Quality Development Division, Institute of Dermatology. Quality indicators.2019. Thai.
8. Department of Financial and accounting, Institute of Dermatology. Pemphigus Patients Cost. 2016.
9. Preeya Kullavanich. National Dermatology Committee of Thailand, March 26, 2018; Queen Sirikit national institute of child health, Bangkok Thailand. 2019. Thai.
10. Medical records and statistic, Institute of Dermatology. Statistic Summary. 2019. Thai.
11. Puklin Trisukosol. Indicator of institute of dermatology. Supervision of department of medical service, Queen Sirikit national institute of child health. Bangkok Thailand; September 3; 2019. Thai.
12. Medical records and statistic, Institute of Dermatology. Statistic Summary. 2016. Thai.
13. Shikha, D., Kushwaha, P., Gokdemir, O., Marzo, R. R., & Bhattachaya, S. Editorial: Health literacy and disease prevention. Frontiers in Public Health 11:1128257. Doi:10.3389/fpubh.2023.1128257. 2023.

14. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, & Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 2013; 13: 1-17.
15. Ishikawa H, Nomura K, Sato, M, & Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 2008; 23(3): 269-274.
16. Zheng M., Hui J., Naiyang S., Chunxiao D., Donglei W., Xiaoge Y., Xiaoning L. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018; 16:201; <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7>.
17. Ehmann, T.A., Groene, O., Rieger, A.M. & Siegel, A. The relationship between health literacy, quality of life, and subjective health: Result of a cross-sectional study in a rural region in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 2020: 1-12. Doi:10.3390/ijerph17051683.
18. Tiwakron Prachaiboon, Pannee Banchonhattakit, Petcherut Sirisuwan, Atchara Namuang, Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Alongkorn Sukrueangku. Association between Health Literacy and Quality of Life among Elderly in the Upper Northeast of Thailand. *Health Sci J Thai*. 2022; 4(2): 48-56. Thai.
19. Shahid, R., Shoker, M., Chu, M. L., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. BMC Health Services Resease. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>. 2022; 22(1148): 1-9.
20. Thada Piamphongsant. Treatment of pemphigus with corticosteroids and cyclophosphamind. *J Dermatol*, 1979: 273-83. Thai.
21. Prodpran Na Songkhla, Oraya Kwangsuksatit. Comparison of prednisolone plus oral azathioprine or oral cyclophosphamide versus prednisolone for treatment of mild pemphigus. *Thai J Dermatol*, 2011; 4: 273-83. Thai.
22. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(12): 2072-8.
23. Kwanmuang Kaewdamkeng. Health literacy: process, practice, evaluation tools. Bangkok: Ideol Digital Print. 2021. Thai.
24. Orem, D. *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby Yearbook.2001.
25. Bandura, A., & National Inst of Mental Health. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc.1986.
26. Kwanmuang Kaewdamkeng. K-shape 5 skills to increase health literacy. *Journal of The Health Education Professional Association*. 2020; 35 (2): 22-6. Thai.

27. Jarumon Chinoraso. Relationship between Health Literacy and Preventive Behavior for Cardiovascular Disease among Health Volunteers. Chonburi Hospital Journal, 2018; 43(3): 191-198. In Thai.
28. Sureeporn Saengsuwan. Results of the program self-regulation with information clinical to eating behavioral and blood sugar level in diabetic patients who cannot control blood sugar level. Thesis, Master of Nursing (community practice nursing). Burapha University. 2011. Thai.
29. Warayut Wongba. The factors influence to self-behavior in Tuberculosis patients Amnatcharoen province. Thesis Master of Public Health (health promotion). Ubon Ratchathani Rajabhat University. 2009. Thai.

รูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บ เฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนักสถาบันโรคทรวงอก

นำฝน ชัดจวง*	รป.ม. (การจัดการสำหรับนักบริหาร)
อรสา ไพรรณ*	รป.ม. (การจัดการสำหรับนักบริหาร)
นวรรณ์ สุทธิพงศ์*	ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
ภัทรชยา สวัสดิ์วงศ์*	ส.ม. (บริหารโรงพยาบาล)
ยูงทอง นาทมนตรี**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มลฤดี สิงหล**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 7 สิงหาคม 2567, แก้ไข: 16 สิงหาคม 2567, ตอรับ: 24 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง (CRRT) ในหอผู้ป่วยหนัก ดำเนินการ 3 ระยะ (1) ศึกษาสภาพปัญหา (2) พัฒนา และทดลองใช้รูปแบบฯ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก 36 คน และผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 11 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ แบบสอบถามการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย แบบประเมินการใช้รูปแบบ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.8-1.0 และค่าความเที่ยง 0.78, 0.95 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบฯ มี 2 องค์ประกอบ คือ (1) ความรู้ ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ผ่านระบบพี่เลี้ยง การศึกษาคู่มือ และ (2) การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน (On-the-Job Training) การสอนสาธิตผ่านเครื่องมือ หรืออุปกรณ์สาธิต การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า คะแนนความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย CRRT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การคืนเลือดได้ก่อนชุดสายนำเลือดอุดตัน ร้อยละ 100 และไม่พบการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา, สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ, การบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันโรคทรวงอก

Email: academicgroup2563@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สถาบันโรคทรวงอก

A Developmental Model on Enhancing Competency of Registered Nurses for Caring Patients with Acute Kidney Injury Received Continuous Renal Replacement Therapy in Intensive Care Unit at Central Chest Institute of Thailand

Namfon Khatjuang*	M.P.A (Management of Executives)
Orasa Priroon*	M.P.A (Management of Executives)
Nawarat Suthipong*	Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)
Patarachaya Swatdiwong*	M.P.H. (Hospital Management)
Monradee Singhol**	M.N.S. (Adult Nursing)
Yoongthong Nathmontri**	M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: August 7, 2024, Revised: August 16, 2024, Accepted: August 24, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to develop a model to enhance the professional nurses' competencies in caring the patients with acute kidney injury undergoing continuous renal replacement therapy (CRRT) in the intensive care unit. The study was divided into 3 phases: (1) study the problem, (2) develop and test the model, and (3) evaluate the model implementation. The sample consisted of 36 nurses working in the intensive care unit and 11 patients with acute kidney injury undergoing CRRT. The research tool was the model to enhance the professional nurses' competencies in caring the patients with acute kidney injury undergoing CRRT in the intensive care unit. Data collecting tool consisted of a knowledge test, a patient care practice questionnaire, a model evaluation form, and a patient data recording form. The quality of data collecting tools was checked by 5 experts, yielding IOC of 0.8-1.0 and reliability coefficients were 0.78, 0.95, and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed ranks test.

The research findings showed that the model consisted of 2 aspects: (1) knowledge, which included workshops, learning through mentoring systems, studying manuals; and (2) patient care practices, which included on-the-job training, and demonstration using tools or equipment. The model evaluation revealed that knowledge and patient care practices of the patients with acute kidney injury undergoing CRRT, were significantly improved after the model development ($p < .001$). The return of blood was 100% before the bloodline set was obstructed and no hypotension was found.

Key words: model development, competencies of professional nurses, continuous renal replacement therapy

* Professional Nurse, Central Chest Institute of Thailand

Email: academicgroup2563@gmail.com

** Registered Nurse, Central Chest Institute of Thailand

บทนำ

ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury; AKI) เป็นภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือไม่เกิน 7 วัน ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ ทำให้เกิดการสะสมของเสียจากเมตาบอลิซึมในร่างกาย โดยอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีอัตรา การเกิด 20-50% ปัจจัยเสี่ยงบางประการที่ทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และคะแนนประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่สูง¹ ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ระยะเวลาการรักษา ยาวนานขึ้น และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดทุพพลภาพและเสียชีวิต ดังนั้น ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน จึงเป็นตัวทำนายอัตราการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ปัจจุบันการวินิจฉัยไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ใช้เกณฑ์ KDIGO criteria² โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระดับครีเอตินินในเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 1.5 เท่าของระดับเริ่มต้น หรือเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 0.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรใน 48 ชั่วโมง และมีปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิตรต่อน้ำหนักตัวต่อชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ระยะที่ 2 ระดับครีเอตินินในเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 2 ถึงน้อยกว่า 3 เท่าของระดับเริ่มต้น และมีปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิตรต่อน้ำหนักตัวต่อชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ระยะที่ 3 ระดับครีเอตินินในเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 3 เท่าของระดับเริ่มต้น หรือเท่ากับหรือมากกว่า 4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือผู้ป่วยต้องทำการบำบัดทดแทนไต และมีปัสสาวะน้อยกว่า 0.3 มิลลิตรต่อน้ำหนักตัวต่อชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง การรักษาภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ประกอบด้วย 1) การรักษาด้วยยา ซึ่งปัจจุบันยังไม่มี การรักษาเฉพาะด้วยยาที่ได้ผลดี สิ่งสำคัญ คือ การเฝ้าระวังและรักษาผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันโดย รับกำจัดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน 2) การบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การฟอกไตโดยใช้เครื่องไตเทียมชนิด Intermittent Hemodialysis (IHD), Continuous Renal Replacement Therapies (CRRT), Sustained Low-Efficiency Dialysis (SLED) หรือการฟอกไตทางผนังหน้าท้อง (Acute Peritoneal Dialysis)³ การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (CRRT) เป็นการฟอกเลือดตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อทดแทนการทำงานของไตในการกำจัดของเสีย และภาวะน้ำเกิน รวมถึงรักษาสมดุลของกรดและ สารน้ำอย่างช้าๆ ในภาวะวิกฤต จากข้อมูลการศึกษา ขนาดใหญ่ ยังไม่มีหลักฐานแสดงความแตกต่างของ ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการฟอกเลือดแบบ SLED และ CRRT ในผู้ป่วยวิกฤตและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน⁴ ข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วย CRRT ได้แก่ ภาวะ intractable volume overload, intractable hyperkalemia, intractable acidosis, uremia⁵ การรักษาด้วยการบำบัดทดแทน ไตอย่างต่อเนื่องเป็นการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย วิกฤต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล ไม่เพียง แต่พยาบาลไตเทียมซึ่งมีจำนวนน้อย ยังต้องอาศัย พยาบาลผู้ป่วยหนักที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีความสามารถในการใช้เครื่อง CRRT รวมถึงเป็น กระบวนการให้การพยาบาลแบบใหม่ในสถาบัน โรคทรวงอก การดูแลผู้ป่วยขณะรักษาด้วย CRRT อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหา เกี่ยวกับเส้นเลือด เช่น เลือดออก การติดเชื้อ และการเกิดลิ่มเลือด เป็นต้น และ 2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด จากกระบวนการบำบัด เช่น ไม่สมดุลเกลือแร่ ภาวะ อุณหภูมิร่างกายต่ำ และความดันโลหิตต่ำ⁶ เป็นต้น ซึ่ง ภาวะการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด

เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ตั้งแต่ร้อยละ 15-55 ของการฟอกเลือด⁷ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเพื่อการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องเป็นวิธีการรักษาที่มีความซับซ้อน ต้องการความร่วมมือในด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง พยาบาลต้องมีความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง รวมถึงการใช้เครื่องมือพิเศษ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว จากสถิติของสถาบันโรคทรวงอก ในปี พ.ศ. 2563-2565 ข้อมูลการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหอผู้ป่วยหนัก ICU, CCU และ RCU มีจำนวน 15, 16 และ 62 ราย ตามลำดับ⁸ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถาบันโรคทรวงอกเป็นสถาบันเฉพาะทางดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและปอด มีเพียงพยาบาล 1-3 คน ที่ได้รับการอบรมในหลักสูตรพยาบาล เวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักต้องมีการเรียนรู้ จากพยาบาลที่เชี่ยวชาญกว่า ซึ่งการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่อง CRRT ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน มีเพียงการเรียนรู้จากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจากการประเมินพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในหอผู้ป่วยหนัก ICU, CCU และ RCU ส่วนใหญ่มักพบปัญหา ดังนี้ 1) ไม่มีความมั่นใจ 2) ขาดความรู้และทักษะในการดูแลและการเตรียมก่อน ขณะ และระยะสิ้นสุดการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง 3) ไม่มีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง 4) การแก้ไขปัญหาต่างๆ ขณะปฏิบัติงานต้องปรึกษาจากพยาบาลหัวหน้าเวร 5) ไม่มั่นใจในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการพัฒนาเสริมสร้าง

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บบีบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก เป็นบทบาทสำคัญของการบริหารทางการพยาบาลในสถาบันโรคทรวงอก โดยการพัฒนาสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การฝึกอบรม การฝึกงานในสถานการณ์จริง และการใช้ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง อย่างไรก็ตาม การฝึกงานในสถานการณ์จริงอาจเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งการฝึกอบรมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้พยาบาลนำความรู้ไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ซึ่งมีคุณลักษณะของผู้เรียน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความเป็นอิสระที่สามารถขึ้นนำตนเองได้ 2) ผู้เรียนสามารถตั้งประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในการเรียนรู้ได้ทันที 3) ผู้เรียนพร้อมที่จะเรียนรู้ตามการเปลี่ยนแปลงของบทบาทใหม่ทางสังคมหรือบทบาทของชีวิต 4) ผู้เรียนเน้นปัญหาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและต้องการเรียนรู้สิ่งที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ทันที 5) ผู้เรียนมีแรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยสำคัญในการเรียนรู้มากกว่าปัจจัยภายนอก⁹ บุคลากรกับสมรรถนะของพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ในการใช้ความรู้ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพโรคหัวใจ ปอด และมีภาวะร่วมไตวายเจ็บบีบพลัน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บบีบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต

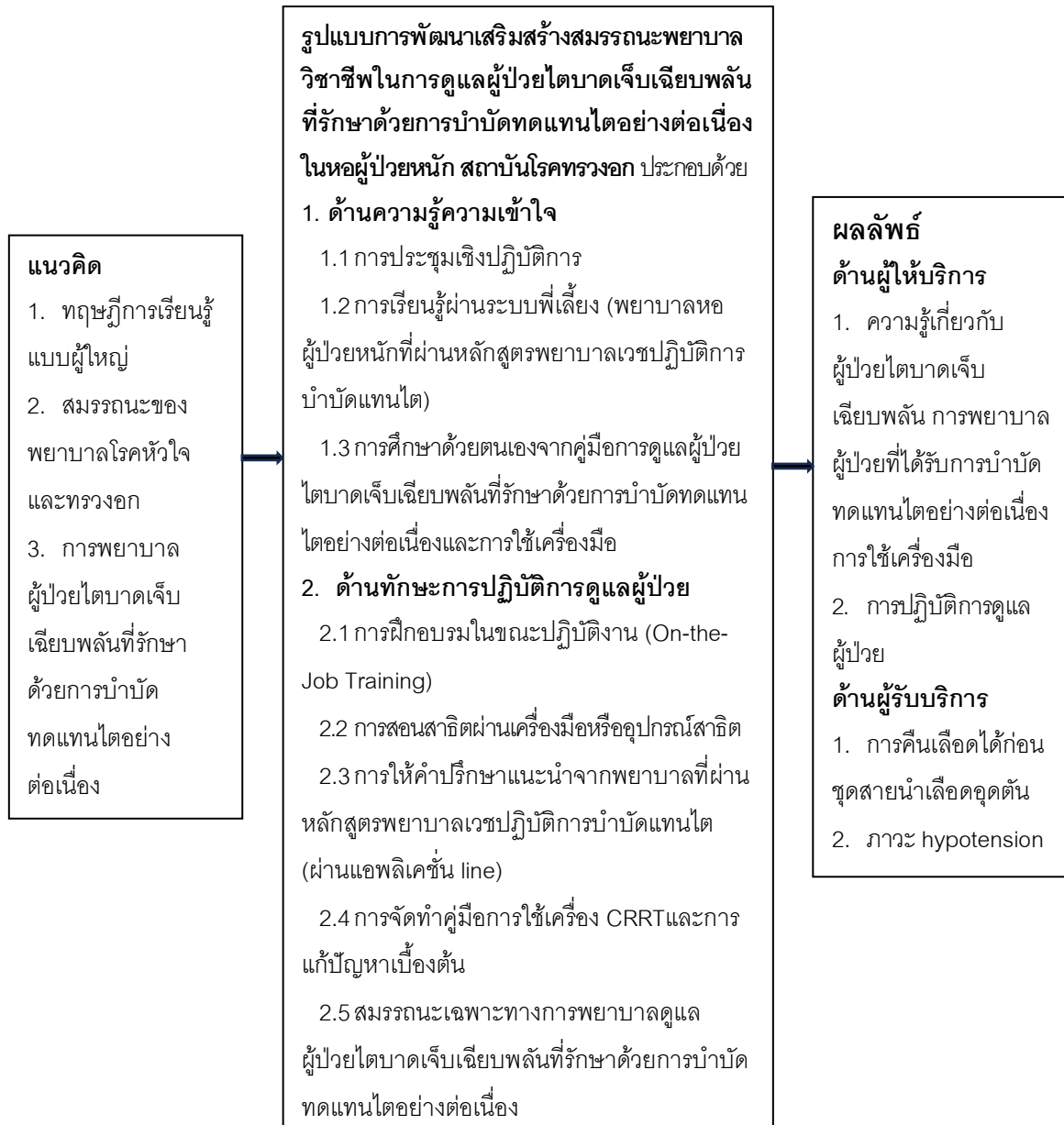
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บบีบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก

2. เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บบุคคลที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ สมรรถนะของพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก และการพยาบาลผู้ป่วยไตขาดเจ็บบุคคลที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก (เดือนพฤศจิกายน 2566) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) 2 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต 1 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.8-1.0 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ICU, CCU และ RCU ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป 10 คน โดยการกำหนดขนาดตัวอย่างเชิงคุณภาพตามยุทธศาสตร์การวิจัยศึกษาปรากฏการณ์¹⁰ ระยะเวลาการสัมภาษณ์ 30-45 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปเชิงเนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก (เดือนธันวาคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567) โดยพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้กระบวนการ ดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและงานวิจัยต่างประเทศที่รายงานไว้ไม่เกิน 10 ปี ย้อนหลัง โดยกำหนดคำสำคัญ PICO ในการสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้ P (patient) : ได้แก่ ผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และ acute kidney injury with continuous renal replacement therapy patients I (Intervention): รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง C (Comparator): การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ระบุ และ O (Outcome): ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการ คือ ความรู้ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และ knowledge, understanding, skills, and patient care practices และด้านผู้รับบริการ คือ การคืนเลือดได้ก่อนชุดสายนำเลือดอุดตัน ภาวะแทรกซ้อนจากการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และ complications from continuous renal replacement therapy จำนวน 10 เรื่อง ใช้การประเมินระดับความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์จาก เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹¹ ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental studies) จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 3 จากการวิจัยเชิงสังเกต และวิเคราะห์ (observational-analytic designs) จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 3 จากการวิจัยเชิงสังเกต แบบพรรณนา จำนวน 2 เรื่อง

2. กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group) สหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก 1 คน อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลไตเทียม 2 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) 1 คน พยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหนักที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง 3 คน โดยใช้ประเด็นสำคัญ จากการเก็บข้อมูลระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้เก็บ

รวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก และประเด็นที่รวบรวมได้จากระยะที่ 1

3. ประเมินค่าความสอดคล้องและความเหมาะสมของร่างรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0

4. การทดสอบการใช้รูปแบบฯ กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 90 คน กำหนดขนาดตัวอย่างตามเกณฑ์ร้อยละ¹² ได้จำนวน 20 คน (มีนาคม 2567)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1.1 รูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8-1.0

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และการใช้เครื่องมือ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8-1.0

1.3 คู่มือการใช้เครื่อง CRRT และการแก้ปัญหาเบื้องต้น สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบวัดความรู้ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ในหอผู้ป่วยหนัก 20 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัยในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน IOC เท่ากับ 0.8-1.0 ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) KR-20 เท่ากับ .78 การแปลผลคะแนน ร้อยละ 80-100 เท่ากับ ระดับสูง ร้อยละ 60-79 เท่ากับ ระดับปานกลาง และ น้อยกว่าร้อยละ 60 เท่ากับ ระดับน้อย

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ในหอผู้ป่วยหนัก 37 ข้อ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน IOC เท่ากับ 0.8-1.0 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach) เท่ากับ .95 การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 1.35-2.00 เท่ากับ ปฏิบัติได้ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 0.68-1.34 เท่ากับ ปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 0-0.67 เท่ากับ ปฏิบัติได้ในระดับน้อย

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบฯ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการบริหารจัดการในหน่วยงาน และด้านการนำไปใช้ ประโยชน์ 15 ข้อ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน IOC เท่ากับ 0.8-1.0 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach) เท่ากับ .94 การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.0 เท่ากับ ความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 เท่ากับ ความพึงพอใจระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.0-2.33 เท่ากับ ความพึงพอใจระดับน้อย

2.4 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก 10 ข้อ ตรวจสอบความตรง

เชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง 36 คนและผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ในช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม 11 คน โดยวัดผลลัพธ์ 2 ด้าน ประกอบด้วย ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การคืนเลือดได้ก่อนชุดสายนำเลือดอุดตัน และภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและรวบรวมข้อมูลชุดเดียวกับระยะที่ 2

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก เอกสารอนุมัติเลขที่ 004/2567 รับรองวันที่ 20 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 19 ตุลาคม 2567 พัทธสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่เก็บเป็นความลับไม่เปิดเผย ไม่มีการระบุหรือพาดพิงถึงตัวบุคคล รายงานและสรุปผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ปีที่ 51 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงพฤษภาคม 2567 ในหอผู้ป่วยหนัก ICU, CCU และ RCU สถาบันโรคทรวงอก ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. เก็บข้อมูลกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 10 คน 2) การสนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพ 8 คน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก 3) ประเมินค่าความสอดคล้องและความเหมาะสมของร่างรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน 4) การทดสอบการใช้รูปแบบฯ กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก RCU 20 คน

2. เก็บข้อมูล หลังการใช้รูปแบบฯ ระหว่าง เมษายน -พฤษภาคม 2567 โดย การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง 36 คน และผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง 11 คน

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การทดสอบความรู้ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยฯ เพื่อศึกษาด้วยตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยไตขาดเรื้อรังที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และสร้างกลุ่มแอปพลิเคชัน line

กิจกรรมที่ 2-3 การประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การสอนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ

การสอนสาธิตผ่านเครื่องมือหรืออุปกรณ์สาธิต และ การศึกษากรณีตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 4 การฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน (On-the-Job Training)

กิจกรรมที่ 5 การทดสอบความรู้ การปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ และประเมิน ความพึงพอใจการใช้รูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ร้อยละของการคืนเลือดได้ก่อนชุดสายนำเลือดอุดตัน และภาวะความดันโลหิตต่ำ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สถิติ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก สรุปด้วย 4 ประเด็นสำคัญ คือ 1) ประเด็นความรู้การทำ CRRT เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเคยปฏิบัติมาก่อน และปฏิบัติตามที่เคยทำกันมา แต่ยังพร่องความรู้เรื่องข้อบ่งใช้ของน้ำยาต่างๆ ผู้ป่วยแต่ละรายใช้น้ำยาที่แตกต่างกันออกไป การติดตามอาการผู้ป่วยขณะทำการหัตถการ และการดูแลสายต่างๆ ที่ใช้ในการทำ CRRT 2) ประเด็นความกังวลใจ และขาดความมั่นใจ เนื่องจากไม่ใช่หัตถการที่เป็นประจำ และการไม่ได้ทำหัตถการนี้บ่อยทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง 3) ประเด็น

อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้ในการทำ CRRT ของสถาบันโรคทรวงอกมี 2 บริษัท และปัจจุบันมีการนำอุปกรณ์เครื่องมือรุ่นใหม่เข้ามา ทำให้เกิดความไม่คุ้นชินกับการปฏิบัติงาน และคู่มือเป็นภาษาอังกฤษ 4) ประเด็นความต้องการ ความคาดหวัง มีความต้องการให้สอนเพิ่มความรู้ในเรื่องการทำ CRRT เน้นแบบให้มีการปฏิบัติจริงกับเครื่อง CRRT ในรุ่นที่ใช้ การจัดทำเป็นวิดีโอ และมีการสอนหน่วยงานจากพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาเป็นระยะๆ เนื่องจากจะช่วยสร้างความมั่นใจและทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยได้

2. รูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก ได้รูปแบบเสริมสร้างความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จำแนกเป็น 1) ด้านความรู้ ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ผ่านระบบพี่เลี้ยง การศึกษาด้วยตนเองจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และคู่มือ/คำแนะนำการใช้เครื่อง CRRT และการแก้ปัญหาเบื้องต้น 2) ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน (on-the-Job training) การสอนสาธิตผ่านเครื่องมือ หรืออุปกรณ์สาธิต สมรรถนะพยาบาลดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และการให้คำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองใช้กับพยาบาลผู้ป่วยหนัก 20 คน โดยผลการทดลองพบว่า การให้คำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ และวิดีโอคอล

3. ผลการนำรูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก ดังนี้

3.1 ด้านพยาบาลวิชาชีพ

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 94.4 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.2 อายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 47.2 มีอายุโดยเฉลี่ย 35 ปี มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก 6-10 ปี ร้อยละ 50.0 ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก ICU ร้อยละ 47.2 และไม่เคยอบรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 63.9

2) การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอกพบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.9 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับ

การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในระดับมาก ร้อยละ 94.4 และหลังการทดลองมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 55.6 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในระดับมาก ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 1 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ การดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 24 รายและเท่าเดิม 6 ราย เมื่อนำมาเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 20 รายและเท่าเดิม 10 ราย เมื่อนำมาเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง (n=36)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้				
น้อย	6	16.7	1	2.8
ปานกลาง	23	63.9	15	41.7
มาก	6	16.7	1	2.8
ระดับการปฏิบัติการดูแล				
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	2	5.6	0	0.0
มาก	34	94.4	36	100.0
Min - Max	1.15 - 2.00	1.74 - 2.00		
Mean $\pm$ SD	1.81 $\pm$.24	1.95 $\pm$.07		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

ตัวแปร	จำนวน (n=36)	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
ความรู้				-3.967	<.001
Negative Ranks	6	7.00	42.00		
Positive Ranks	24	17.63	423.00		
Ties	6				
การปฏิบัติการดูแล				-3.430	.001
Negative Ranks	6	6.75	40.50		
Positive Ranks	20	15.53	310.50		
Ties	10				

3) ความพึงพอใจการใช้รูปแบบพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ในระดับสูง ร้อยละ 100.0

3.2 ด้านผู้ป่วย

ผลด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องได้รับการคืนเลือดก่อนชุดสายนำเลือดอุดตันร้อยละ 100 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ

อภิปรายผล

1. จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.2 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก 6-10 ปี ร้อยละ 50.0 และได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 36.1 จะเห็นได้ว่าสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับมีความสามารถ (Competent) และ ระดับมีความสามารถเต็มที่ (Proficient) สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ปฏิบัติตามแผนได้ แต่ยังต้องได้รับคำปรึกษาช่วยเหลือในการตัดสินใจ และบางส่วนสามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ได้มากขึ้น และพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องมีจำนวนน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ผ่าตัดลิ้นหัวใจ ที่มีโรคร่วมซับซ้อน และอยู่ในภาวะวิกฤตไตวายเฉียบพลัน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนักด้วยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ โดยคุณลักษณะของผู้เรียน ที่มีความเป็นอิสระที่สามารถชี้นำตนเองได้ สามารถดึงประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในการเรียนรู้ได้ทันที มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ตามการเปลี่ยนแปลงของบทบาทใหม่ในการปฏิบัติงาน มีความต้องการเรียนรู้สิ่งที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที รวมถึงมีแรงจูงใจภายในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะทาง³ สมรรถนะของพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก และการพยาบาลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง⁴ ร่วมกับการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลักการสืบค้น โดย

ใช้เกณฑ์ PICO กำหนดคำสำคัญ เช่น ความรู้ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ได้รูปแบบเสริมสร้างความรู้ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จำแนกเป็น 1) ด้านความรู้ เริ่มต้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีทั้งภาคทฤษฎี และฝึกปฏิบัติกับเครื่องมือจริง การเรียนรู้ผ่านระบบพี่เลี้ยง การศึกษาด้วยตนเองจาก คู่มือการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และคู่มือ/คำแนะนำการใช้เครื่อง CRRT และการแก้ปัญหาเบื้องต้น 2) ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน (on-the-job training) การสอนสาธิตผ่านเครื่องมือ หรืออุปกรณ์สาธิต สมรรถนะพยาบาลดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง และการให้คำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

2. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่ก่อนการทดลองมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.9 หลังการทดลองมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 55.6 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยอันดับที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการมีคู่มือ/คำแนะนำการใช้เครื่อง CRRT และการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และจากการศึกษา⁶ ในผู้ป่วย AKI ที่ได้รับการบำบัดด้วย CRRT อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลวิกฤติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับ 1) กลไกการจัดของเสียของเครื่อง CRRT 2) รูปแบบของการบำบัดด้วย CRRT 3) ข้อบ่งชี้ในการเลือกการบำบัดด้วย CRRT 4) วงจรของระบบ CRRT และ 5) สารต้านการแข็งตัวของ

เลือดระหว่างการทำ CRRT เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีและถูกต้องในขณะที่ใช้ CRRT มีความสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ได้จัดโครงการอบรมให้ความรู้ คู่มือ และแผนการสอนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และยังคงสอดคล้องกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพยุค 4.0 ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในภาคทฤษฎีมีเนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และการใช้ และดูแลบำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจ พบว่า คะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าก่อนพัฒนา¹³ ส่วนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในระดับมาก ร้อยละ 94.4 และหลังการทดลองมี การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในระดับมาก ร้อยละ 100.0 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยอันดับที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดการฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน (on-the-job training) การสอนสาธิตผ่านเครื่องมือ หรืออุปกรณ์สาธิต และการให้คำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงาน ส่งผลให้มีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องดีขึ้นและจากการศึกษา¹⁴ พยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านผู้ป่วยและเครื่องมืออุปกรณ์ มีการฝึกทักษะ เช่น การต่อชุดสายส่งเลือด การแทนที่น้ำในระบบ และการคืนเลือด เป็นต้น มีการ

ประเมิน และติดตามอาการผู้ป่วย รวมถึงเฝ้าระวังการทำงาน of เครื่องให้สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ที่มีกิจกรรมฝึกทักษะ ศึกษากรณีตัวอย่าง และสอนหน้างานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้เครื่องพุงการทำงานของหัวใจและปอด ภายหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่ามีความเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ใช้ ECMO เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)¹³ และการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ¹⁵ ที่ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การประชุมทีม การให้ความรู้ สถานการณ์จำลอง การมอบหมายงานปฏิบัติการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. เสนอให้นำรูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บบดเจ็บบดที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก เข้าแผนการฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆภายในประเทศ ของภารกิจด้านการ

พยาบาล สถาบันโรคทรวงอก เพื่อให้มีการฝึกอบรมที่ต่อเนื่องทุกปี

2. ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บบดเจ็บบดที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหนัก สถาบันโรคทรวงอก ที่ผู้สนใจสามารถนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยไตขาดเจ็บบดเจ็บบดที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหนักที่ต้องให้การรักษา มีการทำหัตถการชนิดอื่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ความเสี่ยงสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการนอนคว่ำ เป็นต้น

2. ควรนำแนวคิดรูปแบบการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพไปพัฒนาต่อยอดรูปแบบการพยาบาล เพื่อกำหนดเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ แต่ยังมีประสบการณ์การปฏิบัติงานน้อย เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

Reference

1. Case J, Khan S, Khalid R, Khan A. Epidemiology of acute kidney injury in the intensive care unit. Crit Care Res Pract. 2013; 2013:479730. doi: 10.1155/2013/479730.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney international supplement. Journal of Kidney International Supplements. 2012; 2(1): 1-138.
3. Nuthachai Srisawat and Kring Tungsanga. Acute kidney injury. J Dep Med Serv. 2017; 42(6): 64-68. Thai.
4. The Committee for Establishing Guidelines on Hemodialysis and Plasma Filtration the Nephrology Society of Thailand. Handbook for hemodialysis and plasma filtration treatment for kidney disease patients. The Nephrology Society of Thailand. 2017: 1-48. Thai.

5. Intensive Care Nursing Department, Central Chest Institute of Thailand annual report 2023. Central Chest Institute of Thailand. 2023. Thai.
6. Traiphop Pidtanang, Surankana Prommart, Chantira Chiaranai. Continuous renal replacement therapy in critical care unit: nurses' role. JHSR. 2022; 16(2): 136-148. Thai.
7. Oranuch Thaoanont, Pairin Yodsuban, Ruangurai Amornchai. Development of clinical nursing practice guidelines for patients undergoing hemodialysis. Journal of Nursing Division. 2023; 50(3): 185-200. Thai.
8. Intensive Care Unit. CRRT patient statistics for 2022. Central Chest Institute of Thailand 2020. Thai.
9. Malcolm K. The modern practice of adult education: From Pedagogy to Andragogy. New York: Cambridge, (1980). The Adult Education Company.
10. Morse, J. M. Determining sample size. QHR. (2000);10, 33-5. doi: 10.1177/104973200129118183.
11. The Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewers' manual 2014 edition Australia [Internet] 2014. [cited 2024 July 10]. Retrieved from <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>.
12. Somchai Warakitkasamsakul. Research methodology in behavioral and social sciences. [Internet]. 2011 Oct [cited 2024 Jan 20]; [3 screens] Available from: <https://pws.npru.ac.th>. Thai.
13. Pachanee Romtan, Suwanna Yasotarin, Namfon Khatjuang, Supanya Bodhipadma and Nawarat Suthipong. Program in development of potential and skill in nursing care for Patients after cardiac surgery using extracorporeal membrane oxygenation. JMND. 2021; 8(4): 411-428. Thai.
14. Laddawan Thongkleang. Effects of development the professional nurse 4.0 era's competency in caring patients, using volume ventilator in medical intensive care unit Suratthani hospital. Journal of Health Research and Innovation. 2021; 4(2): 54-64. Thai.
15. Sulakkana Janthaweesuk, Boontip Siritarungsri, Sompong Pamulila Usavadee Asdornwised. The development of an enhancing competency program through electronic media for perioperative nurses to Care Patients with Brain Tumor Surgery at Sunpasitthiprasong Hospital. J R Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 48-57. Thai.

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวิธีการป้องกันของวัยรุ่น

เอกกวี หอมขจร*

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)*

คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์**

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)**

(รับ: 30 กรกฎาคม 2567, แก้ไข: 7 สิงหาคม 2567, ตอรับ: 13 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์และวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยเป็นปัญหาสาธารณสุขเช่นเดียวกับทั่วโลก เนื่องจากอัตราป่วยรายใหม่มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญพบว่าวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยสูงที่สุด สาเหตุการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า วัยรุ่นมีการใช้สื่อ Social media platform ในช่องทางต่างๆ เพื่อหาเพื่อน หาแฟน รวมถึงการสร้างรายได้จากสื่อออนไลน์ ทั้งนี้ พบว่าแอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ เป็นที่นิยมใช้มากที่สุดในกลุ่มวัยรุ่น โดยวัยรุ่นมักมีค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน เพื่อเป็นการแสดงออกถึงความรัก ความจริงใจ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงขึ้น

การแก้ไขปัญหาดังกล่าว กรมควบคุมโรค จึงกำหนดนโยบายระดับประเทศในการยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในปี 2573 โดยมีมาตรการในการสนับสนุนให้วัยรุ่นมีความรู้ความสามารถที่ถูกต้องในการป้องกันตนเอง สนับสนุนการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ในการคัดกรองโรคและการป้องกันโรค รวมไปถึงการพัฒนาช่องทางการสื่อสาร การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเข้ารับบริการอย่างอนามัย และการให้คำปรึกษาปัญหาเรื่องเพศที่สะดวกต่อวัยรุ่นอย่างเป็นมิตร และเท่าเทียม เพื่อให้วัยรุ่นสามารถดูแลตนเองได้และลดอัตราป่วยรายใหม่ได้ต่อไป

คำสำคัญ : วัยรุ่น วิธีการป้องกันโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข Corresponding Author: Princeovyeak@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Sexually Transmitted Diseases and Prevention Methods among Adolescent.

Eakkawee Homkhajorn*

M.N.S.(Community Nurse Practitioner)

Khunatpakorn Makkabphalanon** M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

(Received: July 30, 2024, Revised: August 7, 2024, Accepted: August 13, 2024)

Abstract:

This academic article aims to present the current situation and methods to prevent sexually transmitted infections (STIs) among Thai adolescents. STIs in Thailand are a public health issue and similar to the situation globally. The incidence of new cases continues to increase; particular the highest incidence rate is found among adolescents aged 15-24. The causes of STI transmission among adolescents include using of various social media platforms to find friends, partners, and making income. Online dating applications are the most popular among adolescents, who often engage in unprotected sex as a way to express love and sincerity. Those behaviors significantly increase the risk of contracting STIs.

To address this issue, the Department of Disease Control has established a national policy aimed at ending the spread of severe sexually transmitted infections by 2030. The measures consist of supporting adolescents in acquiring accurate knowledge and skills for self-protection, facilitating access to screening and preventive services, improving communication channels related to STI prevention, promoting access to condoms, and providing sexual health counseling services that are adolescent-friendly and equally, enabling adolescents to take care of their own health and reduce the incidence of new cases.

Key Words: adolescents, disease prevention, sexually transmitted diseases

* Lecture Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhon Sawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Corresponding Author: Princeovyeak@gmail.com

** Register Nurse Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงพบว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชาชนทั่วโลก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตรงต่อผู้ที่ติดเชื้อไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพหรือภาวะทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ ถ้าผู้ติดเชื้อไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่าย ทั้งนี้รายงานจากองค์การอนามัยโลกพบจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ ใน พ.ศ. 2563 จากภูมิภาคทั่วโลกทั้งสิ้น 376 ล้านคน และพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลกเฉลี่ย 1 ล้านคนต่อวัน¹ สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทยนั้น มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการรวบรวมข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรค (ร.ง.506) กรมควบคุมโรค พบว่า กลุ่มประชากรที่มีอัตราการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ มากที่สุดอยู่ในกลุ่มของวัยรุ่นโดยมีอายุ 15-24 ปี พบอัตราป่วยรายใหม่โรคซิฟิลิส จาก 20.2 ราย ต่อแสนประชากร ในปี 2560 เป็น 59.0 ราย ต่อแสนประชากรในปี 2565 และอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคสำคัญได้แก่ 1) โรคซิฟิลิส 2) โรคหนองในแท้ 3) โรคหนองในเทียม 4) โรคแผลริมอ่อน และ 5) โรคเริมมวงหรือ กามโรคของต่อมน้ำเหลือง มีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยมีอัตราป่วย 99.6 ราย ต่อแสนประชากรในปี 2560 เป็น 125.3 ราย ต่อแสนประชากรในปี 2565 ซึ่งการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคนี้ เป็นโรคที่ใช้ทำนายแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่ของโรคเอดส์หรือการติดเชื้อเอชไอวี HIV อีกด้วย² จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ปี พ.ศ.2565 พบว่า มีจำนวน 9,230 คน ที่สำคัญ คือ การติดเชื้อ

รายใหม่ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่พบในเพศชาย คิดเป็นอัตราป่วยเฉพาะเพศชายเท่ากับ 43.5 ราย ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยเฉพาะเพศหญิงเท่ากับ 20.4 ราย ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยเฉพาะอายุ 15-24 ปี เท่ากับ 112.3 ราย ต่อแสนประชากร หากจำแนกการติดเชื้อรายใหม่ ตามกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อ พบว่า เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 55.3 พนักงานบริการชายร้อยละ 9.1 ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 3.9 สาวประเภทสองหญิงข้ามเพศ ร้อยละ 2.0 ลูกค้า ผู้ซื้อบริการทางเพศ ร้อยละ 1.6 พนักงานบริการทางเพศหญิง ร้อยละ 0.6² ซึ่งอัตราการป่วยรายใหม่ สอดคล้องกับข้อมูลสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย คือ ไม่มีการวางแผนในการป้องกันโรค ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ รองลงมา คือ การใช้สารเสพติด โดยช่องทางการติดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ จากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ 68.1 รองลงมา คือ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่อื่นต่าง (คู่อุปถัมภ์ / คู่ประจำ) (Spousal / Discordant couples) ร้อยละ 19.4 การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ชั่วคราว และนอกสมรส (Casual sex) ร้อยละ 7.5 จากการซื้อขายบริการทางเพศ (Sex work/commercial sex) ร้อยละ 1.3 การใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกัน (Needle sharing) ร้อยละ 3.8³ จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ พบว่า วัยรุ่นไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดประมาณร้อยละ 80.0² และที่น่ากังวล คือ มีเยาวชนมากถึงร้อยละ 72.4 มีความคิดเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับการไม่ใช้ถุงยางอนามัยให้ความรู้สึกทางเพศที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัยขณะมี

เพศสัมพันธ์รู้สึกว่าเป็นธรรมชาติ การแสดงอารมณ์ร่วมขณะมีเพศสัมพันธ์จะลดลง รวมไปถึงการแสดงความรักความผูกพันขณะร่วมเพศลดลงตามไปด้วย⁴ ทั้งนี้มีผลการศึกษาที่พบว่า ในปัจจุบันวัยรุ่นส่วนใหญ่มีค่านิยมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องของความรักกับการมีเพศสัมพันธ์ หรือการคบซ้อนเห็นว่าเป็นเรื่องปกติของวัยรุ่น รวมถึงมีค่านิยมการถูกเนื้อต้องตัวการโอบกอดในที่สาธารณะ หรือ การชวนคนรัก คนที่คบหาอยู่ด้วยไปมีเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นการแสดงความรักโดยถือว่าเป็นเรื่องปกติของวัยรุ่น⁴ นอกจากนั้นยังพบว่ามียุวกะลาเพศชายที่เป็นนักเรียนอายุ 16-25 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยา โดยไม่สวมถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 36.2 และมีทัศนคติว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหรือแฟนจะปลอดภัยจากโรค ร้อยละ 13.7 ผู้ตอบแบบสอบถามการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นถึงร้อยละ 39.3 เห็นว่าเมื่อมีความรักแล้วสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่ต้องแต่งงานและไม่ต้องป้องกัน⁵

ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันของวัยรุ่น ถ้าไม่มีการแก้ไขจะส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ตามมา เช่น ด้านการพัฒนาประเทศชาติที่ช้าลง เนื่องจากวัยรุ่นที่กำลังจะเข้าสู่วัยแรงงานเจริญเติบโตได้ไม่เต็มศักยภาพเนื่องจากมีสุขภาพไม่แข็งแรง ด้านการเรียนทำให้การเรียนหยุดชะงักจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคฉวยโอกาส หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์⁶ นอกจากนี้ปัญหาทางด้านร่างกายแล้วยังพบว่ามีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในการประกอบอาชีพและเลี้ยงดูครอบครัว เนื่องจากวัยรุ่นยังไม่มีความพร้อมในการที่จะสร้างครอบครัวที่ดีได้ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดมาตรการที่สำคัญเพื่อยุติโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ภายในปี 2573 ได้แก่ การลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซิฟิลิสและโรคหนองในรายใหม่ร้อยละ 90 และให้แต่ละประเทศกำหนดมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนประเทศไทยกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย เพื่อไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศภายในปี พ.ศ.2573⁷ ทั้งนี้การช่วยเหลือวัยรุ่นในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต้องมีการขับเคลื่อนมาตรการต่างๆ ให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น โครงการ “สอง สอด แซบ” เพื่อเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมาย แนวปฏิบัติโดยสนับสนุนถุงยางอนามัย หรือการตรวจคัดกรองโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง หรือการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เนื่องจากมีการศึกษา พบว่า นักเรียนชายระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายแห่งหนึ่ง มีระดับความรอบรู้สุขภาพทางเพศเฉลี่ยปานกลาง ซึ่งความสามารถหรือทักษะในเรื่องการป้องกันโรคอาจยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันตนเองได้ โดยแนวคิดด้านความรอบรู้สุขภาพ (Health literacy) ของ Nutbeam⁸ ได้กล่าวว่า ความรอบรู้สุขภาพเป็นความสามารถและทักษะส่วนบุคคลที่เข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพเชิงบวกมีการคิดวิเคราะห์จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของตนเองเพื่อตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมปกป้องสุขภาพที่เหมาะสมต่อตนเอง ด้านองค์การแพธ (PATH) แห่งประเทศไทย แนะนำว่าหากเด็กวัยรุ่นได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องกันป้องกันโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ จนถึงระดับการรับรู้ได้ถึงพฤติกรรมความเสี่ยงในการติดเชื้อไม่ว่าจะด้วยสาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือ การพลาดถูกเข็มของผู้อื่นตำ หรือด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม เด็กวัยรุ่นควรมีความสามารถในการจัดการตนเองและเข้ารับยาต้านเชื้อเอดส์ (HIV) ภายในเวลา 3 วันหรือ 72 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อได้ถือเป็นการป้องกันแบบผสมผสานที่นิยมใช้ในปัจจุบันและทั่วโลกยอมรับ⁹

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น สาเหตุหลักคือ การที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ มีค่านิยมในการแสดงความรักโดยการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีความคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนจะมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อ รวมถึงการมีความรู้หรือทักษะทางด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่ดีพอ ถ้าไม่มีการแก้ไขปัญหาอาจทำให้การการแพร่ระบาดที่มากขึ้นจนมีผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพ และเศรษฐกิจโดยรวมในกลุ่มประชากรวัยรุ่น หรืออาจทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และผลกระทบด้านอื่นๆ ตามมาอีกจำนวนมาก เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันในการส่งเสริมความรู้หรือทักษะทางเพศที่เกี่ยวข้องให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องเหมาะสม และการสร้างจิตสำนึกที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ ให้มีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงวัยอันควรและควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จึงจะสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้

ความหมายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases : STD) หรือกามโรคเป็นกลุ่มโรคต่างๆ ที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง

โดยการร่วมเพศ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องคลอด ทางปาก หรือทางทวารหนัก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางโรคสามารถถ่ายทอดการติดเชื้อได้โดยไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือ เอดส์ สามารถติดได้โดยการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ และผู้สัมผัสมีแผลเปิดบริเวณผิวหนังทำให้มีโอกาสในการรับเชื้อได้ นอกจากนี้ผู้ที่ติดสารเสพติดมีโอกาสในการติดเชื้อมากกว่าได้โดยการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการติดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงโรคเอดส์นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก¹⁰

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบ่งตามชนิดของการติดเชื้อได้ ดังนี้¹⁰

1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้อไวรัส โดยเชื้อไวรัสบางชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ บางชนิดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเชื้อไวรัสบางชนิดสามารถฝังตัวอยู่ในร่างกายและกลับมาเป็นซ้ำอีกได้ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีเชื้อไวรัสเป็นสาเหตุของการติดต่อ มีดังนี้

1.1 โรคเริม (Herpes) เป็นเชื้อไวรัสที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน เมื่อเชื้อเริมเข้าสู่ร่างกายแล้วจะอยู่กับคนนั้นตลอดชีวิตโดยเชื้อจะแทรกตัวเข้าสู่ปมประสาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะป่วยจากการติดเชื้อเริม คือ Herpes Simplex Virus ชนิดที่ 1 กับ Herpes Simplex Virus ชนิดที่ 2 แต่เชื้อไวรัสชนิดนี้สามารถติดต่อได้โดยไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์ ถือว่าเป็นไวรัสที่ติดต่อดีง่าย ทำให้เกิดการปวดแสบบริเวณต้นขา ก้น หรือ อวัยวะเพศ และตามด้วยผื่นเป็นตุ่มน้ำใสแผลหายได้เองใน 2-3 สัปดาห์ แต่เชื้อยังสามารถฝังอยู่ในร่างกาย เมื่อร่างกายอ่อนแอก็จะทำกลับมาป่วยใหม่ได้

1.2 นูดหงอนไก่ (Condyloma Acuminata) เกิดจากเชื้อที่เรียกว่า Human Papilloma Virus หรือ HPV ประกอบกับมีเชื้อไวรัสที่เป็นต้นเหตุกว่า 150

สายพันธุ์ สายพันธุ์ที่ถูกระบุไว้ว่าทำให้เกิดโรคหูดหงอนไก่และพบบ่อยที่สุดจะเป็น HPV6 กับ HPV¹¹ ลักษณะเป็นติ่งเนื้ออ่อนๆ สีชมพูคล้ายหงอนไก่ ขอบขึ้นที่อุ่นและอบอุ่น ในผู้ชายมักพบที่อวัยวะเพศบริเวณได้หนังหุ้มปลาย อวัยวะเพศชาย ตลอดบริเวณรอบรอยเปิดขอบท่อน้ำสภาวะ และอวัยวะ ส่วนผู้หญิงพบที่ปากช่องคลอด ผังช่องคลอด ปากมดลูก ปากทวารหนักและฝีเย็บ หูดจะมีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ การตั้งครรรภ์จะทำให้หูดโตเร็วกว่าปกติ ถ้าไม่รีบรักษาจะเป็นมากขึ้นและยากต่อการรักษาทางอาจติดเชื้อขณะคลอด

1.3 หูดข้าวสุก (Molluscum contagiosum) เกิดจากเชื้อไวรัส Molluscum Contagiosum Virus (MCV) เป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย ตั้งแต่วัยทารกไปจนถึงผู้สูงอายุ ทำให้เกิดเป็นตุ่มนูนบนผิวหนัง ผิวเรียบขนาดเล็กขนาดประมาณ 2-5 มิลลิเมตร จะพบมากขึ้นในรายที่มีการติดเชื้อ HIV จำนวนตุ่มที่เกิดขึ้นอาจมีมากหรือน้อยขึ้นกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยขณะนั้น ว่าร่างกายมีความแข็งแรงเพียงใด ถ้าใช้เข็มสะกิดตรงกลางแล้วบีบดู จะได้เนื้อหูดสีขาว คล้ายข้าวสุก มักเป็นบริเวณที่หัวหน้าอวัยวะเพศภายนอกและโคนขาด้วนใน

1.4 โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) เกิดจากการติดเชื้อไวรัส HIV (Human immunodeficiency virus) ซึ่งภาวะโรคเอดส์หมายถึง กลุ่มอาการ หรืออาการหลายๆ อย่างไม่เฉพาะต่อระบบใดระบบหนึ่ง ดังนั้น AIDS จึงหมายถึง กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องลง เป็นผลทำให้เกิดโรคติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย หรือที่เรียกว่าเชื้อฉวยโอกาสและเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการมักจะรุนแรงและเรื้อรัง จนทำให้เสียชีวิตในที่สุด โดยไวรัส HIV สามารถแพร่เชื้อได้โดยการมี

เพศสัมพันธ์ทั้งทางช่องคลอดและทางทวารหนัก ร่วมถึงการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะหรือการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อนจากเลือดของผู้ที่ติดเชื้อ HIV และการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของผู้ที่ติดยาเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อ เช่น ใบมีดโกน เข็มสักร่างกายแพ้น้ำ การเจาะหู อาจมีโอกาสปนเปื้อนเลือดของผู้ที่ติดเชื้อได้แต่จะมีโอกาสติดโรคได้ก็ต่อเมื่อมีแผลเปิดและปริมาณเลือดหรือสาร คัดหลั่งที่เข้าไปในร่างกายมีจำนวนมากพอ²

2. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย การติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรียสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาปฏิชีวนะ มีดังนี้

2.1 แผลกามโรคที่ขาหนีบ (Granuloma inguinale) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Donovanias granulomatis โดยจะมีแผลที่อวัยวะเพศ ขาหนีบ ซอกขา หรือบริเวณหน้า

2.2 โรคซิฟิลิส (Syphilis) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Treponema Pallidum ซึ่งอาศัยอยู่ได้ในทุกส่วนของร่างกาย เนื่องจากมีขนาดเล็กมาก เป็นโรคที่อันตรายและมีอาการเรื้อรัง สามารถติดต่อยาวนานกว่า 2 ปี ลักษณะการติดเชื้อระยะแรกจะเป็นก้อนแข็งแต่ไม่เจ็บที่บริเวณอวัยวะเพศหากไม่รักษาจะกลายเป็นระยะที่ 2 ที่เรียกว่าเข้าซ้อ หรือ ออกดอก ถ้าทิ้งไว้นานจะทำให้เกิดโรคแก่ระบบต่างๆ ของร่างกายหลายระบบ ทั้งซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด ซิฟิลิสระบบประสาท เป็นต้น นอกจากนี้ มารดาที่เป็นโรคซิฟิลิสจะถ่ายทอดโรคสู่ทารกในครรภ์ได้ เรียกว่า ซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital Syphilis) จึงถือว่าซิฟิลิสเป็นโรคที่มีอันตราย และมีอาการเรื้อรังสามารถติดต่อยาวนานกว่า 2 ปี

2.3 โรคหนองในแท้ (Gonorrhea) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Neisseria gonorrhoeae อาการ หนอง

วารสารกองการพยาบาล

ในระหว่างผู้หญิงและผู้ชายจะต่างกันออกไป แต่สิ่งที่เหมือนกันอย่างแรก คือ เชื้อจะเริ่มแสดงอาการหลังจากได้รับเข้าสู่ร่างกายไม่เกิน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้บางคนอาจไม่มีอาการอะไรเลยทำให้เกิดอาการระคายเคืองในช่องคลอด แสบขัดเวลาปัสสาวะ และมีหนองไหลออกจากช่องคลอด อาจทำให้เกิดการอักเสบในช่องท้อง หรือเป็นหมันหากไม่ได้รับการรักษา

2.4 หนองในเทียม (Non - gonococcal Urethritis / Non gonococcal Cervicitis) เกิดจากเชื้อโรค Chlamydia Trachomatis ผ่านเข้าไปสู่ร่างกาย (เป็นเชื้อคนละตัวกับหนองในแท้) มักพบเจอได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่นไปจนถึงวัยทำงาน บางรายอาการของโรคไม่แสดงให้เห็น แต่สามารถแพร่กระจายไปติดกับผู้อื่นต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ป้องกันอย่างถูกวิธี โดยทั่วไปแล้วหากเป็นหนองในเทียม อาการจะไม่หนักเท่ากับการเป็นหนองในแท้ โดยส่วนใหญ่ทำให้เกิดอาการแสบปลายท่อปัสสาวะ ปัสสาวะขัดและมีหนองไหล และมีมูกออกมาเล็กน้อยโดยเฉพาะในช่วงเช้า ส่วนผู้หญิงมีอาการตกขาวผิดปกติ

2.5 แผลริมอ่อน (Chancroid) เกิดจากเชื้อ Hemophilus Ducreyi ทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศ บวมและเจ็บ บางคนมีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ หรือที่เรียกว่าไซต์บวม หากไม่รักษาหนองจะแตกออกจากต่อมน้ำเหลือง มีเลือดออกง่าย เวลาสัมผัสเจ็บปวดมาก บางรายต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบจะบวมเป็นฝี เมื่อฝีแตกจะเป็นแผลและทำให้เนื้อเยื่อใกล้เคียงติดเชื้อ

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้ออื่นๆ และพยาธิสามารถรักษาได้ด้วยยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อรา ดังนี้

3.1 พยาธิช่องคลอด เกิดจากเชื้อโปรโตซัว Trichomonas Vaginalis ผู้ป่วยจะมีอาการตกขาวผิดปกติ มีสีเขียวขุ่น หรือสีเหลืองเข้ม มีฟองอากาศ

หรือมีกลิ่นเหม็น เกิดการระคายเคืองบริเวณอวัยวะเพศ เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ คันและแสบปากช่องคลอด

3.2 เชื้อราในช่องคลอด (Vaginal Candidiasis) เกิดจากเชื้อรากลุ่ม Candida ซึ่งร้อยละ 80 – 90 เกิดจาก Candida albicans ทำให้มีอาการระคายเคืองช่องคลอดมีการตกขาวข้นจับเป็นก้อน อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัด เจ็บขณะร่วมเพศ

สรุปได้ว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือโรคที่มีการถ่ายทอดเชื้อจากคนสู่คนโดยวิธีการร่วมเพศตามธรรมชาติทั้งทางช่องคลอด ทางปาก หรือทางทวารหนักโดยไม่มีการป้องกัน รวมถึงการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ การสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อหรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มที่ใช้สารเสพติด ผู้ติดเชื้อต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายจนเชือก่อโรคไม่สามารถแสดงอาการของโรคได้ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มเติม ทำให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น และมีความคุณภาพชีวิตที่ดี

ความหมายและพัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescent) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ อย่างรวดเร็ว โดยเปลี่ยนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ วัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีความสนใจในเรื่องเพศ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและฮอร์โมนที่กำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นต้องการมีความเป็นอิสระ ต้องการเรียนรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง และยังพบว่าวัยรุ่นในปัจจุบันมีการเข้าถึงสื่อมากขึ้น ซึ่งสื่อเหล่านี้มักจะนำเสนอเรื่องราวหรือภาพลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ทำให้เกิดความสนใจหรืออยากรู้อยากเห็นในเรื่องนี้มากขึ้น¹¹

การแบ่งระยะของวัยรุ่นโดยวัยรุ่นแต่ละช่วงอายุมีลักษณะทางด้านร่างกาย จิตใจ แตกต่างกันไปตามช่วงอายุและพัฒนาการ ดังนั้นคือ ระยะวัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) จะมีช่วงอายุ 11-14 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกระบบ โดยจะมีความคิดหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย จึงเป็นช่วงที่วัยรุ่นให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้น ทั้งในเรื่องกายภาพและการทำงานของระบบสืบพันธุ์ วัยรุ่นมักเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อนในวัยเดียวกัน รวมทั้งเริ่มมีจินตนาการเรื่องความรักและการร่วมเพศ ในวัยรุ่นชาย อาจเริ่มมีฝันเปียก เริ่มแสดงความรู้สึกเพศตรงข้ามโดยแสดงออกทางปฏิสัมพันธ์ทั่วไป เช่น เริ่มคุยโทรศัพท์ ส่งข้อความผ่านสื่อออนไลน์ เป็นต้น วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) อายุ 14-17 ปี เป็นช่วงที่สภาพร่างกายเข้าสู่ระยะการเป็นหนุ่มสาว วัยรุ่นตอนกลางมีความคิดที่ลึกซึ้ง (Abstract) มีอุดมการณ์ เอกลักษณะ เพื่อความเป็นตัวของตัวเอง จึงพยายามช่วยเหลือตนเองมากขึ้น และลดบทบาทการดูแลของผู้ปกครองหรือพ่อแม่ลง เพื่อตอบสนองความคิด อุดมการณ์ของตนเอง พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นตอนกลาง วัยรุ่นตอนกลางมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบสืบพันธุ์สมบูรณ์ เช่นเดียวกับในวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่เริ่มมีประจำเดือน ช่วงนี้เริ่มมีแรงขับทางเพศมากขึ้น อาจมีคนรักและเริ่มออกเดทโดยความสัมพันธ์เกิดจากความสนใจมากกว่าความรู้สึกลึกซึ้งต่อกัน พฤติกรรมทางเพศส่วนใหญ่เป็นการค้นหาและทดลองว่าสิ่งใดเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด วัยรุ่นจะพยายามทำความเข้าใจรสนิยมทางเพศของตนเองว่าชอบเพศใด เป็นเพศตรงข้ามหรือเพศเดียวกันหรือชอบทั้งเพศเดียวกันและเพศตรงข้าม วัยรุ่นตอนปลาย (Late

Adolescence) อายุ 17-20 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่อย่างชัดเจน ทั้งด้านร่างกาย และความคิดสติปัญญา พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นตอนปลาย เนื่องจากฮอร์โมนเพศทำงานมากขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อิทธิพลของฮอร์โมนทางเพศมีผลต่อการกระตุ้นจิตใจให้เกิดแรงขับทางเพศ (sexual drive) ให้สูงขึ้น พลังงานทางเพศที่มีมากจะทำให้วัยรุ่นเริ่มสนใจกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของตนเองมากขึ้น เช่น การเกิดการแข็งตัวของอวัยวะเพศ การมีประจำเดือน และอาจมีกิจกรรมทางเพศด้วยความรู้สึกรักอยากรู้ อยากเห็น ตื่นเต้น และเพื่อเป็นการปลดปล่อยพลังงานทางเพศที่มีอยู่มากตามธรรมชาติของวัยรุ่น¹¹⁻¹²

อิทธิพลของสื่อมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การทำ Oral Sex หรือการไม่ใส่ถุงยางอนามัย หรือถุงยางอนามัยแตกรั่วหลุด ขณะมีกิจกรรมทางเพศ มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน หรือ ใช้สุราและยาเสพติดร่วมขณะมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเหล่านี้ถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่นำมาสู่การแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มวัยรุ่น⁷ จากการศึกษาพบว่าสื่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอิทธิพลของสื่อออนไลน์ หรือ Social media Platform ปัจจุบันพบว่ากลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่กับสื่อออนไลน์มากถึง 7-8 ชั่วโมงต่อวัน นิยมใช้ผ่านโทรศัพท์มือถือเฉลี่ย 5 ชั่วโมงต่อวัน เนื่องจากใช้ง่ายสะดวกและมีความเป็นส่วนตัว สื่อออนไลน์ที่วัยรุ่นนิยมเข้าใช้มากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) Facebook ร้อยละ 37.3 2) TikTok ร้อยละ 21.3 3) Line ร้อยละ 16.1 4) Instagram ร้อยละ 8.6 และ 5) Facebook

Messenger ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ นิยมใช้เพื่อติดตามกระแสสังคมและใช้ในการสื่อสาร ทั้งนี้พบว่า การใช้สื่อ Social media Platform ในการสร้างความสัมพันธ์บนโลกออนไลน์ จากการที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน มีการแสดงความคิดเห็นในหน้าเพจสาธารณะ และมีการทักทายพูดคุยโดยการทักแชทส่วนตัว และพัฒนาความสัมพันธ์จนถึงการนัดพบเจอและมีเพศสัมพันธ์ในที่สุดซึ่งวิธีการนี้มีความนิยมใช้มากขึ้น¹³ นอกจากนี้ Social media Platform แล้วยังพบว่า วัยรุ่นยังนิยมใช้แอปพลิเคชันในการหาคู่ออนไลน์เพื่อนัดพบคบกันเป็นแฟนและมีเพศสัมพันธ์ในที่สุดโดยมีผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันหาคู่ออนไลน์ของวัยรุ่นไทย โดยช่วงอายุของการใช้แอปพลิเคชันและการเริ่มมีแฟนครั้งแรกจากโลกออนไลน์ พบเพศชาย 16-18 ปี ร้อยละ 40.0 เพศหญิงร้อยละ 44.14 จำนวนคนที่คบกันเป็นแฟนต่อครั้งส่วนใหญ่จะอยู่ที่ 1-3 คนต่อครั้ง เนื่องจากเป็นการคบหาแบบออนไลน์ เมื่อนัดเจอครั้งละคน แต่ถ้ามีระยะเวลาในการทำมาหากันมากขึ้นก็จะแนะนำให้พบเจอพร้อมกันหลายคนและมีค่านิยมในการมีเพศสัมพันธ์แบบสวิงกิ้ง โดยมีสัดส่วนในเพศชาย ร้อยละ 64.29 และเพศหญิง 64.02¹⁴ ซึ่งผลการสำรวจสอดคล้องกับผลการศึกษาของมาลี สบายยิ่ง¹⁵ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสังคมสมัยใหม่โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผลการศึกษาพบว่านักเรียนหญิงตัวอย่างหลายคนเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่ออนไลน์มากกว่า 1 คน ส่วนนักเรียนชาย ตัวอย่างชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายบางคนเคยมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หลายคนร่วมกับกลุ่มเพื่อนโดยมองเป็นเรื่องของความสนุกและทำหาย ดังคำสัมภาษณ์ "...มีอะไรกับผู้หญิงคืนวันนั้นทั้งหมด 3 คน ครับ ตอนแรกผมก่อน พอเสร็จจากผม เขาก็ออกมานั่งอ้อยเพื่อนผมอีก 2 คน เพื่อนผมคนหนึ่ง

ก็พาผู้หญิงคนนั้นเข้าห้องไป สักพักเพื่อนผมอีกคนก็ตามเข้าไป พอตอนเช้ากลับบ้านกันก็ปกติเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น ผู้หญิงคนนั้นก็ไม่ได้โกรธ เขาพูดไปหัวเราะไป เขาก็บอกว่าชอบตลกดี เราจะได้สนิทกัน..." นอกจากนี้ทางแอปพลิเคชันยังมีการกระตุ้นการใช้งานโดยมีแคมเปญ หาคู่ออนไลน์แล้วโพสต์รูปคู่ลงใน Instagram ใส่แคปชั่นแล้วติดแฮชแท็กตามคำแนะนำของแอปพลิเคชันเพื่อรับเงินรางวัล เป็นต้น¹⁴ ทั้งนี้ยังพบว่า การใช้สื่อออนไลน์เพื่อหารายได้ก็เป็นช่องทางหนึ่งที่วัยรุ่นนิยมใช้ เนื่องจากหาเงินได้ง่ายและใช้อุปกรณ์ในการลงทุนน้อยเพียงมี Smart Phone กับ Internet ก็สามารถสร้าง Content Creator เพื่อหารายได้ให้กับตนเอง โดยปัจจุบันมีวัยรุ่น สร้างเนื้อหาหลากหลายสาขา เช่น การออกกำลังกาย การทำอาหาร การสอนแต่งหน้า แต่เนื้อหาที่สร้างรายได้เป็นจำนวนมากนั้น คือ เกี่ยวกับเรื่องเพศ จากการสำรวจ พบว่า มีจำนวนผู้สนับสนุน Sex Creator โดยการเป็นสมาชิก (Subscribe) ในปี 2562 เพิ่มขึ้นร้อยละ 75 ในปี 2567 ซึ่ง Sex Creator มียอดติดตามหรือจำนวนผู้ให้การสนับสนุนมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับเนื้อหาความสนุก ตื่นเต้น และจากการสัมภาษณ์ของพบว่า การทำเนื้อหากับคู่เดิมแบบเดิม จะทำให้ตลาดของการรับชมลดลง เนื่องจากมีความซ้ำเดิม เกิดความเบื่อหน่ายของผู้สนับสนุนช่อง ด้วยวัตถุประสงค์ในการขยายตลาดของผู้ชมหรือแฟนคลับ การหาคู่ใหม่ หรือการร่วมมือกับ Sex creator รายใหม่ โดยนิยมเรียกกันในกลุ่มว่า "คอลแลบ" (Collaboration) ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนพาร์ตเนอร์หรือผู้แสดงในคลิปส่วนใหญ่มีการสร้าง Sex Content ตามคำแนะนำของผู้สนับสนุน หรือ แฟนคลับ เช่น การสร้างเนื้อหาแบบหมู่ เพื่อเป็นการกระตุ้นอารมณ์ให้กับแฟนคลับ¹⁶

จากอิทธิพลของสื่อ Social media Platform แสดงถึงสถานการณ์การใช้งานและวัตถุประสงค์ของ

วัยรุ่นในการใช้สื่อออนไลน์ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นได้ แต่สื่อสาธารณะจะมีอิทธิพลเหนือความคิดหรือการตัดสินใจของวัยรุ่นมากนักน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาเครื่องมือและวิธีการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและเป็นที่ยอมรับในชาติและนานาชาติ โดยวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อ คือ การป้องกันแบบผสมผสาน (Combination Prevention Methods) หมายถึง การผสมผสานการใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันสูง ร่วมกับการป้องกันอื่นๆ เสริมเข้าด้วยกันโดยมีความเหมาะสมกับบริบทและการยอมรับของประชากรเป้าหมายด้วย โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือ 1) มาตรการทางชีวการแพทย์ (Biomedical intervention) หมายถึง มาตรการหรือเครื่องมือที่มีผลต่อกระบวนการชีววิทยาของไวรัสที่ส่งต่อไปยังบุคคลอื่น โดยวิธีการขัดขวางเชื้อ เช่น ถุงยางอนามัย การใช้ยาต้านไวรัส ก่อน หลังการสัมผัสเชื้อ (Pre-exposure prophylaxis and Post-exposure prophylaxis) การลดความเข้มข้นของการส่งต่อเชื้อ (Decrease infectiousness) การลดพื้นที่ของร่างกายที่จะรับเชื้อ เช่น การฉีดยาป้องกัน HIV เป็นต้น 2) มาตรการทางพฤติกรรม (Behavioral Intervention) หมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประชาสัมพันธ์สื่อสารมวลชน (mass media) เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเพิ่มพฤติกรรมเชิงป้องกันมากขึ้น และ 3) มาตรการเชิงโครงสร้าง

(Structural intervention or approach) หมายถึง ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ชุมชน สภาพแวดล้อมและนโยบาย ที่มีผลโดยตรงต่อบุคคลในการขัดขวาง หรือเอื้อให้บุคคลเข้าถึงการป้องกัน หรือสัมผัสการติดเชื้อ⁷

จากสถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นับว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และภาวะเศรษฐกิจ ทั้งนอกระบบการอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดมาตรการที่สำคัญเพื่อยุติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายในปี 2573 สำหรับประเทศไทยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบาย มาตรการ แนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับมาตรการขององค์การอนามัยโลก คือ การยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย โดยเฉพาะการแพร่ระบาดในกลุ่มของวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี โดยมีมาตรการและแนวทางการปฏิบัติประกอบด้วย 4 มาตรการ ได้แก่⁷

1) มาตรการเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรเป้าหมาย เช่น กิจกรรมการส่งเสริมความรู้และเพิ่มการเข้าถึงถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้แนะนำวิธีการป้องกันการติดเชื้อของวัยรุ่นไว้ว่า “สอง ใส แชบ”¹⁷ สอง คือ การสองดู ฉีน แผล ตุ่มหนอง หรือรอยโรคต่างๆ ของร่างกายตนเอง และคู่นอนก่อนมีกิจกรรมทุกครั้ง ใส คือ การใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับทุกคน ทุกช่องทาง แชบ คือ รักอย่างปลอดภัย โดยมั่นใจตัวเองและคู่นอนว่าไม่มีการติดเชื้อและควรตรวจคัดกรองหาเชื้ออย่างสม่ำเสมอ เพิ่มกิจกรรมการคัดกรองเชิงรุกใน

กลุ่มพนักงานบริการสถานบันเทิง หรือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น ถุงยางอนามัย แตกร้าว หลุด ขณะมีกิจกรรมทางเพศ มีประวัติคู่นอนเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วงเวลาเดียวกัน หรือ ใช้สุราและยาเสพติดร่วมขณะมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้มีผลการศึกษาว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบภายนอก มีโอกาสติดโรค เช่น ซิฟิลิส ฝิดาซวานรหนองในได้เช่นกัน¹⁷ ซึ่งกิจกรรมการป้องกันดังกล่าว กลุ่มวัยรุ่นสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนจึงจะสามารถตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ซึ่งสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดระดับความรอบรู้สุขภาพของ นัทบีม Nutbeam⁸ ได้กล่าวว่า ความรอบรู้สุขภาพ คือ ความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคมส่วนบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ วิเคราะห์และตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยแบ่งระดับความรอบรู้สุขภาพไว้ ดังนี้ คือ ระดับพื้นฐานเป็นความสามารถในการอ่านและเขียน เพื่อเข้าถึง เข้าใจสาระสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์เป็นความสามารถในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และระดับขั้นวิจารณ์ญาณ เป็นความสามารถในการประเมินข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่เพื่อให้สามารถตัดสินใจปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาสุขภาพให้ดี คงที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้มีการศึกษาถึงความรอบรู้สุขภาพทางเพศในกลุ่มนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายแห่งหนึ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพทางเพศโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับความสามารถกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับขั้นพื้นฐานในระดับมารองลงมา คือ ระดับความสามารถปฏิสัมพันธ์อยู่ใน

ระดับปานกลาง และ ระดับขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง¹⁸ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุณารี หอมจันทร์ มลินี สมภพเจริญ และ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์¹⁹ พบว่า นักเรียนส่วนมากมีพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนอยู่ในระดับต่ำมาก แสดงว่ากลุ่มนักเรียนวัยรุ่นควรได้รับการฝึกทักษะด้านความรอบรู้สุขภาพทางเพศเพื่อให้สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2) มาตรการพัฒนาด้านระบบบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีคุณภาพเป็นมิตรอย่างทั่วถึงเท่าเทียม โดยมีแนวปฏิบัติการขยายระบบบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบ One Stop Service เพื่อความรวดเร็วในการรักษาและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมถึงการบริการที่เป็นมิตร ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งการเลือกปฏิบัติหรือการตีตรามีผลต่อความต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษาของผู้ติดเชื้อดังกล่าว การศึกษาของวันเพ็ญ ธารณบุญชัย พัทธมน เจริญนาวิ²⁰ ที่พบว่าอุปสรรคของการยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) คือปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความกังวลจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการมากถึง ร้อยละ 50.66 และมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อว่า ขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ร้อยละ 83.39 ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพโดยให้รอนานและจัดเป็นคิวลำดับสุดท้ายของการรักษา และได้รับความรู้สึกถึงการถูกตีตราว่าเมื่อรับบริการเสร็จแล้วให้นำชุดโรงพยาบาลไปทิ้งถึงในจุดของผู้ติดเชื้อ ซึ่งแสดงออกถึงการแบ่งแยก และประเด็นนี้ทำให้ ผู้ติดเชื้อตัดสินใจไม่ไปรับบริการถึง

วารสารกองการพยาบาล

ร้อยละ 34.86 เนื่องจากรู้สึกผิดและอายที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นควรมีการพัฒนากระบวนการที่เป็นมิตรต่อผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิดเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย

3) มาตรการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน แนวปฏิบัติ เช่น กลไกการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับจังหวัด ส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ การใช้เทคโนโลยีและการสื่อสาร ให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบถึงข้อมูลที่ทันสมัยตลอดเวลา ดังเช่น ผลการศึกษาของ นุชนารถ แก้วดำเกิง ธนวงศ์ บัวซ้อน²¹ พบว่า เจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำการป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับชุมชน มีความพึงพอใจและได้รับความรู้จากการพัฒนาการเรียนรู้หรือเลิร์นนิ่ง เรื่อง เอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 14 ชุดความรู้ เพื่อเข้าถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองในรูปแบบออนไลน์ ทั้งนี้ยังมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อผลการยุติปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี 2573 ต่อไป

4) มาตรการสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและการติดตามประเมินผล เช่น การผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อ HIV และสนับสนุนถุงยางอนามัยฟรีจากแอปพลิเคชันเป๋าตัง ผ่านทางเมนูกระเป๋าสุขภาพ เพื่อเอื้อให้กลุ่มเป้าหมายการเข้ารับบริการด้านการ

ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย และทั่วถึง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการคัดกรองตนเองเป็นประจำจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีผลในการป้องกันการติดเชื้อ²² ทั้งนี้วิธีการตรวจคัดกรองสามารถทำการตรวจได้ด้วยตนเอง โดยวิธี HIV Self – Screening Test วิธีนี้เป็นวิธีที่สะดวกรวดเร็ว โดยการแปลผลมี 3 แบบ คือ (1) Reactive หรือมีปฏิกิริยา (พบเชื้อ HIV) ให้เข้ารับการตรวจยืนยันจากสถานพยาบาลที่สามารถยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อได้ และเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรคที่ดี (2) Non-reactive หรือไม่มีปฏิกิริยา (ไม่พบเชื้อ) ถ้าอยู่ในระยะ 90 วันหลังจากมีความเสี่ยง (window period) ให้เข้ารับการตรวจยืนยันจากสถานพยาบาลที่สามารถยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อได้ ถ้ามีความเสี่ยงมากกว่า 90 วัน และมีเพศสัมพันธ์ โดยมีการป้องกัน เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การรับประทานยาเพร็พ (PreP) ยาเป๊ป (PEP) ให้มีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัส HIV อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ทั้งนี้ยาเพร็พ (PrEP หรือ Pre-Exposure Prophylaxis) เป็นยาด้านไวรัสที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ โดยรับประทานก่อนที่จะมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ HIV ส่วนยาเป๊ป (PEP หรือ Post- Exposure) ที่ใช้เป็นยาด้านไวรัสฉุกเฉินหลังจากที่เกิดความเสี่ยง ทั้งนี้การรับประทานยาเพร็พ (PreP) ยาเป๊ป (PEP) ไม่สามารถป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นได้ นอกจากการป้องกันการติดเชื้อไวรัส HIV เท่านั้น และ (3) Invalid result หรือ ไม่สามารถแปลผลได้ ให้ทำการทดสอบด้วยชุดตรวจใหม่ ติดต่อยุ่ชายหรือบริษัทผู้นำเข้า หรือให้เข้ารับการตรวจยืนยันจากสถานพยาบาลที่สามารถตรวจยืนยันวินิจฉัยได้³

วารสารกองการพยาบาล

นอกจากป้องกันในระดับบุคคลแล้วการดำเนินงานป้องกันแบบภาคีเครือข่ายก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะความต่อเนื่องของกิจกรรม เพื่อให้การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องควรต้องมีการติดตามผลการดำเนินงานหรือการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน เช่น กิจกรรมโครงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยสภาเด็กและเยาวชน ตำบลดอนทราย จังหวัดปัตตานี โดยวิธีการนำบทบาทของสภาเด็กและเยาวชนมาขับเคลื่อนในการดำเนินการดูแลปัญหาต่างๆ ของวัยรุ่นในชุมชน และมีการมอบรางวัลต้นแบบให้กับแกนนำที่มีผลการดำเนินดีเยี่ยมเพื่อเป็นกากระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน²³

สรุป

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นับว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่าอัตราการป่วยรายใหม่ด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15 -24 ปี สาเหตุหลัก คือ การที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่มากพอในการดูแลตนเอง รวมถึงมีค่านิยมในการแสดงความรักโดยการ มีเพศสัมพันธ์หรือ อิทธิพลทางเศรษฐกิจ และสื่อ social media ที่จะกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดดังกล่าว กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบาย

ยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย เพื่อไม่ให้ เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปี พ.ศ.2573 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในภาคส่วนต่างๆ โดยกำหนดมาตรการในการสนับสนุนการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการคัดกรองโรคเชิงรุกในกลุ่ม Sex Worker ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมด้านความรู้และทักษะด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น ยังพบว่า มีระดับความรู้และทักษะอยู่ในระดับต่ำ เห็นควรว่า ครอบครัหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาคลินิกวัยรุ่นให้มีความครอบคลุมกับความต้องการในการปรึกษาวันรุ่นที่มีปัญหาอย่างเท่าเทียมและเป็นมิตร ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค ทั้งนี้เพื่อความสำเร็จในการยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตรายภายในปี 2573 ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนการจัดโครงการสร้างเสริมความรู้สุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน
2. สนับสนุนให้สถานศึกษาเพิ่มบทเรียนด้านเพศวิถีศึกษาและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้กระบวนการเรียนที่หลากหลายเหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียน

References

1. World Health Organization. Sexually Transmitted Diseases [Internet]. 2023 May 6 (cited 2024 May 20). Available from <https://thestandard.co/alarmed-std-era-dating-apps/>
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report of Division of AIDS and STIs 2022. Bangkok: Aksorn Graphic and design; 2022. Thai.
3. Bangrak STIs Center. Sexually Transmitted Infections Screening Guideline in Thai. Bangkok: Bangrak STIs Center; 2022. Thai.
4. Chaiyanan Muanphetch. Effects of Social Media on Sexual Behaviors Among Thai Adolescents. Innovation and Technology 14th; 2022 July 7-8; Nakhon pathom in Thailand; 2022; 3001-3009
5. ThaiHealth Promotion Foundation. Safe sexual health just by using condoms every time [Internet]. 2023 Nov 7 (cited 2024 May 15). Available from <https://www.thaihealth.or.th/>
6. Bureau of Reproductive health, Department of Health, Ministry of Public Health. Youth Friendly Health Service: (YFHS). Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Printing Center; 2020. Thai.
7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand National Guideline on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. Bangkok: Aksorn Graphic and design; 2022. Thai.
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 2000;67 (12):2072-2078
9. ThaiHealth Promotion Foundation. Prep – Pep [Internet]. 2018 June 26 (cited 2024 May 20). Available from <https://www.thaihealth.or.th/E0%B9%80%E0%B8%9B%E0%B9%8A%E0%B8%9B>
10. Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. Sexually Transmitted Diseases [Internet]. 2019 Oct 8 (cited 2024 May 10). Available from <https://www.pidst.or.th/A732.htm> Thai.
11. Jutawdee Kamonpprnmongkon. Sexual Wellbeing Prom/Risk Female Adolescent. (Dissertation). Chonburi: Burapha University; 2020. Thai.
12. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's essential of pediatric nursing. 10th ed. ELSEVIER; 2017.
13. Simon Kemp. DIGITAL 2023: GLOBAL OVERVIEW REPORT [Internet]. 2023 Jan 26 (cited 2024 June 20). Available from <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report>
14. Omi dating survey. [Internet]. 2021 Feb 23 [cited 2024 Aug 15]; Available from <https://www.sanook.com/men/71605/> Thai.
15. Malee Sabaiying. Sexual Risk Behavior among High School Student in Modern Society. ASJ. 2020;30(3): 121-127.

16. Poohchiss Kuanpiputkul. Sex Creator Emerging Careers. [Internet]. 2023 May 7 [cited 2024 Aug 15]; Available from <https://ellementhailand.com/sex-content-creator-2023/>. Thai.
17. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. New and update by das Howto song sai sab. [Internet]. 2024 Apr. [cited 2024 Aug. 13]. Available from <https://datariskcom-ddc.moph.go.th/> Thai.
18. Eakkawee Homkhajorn. Factors associated with sexual health literacy of high school boy. (Dissertation). Phitsanulok: Naresuan University; 2022. Thai.
19. Sunaree Homjan, Malinee Sompopcharoen, Manirat Therawiwat. Factors related to preventive sexual of female behavior in secondary school students, Uthai Thani Province. BUUPH. 2024;19(1):29-42. Thai.
20. Wanthanee Tharnthanaboon, Patchamon Charoennavee. Stigma and Discrimination Related to HIV in the Health Services Area 10, Thailand. Thai AIDS Journal. 2023;35(1):14-32. Thai.
21. Nuchanart Kaeodumkoeng, Thanawong Buason. Development Of E- Learning On HIV/AIDS For Field Staff And Peer Leaders To Access MSM/TG By Online Learning Model. Department of health Service Support Journal. 2022;18(1):5-18. Thai.
22. Nation Health Security Office (NHSO) . HIV Prevention and Treatment Coverage: Continuous Medication Prevents Transmission [Internet]. 2524 Jun 4 (cited 2024 May 15). Available from www.thecoverage.info/news/content/6810
23. Bunchira Phuchanajita. Role in prevention and resolution of social problems of the Children and Youth Council. Academic Journal of Political Science and Public Administration. 2022;3(1):34-41. Thai.
24. Parichat Supawanwiboon. The effective of the program to promote psychological factors and social support in the community on the intention to avoid risky sexual behavior of youth in Na Khun Yai Subdistrict, Na Wa District, Nakhon Phanom Province. ECH. 2024;9(2): 184-194. Thai.
25. Simon Kemp. DIGITAL 2023: GLOBAL OVERVIEW REPORT [Internet]. 2023 Jan 26 (cited 2024 June 20). Available from <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report>
26. Jeeranan Deelert. Online media sexting behavior among Thai Adolescent in Bangkok Metropolis, Bangkok. Kasem Bundit Journal. 2017;18(2): 139-154. Thai.