



วารสาร กองการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567 Vol 51 No.3 September-December 2024

ISSN 0125-7242 (print)
ISSN 2673-0316 (online)

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567 Vol. 51 No.3 September-December 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
โทรศัพท์ 0-2590-6294 โทรสาร 0-2590-6295
Website: <https://www.don.go.th/>
อีเมล: ndjournal@gmail.com

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 | ศรีสุทธิต์ศักดิ์ | 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)

รายนามผู้พิจารณาถ้อยแถลงบทความ (Peer review)

1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี	อัครวิเศษ	มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์ ดร. จงกลณี	เรืองอัมพร	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ	พุดาพิทักษ์ผล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา	จันทร์คง	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา	อินทรประสงค์	สถาบันพระบรมราชชนก
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา	กร็ทอง	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	สถาบันพระบรมราชชนก
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล	เหลืองโสมนภา	สถาบันพระบรมราชชนก
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร	โฟน ไบร์แมน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดนุตา	จามจุรี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
11. ดร.กฤษดา	แสงดี	สภาการพยาบาล
12. นางศิริมา	ลีละวงศ์	สภาการพยาบาล
13. ดร.นวรรตน์	สุทธิพงศ์	สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
14. ดร.ชลียา	วามะลุน	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
15. ดร.ยศพล	เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
16. ดร.จิราภรณ์	ศรไชย	ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
17. นางสาวไศษุทธิ์	สุวรรณเกษมวงษ์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
18. ดร. สุรีย์พร	กุ่มกะคาม	นักวิชาการอิสระ
19. นางสาวสมจิตต์	วงศ์สุวรรณศิริ	นักวิชาการอิสระ
20. ดร.ธีรพร	สถิธิ์กร	กองการพยาบาล
21. ดร.อรรธยา	อมรพรหมภักดี	กองการพยาบาล
22. ดร.ศศมน	ศรีสุทธิศักดิ์	กองการพยาบาล
23. ดร.กนกพร	แจ่มสมบุญ	กองการพยาบาล
24. ดร.พัชรี	กัลดจอมพงษ์	กองการพยาบาล
25. นางอัมราภัสร์	อรรถชัยวัฒน์	กองการพยาบาล
26. นางสาวอุไรพร	จันทร์อุ่มเฝ้า	กองการพยาบาล
27. นางสาวขวัญนา	ขวัญสถาพรกุล	กองการพยาบาล
28. ร.ต.อ.หญิง ฐิติพรรณ	วณิชโยบล	กองการพยาบาล
29. นางนันท์รัตน์	ศรีวิจิตร	กองการพยาบาล
30. นายวิธรา	โพธิ์ใส	กองการพยาบาล
31. นายภราดร	ยิ่งยวด	กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณาธิการแถลง		Chief Editorial
บทความวิจัย		
การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ วาศินี อ่อนท้วม พรทิพย์ สายสุต ปณิดา คุณสาระ ปวีนิติ กุณะแสงคำ ดวงกมล ทองคำ	1	The Development of a Clinical Supervision Model for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infection Patients Wasinee Onthum Prontip Saisud Panita Khunsara Patiwat Kunasangkhum Duangkamol Deethongkham
ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ภัททิษา ครุทางคะ ภัทรบูลย์ นาคสุสุข	16	Factors Predicting Depression among Senior High School Students in Bangkok Phatphitcha Kruthangka Patrabul Naksusuk
การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มลิจันทร์ เกียรติสังวร สายชล พุกษ์ขจร	30	A comparison of factor affects with coping with labor pain of first-time mothers, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital Malijan Kiatsangworn Saichol Plukkajon
การเข้ารับบริการฝากครรภ์: มุมมองหญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงาน อุทัยทิพย์ ทองฉวี ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์	43	Antenatal Care Service: Perspectives of Pregnant Women and Health Workers Uthaithip Thongchawee Thippawan Boonyaporn
การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ญาณนี รตนไพศาลกิจ วิวา หายทุกข์	55	The Development of Clinical Supervision Model for Prevention of Hospital Acquired Pneumonia. Yanee Rattanaphaisankit Viva Haithuk
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก มธุรส จันทรแสงศรี เจริญสุข อัครพิพิธ	68	Factors affecting the mother's breastfeeding behavior after the birth of her first child Mathuros Jansaengsri Jarurnsook Ausavapipit
การพัฒนารูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ บุปผชาติ ขุนอินทร์ นิรมล พจน์ด้วง นรลักษณ์ เสน่หา แสงรุ่ง สุขจิระทวี เสาวลักษณ์ ไวพรรษา	79	Development of A to I Nursing Care Model for Staff nurses on Self-care agency in Breast Cancer Surgery Patients at The National Cancer Institute Bubpachat Kunin Niramom Pojdoung Norraluk Sanaeha Sangrung Sukjiratawee Saowaluck Waiphanta
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก กัญณภัทร สนสกุล วลัยนารี พรมลา	92	Effect of Health Promotion Program with LINE Application on Self-Management Behavior of Epilepsy Patients Kannaphat Sonsakul Walainaree Pommala

สารบัญ		Content
ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนของครอบครัว และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย ต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วลัยนารี พอมมา ปิสันต์ ประชาชู	102	The relationship between family support and caregivers' attitudes about physical activity on physical activity in the elderly with dementia. Walainaree Pommala Pisan Pachachoo
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน จงลักษณ์ โกมุทศิริกุล ทิพนันท์ บุรณะกิติ	111	Effects of a Support and Education Program on Self-care Behaviors among Heart Failure Patients at Lamphun Hospital Jongluck Komutsirikun Tipanan Buranakiti
ผลของรูปแบบการเตรียมพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อสมรรถนะการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล และความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อม ศุภวรรณ ป้อมจันทร์ อรญา ศรีนารอด ณชพัฒน์ จินหลักร้อย	126	Effects of preparation for nursing practice model for elderly people in the community using simulation-based learning on comprehensive geriatric assessment competency of nursing student and satisfaction with the preparation. Supawan Pomchan Oraya Srinarod Nachaphat Jeenlakroy
การพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู้องค์กรสมรรถนะสูง วรลักษณ์ ช้องวงษ์ สุกัญญา พินหอม พิรลักษ์ณ์ ลาภหลาย	139	Development of a Nursing Care Service for Neonatal Intensive Care Unit to High-Performance Organization Woraluck Kongwong Sukanya Pinhom Piraluk Laplai
ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย” (NEST) จังหวัดอุบลราชธานี ลักขณา ขอบเสียง นภัทร บุญเทียม จงลักษณ์ ทวีแก้ว เรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์ ทัศนัย พลไชย	157	The Effects of Utilizing the Caregiving Model for The Elderly, Where Elderly Individuals Serve as Caregivers, Through The Participation of The Community and Network Partners “NEST” (Network for Elder Support) in Ubon Ratchathani Province. Lakhana Chopsiang Napat Boontiam Chonglak Taveekaew Ruangrit Thoraphan Tattapon Palachai
การพัฒนาบทเรียนออนไลน์การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ อัญชลี จันทาโก มินกัญจน์ แจ่มพงษ์	169	Developing Online Lessons on Nursing Care for Pregnant Women Anchalee Jantapo Meenakan Jampong
การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี อรุณญา น้อยสุข วณิชชา เรืองศรี ปองหทัย พุ่มระย้า วิธรงค์ สุทธิกุล จันทรรักษ์ เพชรมณี สุรีย์พร กุมภาคม	181	Nursing System Development for Caring the Elderly Patients Nopparat Rajathanee Hospital Arunya Noysook Wanitcha Rounsri Ponghatai Pumraya Withirong Sutthigoon Jannapa Petchmunee Sureeporn Khumpakam

สารบัญ		Content
การพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล สุภาภรณ์ นากกลาง	198	Development of professional nursing roles according to guidelines for preventing pressure ulcers among dependent elderly people with Tele- nursing Supaporn Naklang
การพัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดย ไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาล มหาสารคาม ราตรี จันทะจิต อนุชา ไทยวงษ์ อัศรา กันยามาศ สุชัยญญา เดชศิริ มลฤดี แสนจันทร์	218	Development of Prevention Guidelines for Unplanned Extubations, Surgical Intensive Care Unit, Mahasarakham Hospital Ratree Jantajit Anucha Taiwong Akkara Kanyamat Suchanya Dejsiri Monrudee Saenchan
วิธีการจัดการความเครียดต่อการลดความเครียดและความ วิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก: การทบทวนวรรณกรรมอย่าง เป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ กนิษฐา แก้วดู ฟ้าใส เรืองสารกุล	231	Stress Management Methods for Reducing Stress and Anxiety in First-Time Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis Kanittha Kaewdoo Fasai Rueangsarakul
บทความวิชาการ		
การบริการการแพทย์ทางไกล : ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน พรพรรณ โพธิ์ไชยา ณัฐวิโรจน์ ชูดำ	246	Telehealth: An alternative for Elderly health care in community Pronpan Pothichaiya Natthawirotn Choodum

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปีพุทธศักราช 2567 อันเป็นฉบับสุดท้ายของปีนี้ ซึ่งได้รับความสนใจจากสมาชิก นำบทความวิชาการและบทความวิจัย ส่งเข้ามาตีพิมพ์ อย่างล้นหลาม โดยมีบางเรื่อง ที่สามารถรอคิวลง ได้รับการจองสำหรับลงในปีหน้าได้นั้น จึงต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย ปีนี้ ทีมงาน ทำงานกันด้วยความละเอียดรอบคอบ และทุ่มเท เป็นอย่างมาก หวังว่า สมาชิกจะติดตามผลงานของเราในฉบับต่อไปอย่างนี้เช่นเคย

วารสารกองการพยาบาลมีการปรับปรุงคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง เป็นวารสารที่เผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิจัย และ บทความวิชาการทันทีที่บทความแต่ละเรื่องดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนของวารสารเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรอรวมเล่ม และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็น Peer review ให้มีความหลากหลายทางด้านวิชาการ และเป็นการตรวจสอบและคัดสรรบทความและงานวิจัยที่มีคุณภาพมีมาตรฐานเหมาะสมต่อการเผยแพร่

บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ สหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประชาชนทั่วไปและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรมและบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและแหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

เนื้อหาของวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ ประกอบด้วยบทความวิจัยที่น่าสนใจ จำนวน 18 เรื่อง บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆ ที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาลและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งงานวิจัยหรือบทความวิชาการมาเผยแพร่กันอย่างต่อเนื่อง

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2567

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ

วาสิณี อ่อนท้วม*	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ปณิดา คุณสาระ**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ดวงกมล ทองคำ**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
พรทิพย์ สายสุด**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปฎิวัติ ฤณะแสงคำ***	พย.บ. (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

(รับ: 16 กรกฎาคม 2567, แก้ไข: 29 กรกฎาคม 2567, ตอรับ: 23 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ 18 คน ผู้รับการนิเทศ คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี 191 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ 604 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 302 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิก (KR-20 = 0.86) ด้านการพยาบาลป้องกัน CAUTI (KR-20 = 0.88) แบบบันทึกการปฏิบัติของผู้รับการนิเทศ (intrateer reliability = 1) แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล (CVI = 0.84) และแบบประเมินความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อต่อรูปแบบ (CVI = 0.86)

ผลการวิจัย รูปแบบการนิเทศทางคลินิก มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายการนิเทศทางคลินิกเฉพาะโรค 2) บทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อ 3) ความรู้ของผู้ติดเชื้อด้านการนิเทศ 4) คู่มือการนิเทศฯ 5) แผนการนิเทศตาม CAUTI Bundle และ 6) กิจกรรมการนิเทศที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ (1) ด้านผู้ป่วย ก่อนการใช้รูปแบบพบผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI 82 ราย (ร้อยละ 27.2) หลังการใช้ พบ 12 ราย (ร้อยละ 4) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (2) ด้านผู้ติดเชื้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการนิเทศ และด้านการป้องกัน CAUTI ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความคิดเห็นต่อรูปแบบ มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับดี ($\bar{x} = 4.22$, $SD = 0.43$) (3) ด้านผู้รับการนิเทศ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน CAUTI ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้รับการนิเทศปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน CAUTI ครบถ้วนในกิจกรรมสำคัญ เช่น การจัดการการใส่สายสวนตามข้อบ่งชี้ การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสายสวน การใช้เทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) และการดูแลระบบปิดของสายสวน

คำสำคัญ: รูปแบบการนิเทศทางคลินิก, การป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน

Email: Wasinee.o@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลิดสิน

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเลิดสิน

The Development of a Clinical Supervision Model for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infection Patients

Wasinee Onthum*	M.N.S. (Nursing Management)
Panita Khunsara**	M.N.S. (Adult Nursing)
Duangkamol Deethongkham**	M.N.S. (Adult Nursing)
Prontip Saisud**	M.N.S. (Adult Nursing)
Patiwat Kunasangkhum***	B.N.S. (Bachelor of Nursing)

(Received: July 16, 2024, Revised: July 29, 2024, Accepted: November 23, 2024)

Abstract

This research and development approach to create and evaluate a clinical supervision model aimed at reducing catheter-associated urinary tract infections (CAUTI). Participants were categorized into three groups: 1) Supervisors (18 head nurses), 2) Supervisees (191 professional nurses), and 3) Patients (604 patients with urinary catheters, purposively divided into two groups of 302). The study utilized various tools, including a knowledge test on clinical supervision (KR-20 = 0.86) and CAUTI prevention (KR-20 = 0.88), compliance records (interrater reliability = 1), nursing outcome records (CVI = 0.84), and supervisor feedback forms (CVI = 0.86).

Result: The results were shown as following. 1. The model consisted of six components: 1) Disease-specific clinical supervision policies, 2) Clearly defined roles of clinical supervisors, 3) Supervisor knowledge on supervision and CAUTI prevention, 4) A supervision manual, 5) A CAUTI Bundle-based supervision plan, and 6) Context-specific supervision activities. 2. The outcomes were as follows: 1) Patient Outcomes: The CAUTI incidence decreased from 27.2% (82 patients) to 4% (12 patients) ($p < .001$). 2) Supervisor Outcomes: Knowledge scores on clinical supervision increased from 21.28 to 24.28 ($p < .05$), and CAUTI prevention knowledge scores rose from 19.33 to 25.39 ($p < .05$). Satisfaction with the model was rated highly ($\bar{x} = 4.22$, $SD = 0.43$). 3) Supervisee Outcomes: CAUTI prevention knowledge scores improved from 15.94 to 23.25 ($p < .05$). Supervisees followed key nursing protocols, including correct catheter caring, hand hygiene, aseptic techniques, and closed systems maintaining.

Keyword: Clinical Supervision Model, Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs)

* Registered Nurse Deputy Director of Nursing, Lerdsin Hospital Email: Wasinee.o@hotmail.com

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Lerdsin Hospital

*** Registered Nurse, Professional Level, Lerdsin Hospital

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Healthcare-associated infections: HAIs) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก โดยเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น และโอกาสเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากหลายประเทศระบุว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลคิดเป็น ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด¹ ในสหรัฐอเมริกา และยุโรป พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ที่ 13 - 20.3 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล² และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 99,000 รายต่อปี³ สำหรับประเทศไทย การศึกษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล 20 แห่ง พบว่าการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างคิดเป็นร้อยละ 36.1 และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 25.55 ซึ่งการติดเชื้อเหล่านี้จัดอยู่ในตำแหน่งสำคัญจาก 13 ตำแหน่งที่เฝ้าระวัง^{4,5} แม้ว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด แต่การปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสามารถช่วยลดความเสี่ยงได้ จากข้อมูลพบว่าอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 11.83-44.81⁶ โดยการติดเชื้อที่สำคัญมักเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI) การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI)⁷ ในจำนวนนี้ การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) คิดเป็นร้อยละ 12-16 ของการติดเชื้อทั้งหมด⁸⁻⁹ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI) เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้¹⁰ ความเสี่ยงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ใส่สายสวนปัสสาวะ โดยทุกๆ 1 วันที่ใส่สายสวน ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 และหลังจากใส่สายสวนครบ 10 วัน พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 มีเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ¹¹ อุบัติการณ์ของ CAUTI ในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 3.5-13.8 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใส่สายสวน และในแต่ละปี¹² มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อชนิดนี้มากกว่า 13,000 ราย นอกจากนี้ การติดเชื้อยังมีโอกาสเกิดซ้ำ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีก โดยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ การติดเชื้อในกระแสเลือด และการเกิดโรคไตเรื้อรังในระยะยาว¹³ ข้อมูลเหล่านี้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สายสวนปัสสาวะอย่างเหมาะสมเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลเลิดสินมีขนาด 613 เตียง และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ (COE) ด้านโรคกระดูกและข้อ อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ครั้งที่ 5 และผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาล NQA ในระดับ NQA Class เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2566 อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินจากหน่วยงานภายนอกชี้ให้เห็นปัญหาที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ซึ่งเกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนด (< 3 ครั้ง

ต่อ 1,000 วันใส่สายสวน) ข้อมูลอัตราการติดเชื้อ CAUTI ระหว่างปี 2564-2566 เท่ากับ 3.02, 4.84 และ 4.78 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวน ตามลำดับ อัตราผู้ป่วย Sepsis CAUTI และการเสียชีวิตในผู้ป่วย Sepsis CAUTI ค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.57, 4.49 และ 5.56 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis CAUTI เฉลี่ยร้อยละ 9.09¹⁴ จากการศึกษาและติดตามผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ CAUTI โดยการตาม รอยระบบการดูแลและระบบการพยาบาล พบว่า 1) ความรู้ของพยาบาลไม่เพียงพอ พยาบาลบางส่วน ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกัน CAUTI 2) แนวทางนิเทศที่ไม่ชัดเจน หัวหน้าหอผู้ป่วยขาดแนวทางนิเทศเฉพาะโรคที่เป็น ระบบเดียวกัน และมักกำหนดรูปแบบการนิเทศตาม ความเข้าใจและประสบการณ์ส่วนตัว 3) บทบาทการ เป็นผู้นำพยาบาลไม่เพียงพอ หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่ได้ แสดงบทบาทในการนำทีมพยาบาลเพื่อป้องกันการ ติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) การนิเทศไม่เป็น ทิศทางเดียวกัน ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่ เป็นไปตามเป้าหมาย จึงควรมีการพัฒนาแบบ การนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อเพิ่มความรู้และศักยภาพของพยาบาล รวมถึง ยกระดับบทบาทผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการ ป้องกันการติดเชื้อ CAUTI อย่างมีประสิทธิภาพ

การนิเทศทางคลินิกมีบทบาทสำคัญในการ เชื่อมโยงกับระบบการรับรองคุณภาพบริการพยาบาล เพราะเป็นกลไกที่ช่วยพัฒนาทักษะ ความรู้ และ ความสามารถของพยาบาล พร้อมทั้งรักษามาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพ¹⁵ ส่งผลให้บริการพยาบาลมี คุณภาพและมาตรฐาน โดยยังช่วยสร้างสภาพแวดล้อม การทำงานที่ดีเพื่อสนับสนุนผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ¹⁶ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่นิยม ได้แก่ รูปแบบ ของฟร็อคเตอร์¹⁷ ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้นิเทศและพยาบาล ช่วยพัฒนาความรู้และสมรรถนะ ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

ในการปฏิบัติงานทางคลินิก โดยมีการนำไปใช้ใน หลากหลายบริบท เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาใน แผนกศัลยกรรมประสาท พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วย มีความรู้เพิ่มขึ้น และพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะที่ สูงขึ้น¹⁸ การนิเทศการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดชนิดรุนแรง ช่วยเพิ่มความรู้ของหัวหน้า หอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งปรับปรุง ผลลัพธ์ทางการดูแล เช่น การไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น ภายใน 6 ชั่วโมง¹⁹⁻²⁰ ซึ่งแม้ว่ารูปแบบของฟร็อคเตอร์ จะถูกใช้อย่างแพร่หลายและส่งผลดีต่อการพัฒนา คุณภาพการพยาบาลในหลายบริบท แต่ยังไม่มีการ ศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ในการนิเทศทาง คลินิกเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI) ซึ่งเป็น ช่องว่างสำคัญที่สามารถพัฒนาได้

ในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้วิจัยมี หน้าที่ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนา ระบบเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จากสายสวนปัสสาวะ (CAUTI) เพื่อให้บริการเป็นไป ตามมาตรฐานและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ โดยมี แนวทางการพัฒนาในการออกแบบระบบการนิเทศ ทางคลินิกการพยาบาลที่ชัดเจนและเหมาะสม เพื่อให้ พยาบาลมีความรู้ทักษะ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้อง ใช้แนวคิดการ พัฒนาคุณภาพบริการของโดนาบีเดียน²¹ และแนวคิด การนิเทศทางคลินิกของฟร็อคเตอร์¹⁷ เป็นกรอบในการ พัฒนารูปแบบการนิเทศ โดยเน้นสร้างความเข้าใจและ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ กระบวนการนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไป ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การป้องกันการติดเชื้อ CAUTI มีประสิทธิภาพ มากขึ้น ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ CAUTI

ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ลดค่าใช้จ่ายและต้นทุนที่ไม่จำเป็นของโรงพยาบาล ส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย การพัฒนารูปแบบการนิเทศนี้จึงเป็นก้าวสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ทั้งต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล

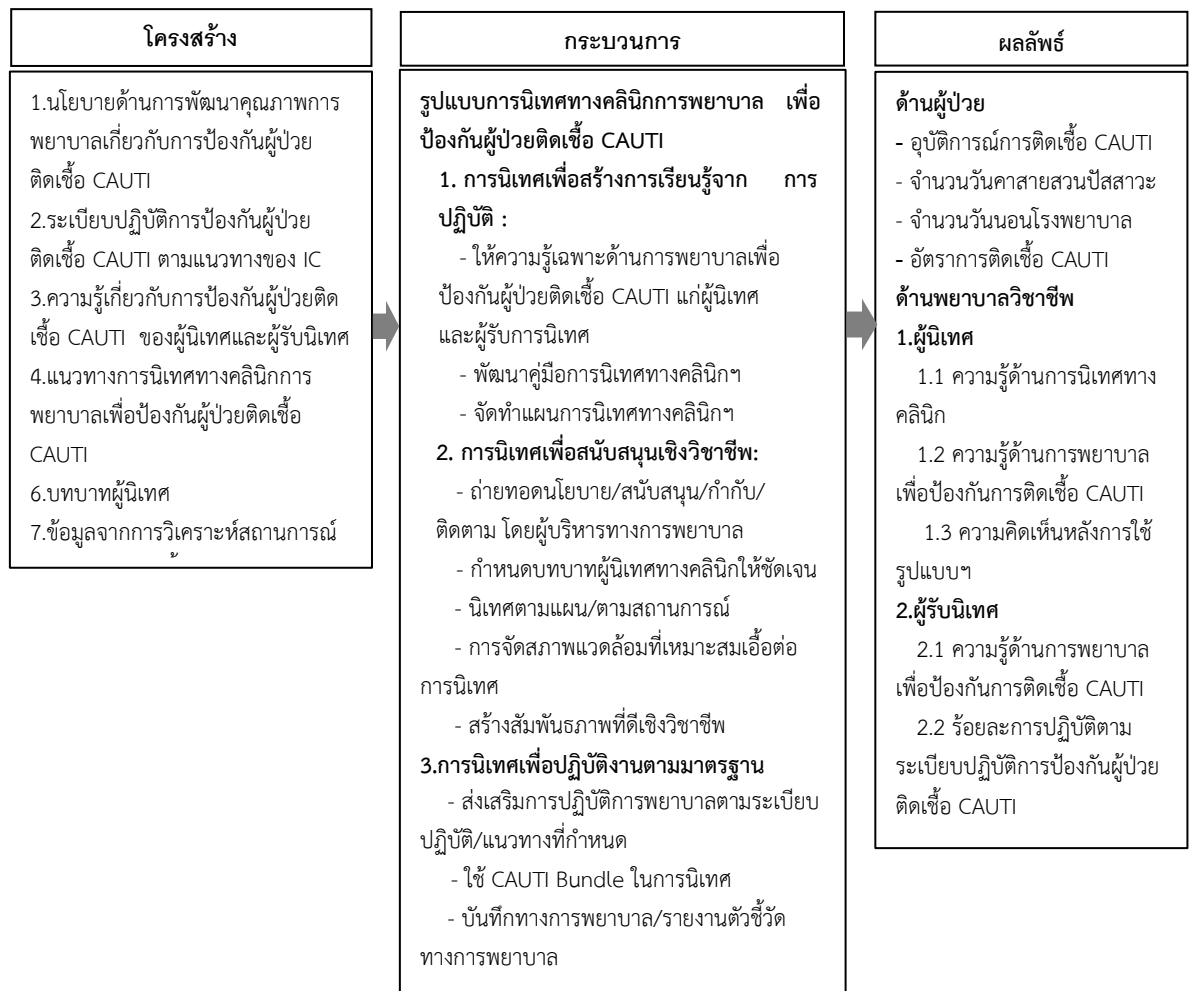
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกฯ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียน²¹ และแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของฟร็อคเตอร์¹⁷ โดยมีกรอบแนวคิดดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลิดสิน 2) กลุ่มผู้รับการนิเทศ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน

กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน 18 คน 2) กลุ่มผู้รับการนิเทศ คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน 191 คน และ 3) ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเลิดสินที่ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะระยะเวลา 2 วันขึ้นไปและไม่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ Krejcie & Morgan²² ที่ระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 604 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 302 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งได้ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ใบรับรองที่ LH661043 ออกให้วันที่ 2 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจในการตอบคำถามหรือให้ข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและการประชุมกลุ่ม จะไม่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงาน การรายงาน

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับปัญหาการพยาบาลฯ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การพยาบาล การนิเทศทางคลินิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และประเด็นอื่นๆ 2) แบบทดสอบความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิก 30 ข้อ ข้อละ 4 ตัวเลือก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 3) แบบทดสอบความรู้การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI สำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้รับการนิเทศ 30 ข้อ ข้อละ 4 ตัวเลือก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 4) แบบบันทึกการปฏิบัติของผู้รับการนิเทศ ตามระเบียบปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI 5) แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ 6) แบบประเมินความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อต่อการใช้รูปแบบการนิเทศฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 2 ท่าน หัวหน้าพยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICN) 2 ท่าน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิก และแบบทดสอบความรู้การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ ส่วนแบบบันทึกการปฏิบัติของผู้รับการนิเทศฯ ได้ค่าความสอดคล้องภายในค่า interrater reliability เท่ากับ 1 และแบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลฯ และแบบประเมินความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อต่อการใช้

รูปแบบการนิเทศฯ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

มี 5 ขั้นตอน ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการและค้นหาปัญหาการนิเทศทางคลินิก ดำเนินการ ดังนี้

1.1 สทนากลุ่มกับผู้นิเทศ 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน โดยใช้คำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคในการพยาบาลและการนิเทศทางคลินิก และถามข้อเสนอแนะในการพัฒนา ผู้วิจัยและคณะรวบรวมข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) พบประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ (1) การถ่ายทอดนโยบายและเป้าหมายด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลยังไม่ทั่วทั้งองค์กร (2) ผู้นิเทศขาดความมั่นใจในการนิเทศทางคลินิกเฉพาะโรค นอกจากนี้ยังไม่มีแนวทางการนิเทศทางคลินิกเฉพาะโรคที่เป็นแนวทางเดียวกัน และไม่แสดงบทบาทการนิเทศทางคลินิกเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของ ICN และ (3) ผู้รับการนิเทศมีความรู้และความเข้าใจไม่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาลตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดโดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

1.2 ผู้วิจัยให้ผู้นิเทศ 18 คน ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก และการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI

1.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความรู้การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ของผู้รับการนิเทศ 191 คน

1.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน 2566 ซึ่งเป็นระยะก่อนการพัฒนารูปแบบฯ 302 ราย

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

1.5 ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร งานวิจัย และสังเคราะห์องค์ความรู้ เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การนิเทศทางคลินิกของพร็อคเตอร์ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ และออกแบบร่างรูปแบบการนิเทศฯ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ตามแนวทางของพร็อคเตอร์ (Proctor Model) ดำเนินการ ดังนี้

2.1 พัฒนาการนิเทศทางคลินิก โดยผู้วิจัยจัดทำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ใช้กระบวนการนิเทศตามแนวคิดของพร็อคเตอร์ (Proctor Model)

2.2 การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ

1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้นิเทศ โดยการทบทวนความรู้เรื่องการนิเทศทางคลินิก และบรรยายความรู้โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคติดเชื้อและการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI เป็นเวลา 1 วัน โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มตามสาขาการพยาบาล ได้แก่ สาขาการพยาบาล ศัลยกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนิเทศทางคลินิกแก่ผู้นิเทศเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการประยุกต์ใช้การนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพร็อคเตอร์

2) พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก โดยการระดมสมองในการพัฒนารูปแบบฯ ได้แก่ การนำเสนอแผนการนิเทศของแต่ละสาขาการพยาบาล ร่วมกับการทบทวนปรับปรุงรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ทีมผู้วิจัยยกกว้างไว้ เพื่อนำมาใช้ในการนิเทศได้จริง

3) จัดทำแผนการนิเทศทางคลินิก โดยการวางแผนร่วมกับผู้นิเทศ

2.3 การนิเทศเพื่อสนับสนุนเชิงวิชาชีพ มีการถ่ายทอดนโยบาย สนับสนุน กำกับติดตาม โดยผู้บริหารทางการพยาบาล มีการกำหนดบทบาทผู้นิเทศทางคลินิก นิเทศตามแผนการนิเทศ หรือตามสถานการณ์ มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อต่อการนิเทศ และมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเชิงวิชาชีพ

2.4 การนิเทศเพื่อปฏิบัติงานตามมาตรฐาน โดยการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามระเบียบปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI และการใช้ CAUTI Bundle และมีการบันทึกทางการพยาบาล พร้อมทั้งรายงานตัวชี้วัดทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ และเครื่องมือการนิเทศฯ ไปทดลองใช้เป็นเวลา 2 สัปดาห์ในหอผู้ป่วย 4 หอกับหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 4 คนและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ตามขั้นตอนโดย 1) เตรียมความพร้อมของผู้ทดลองใช้รูปแบบฯ โดยผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการใช้รูปแบบฯ เตรียมความพร้อมผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ โดยการจัดประชุมกลุ่ม ทบทวนความรู้เพิ่มเติม ผู้วิจัยสอนแนะนำรายกลุ่ม และรายบุคคล เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการนิเทศทางคลินิกตามคู่มือการนิเทศฯ ที่สร้างใหม่ ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมายการนิเทศ แนวทางการนิเทศ แผนการนิเทศ เทคนิคการนิเทศ และประเมินผลการนิเทศทางคลินิก และแนะนำวิธีการนิเทศตามคู่มือที่สร้างขึ้น และ 2) นำรูปแบบการนิเทศฯ ไปทดลองใช้โดยให้ผู้นิเทศทางคลินิกปฏิบัติตามแผนการนิเทศและคู่มือที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบฯ

ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตาม CAUTI bundle และมีการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่สะท้อนการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI และไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการโดย

1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI และแนวทางตาม CAUTI bundle เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจตามมาตรฐานในรูปแบบ Onsite และ Online แก่พยาบาลวิชาชีพ

2) ปรับเพิ่มแนวทางการนิเทศเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลตาม CAUTI bundle และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำก่อนนำมาใช้

ขั้นตอนที่ 5 การใช้และประเมินผลผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ

5.1 นำรูปแบบฯ ที่ปรับปรุงให้ผู้นิเทศดำเนินการใช้ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น อย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์โดยทีมผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้นิเทศ

5.2 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อุบัติการณ์การติดเชื้อ CAUTI 2) ด้านผู้นิเทศ ได้แก่ ความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกและการพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI และความคิดเห็นในการใช้รูปแบบฯ และ 3) ด้านผู้รับนิเทศ ได้แก่ ความรู้ด้านการพยาบาลและการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI เปรียบเทียบก่อนหลังการใช้รูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล อุบัติการณ์การติดเชื้อ ความคิดเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการใช้

รูปแบบการนิเทศฯ การปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน
วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการ นิเทศทางคลินิก การพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI และ ความรู้ด้านการพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและ หลังการพัฒนาด้วย ใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับ

ผลการศึกษา

นัยสำคัญทางสถิติ 0.5
ผลการศึกษานำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้
1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่ สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะโรงพยาบาลเลิดสิน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายการนิเทศ ทางคลินิกเฉพาะโรค 2) บทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศ

3) ความรู้ของผู้นิเทศด้านการนิเทศและเรื่องที่จะนิเทศ ทางคลินิก 4) คู่มือการนิเทศทางคลินิกการพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI 5) แผนการนิเทศทาง คลินิกตาม CAUTI Bundle และ 6) กิจกรรมการนิเทศ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการนิเทศทาง คลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ

2.1 ด้านผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ ได้รับการดูแลก่อนการใช้รูปแบบเกิดการติดเชื้อ CAUTI จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 27.2) หลังการใช้ รูปแบบมีการติดเชื้อ CAUTI จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 4) เมื่อเปรียบเทียบการเกิดการติดเชื้อ CAUTI ระหว่าง กลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติไคว์สแควร์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศฯ (n=604)

การติดเชื้อ CAUTI	ก่อนการใช้รูปแบบ จำนวน (ร้อยละ)	หลังการใช้รูปแบบ จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P
ไม่เกิดการติดเชื้อ CAUTI	220 (72.8)	290 (96)	255.907	.000*
เกิดการติดเชื้อ CAUTI	82 (27.2)	12 (4)		

* $p < .001$

2.2 ด้านการพัฒนาผู้นิเทศ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้นิเทศ พบว่า ผู้นิเทศ 18 คน เป็นเพศหญิง 18 คน (ร้อยละ 100) อายุระหว่าง 43-60 ปี ($\bar{x} = 46.77$) การศึกษาระดับปริญญาตรี 15 คน (ร้อยละ 83.33) มีประสบการณ์ การเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 1-12 ปี ($\bar{x} = 3.86$) เคยอบรมเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก 10 คน (ร้อยละ 55.55) เคยอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI 11 คน (ร้อยละ 61.11)

2) ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาความรู้ ของผู้นิเทศ คะแนนความรู้ในการนิเทศทางคลินิกการ พยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ มีความรู้เรื่อง การนิเทศทางคลินิก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 21.28 และ 24.28 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ของผู้นิเทศด้านการ นิเทศทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตามตารางที่ 2)

3) ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาความรู้ของผู้
นิเทศ คณะความรู้ด้านการพยาบาลเพื่อป้องกัน
ผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ก่อนและหลังการให้ความรู้ด้าน
การพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 19.33 และ 25.39 ตามลำดับ ทดสอบความ

แตกต่างทางสถิติ พบว่า คณะความรู้ด้านการพยาบาล
เพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ก่อนและหลังการให้
ความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ด้านการพัฒนาความรู้ของผู้นิเทศระหว่าง Pre-test กับ Post-test (n=18)

ผลลัพธ์ด้านผู้นิเทศ	Mean ±SD		t ^a	P-Value
	Pre-test	Post-test		
คณะความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิก การพยาบาล	21.28 ±3.14	24.28 ±1.49	-3.45	0.003*
คณะความรู้ด้านการพยาบาลเพื่อ ป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI	19.33 ±2.45	25.39 ±1.24	-8.86	<0.001*

* p<.001 a. Paired Samples t-Test

4) ผลลัพธ์ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับ
การใช้ประโยชน์รูปแบบฯ พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วย
จำนวน 18 คนที่เลือกรูปแบบมีความพึงพอใจในภาพรวม

อยู่ในระดับดี (M=4.22, SD=0.43) และความคิดเห็น
รายด้านเกี่ยวกับความปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก
ส่วนรายด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดีทุกด้าน (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ด้านความคิดเห็นหลังการเลือกรูปแบบการนิเทศทางคลินิกฯ (n=18)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	แปลผล
- ด้านความชัดเจนในการปฏิบัติ	4.33	0.49	ดี
- ด้านความครอบคลุมเนื้อหา	4.33	0.49	ดี
- ด้านความง่ายและสะดวกต่อการใช้	4.22	0.43	ดี
- ด้านความรู้ในการนิเทศทางคลินิก	4.17	0.38	ดี
- ด้านความเข้าใจในการนำไปใช้	4.22	0.43	ดี
- ด้านการสื่อสารภายในทีม	4.11	0.47	ดี
- ด้านประโยชน์ในการเรียนรู้ร่วมกัน	4.17	0.38	ดี
- ด้านความมั่นใจในการนิเทศทางคลินิกเฉพาะโรค	4.22	0.43	ดี
- ด้านความปลอดภัยต่อผู้ป่วย	4.61	0.50	ดีมาก
ภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ	4.22	0.43	ดี

2.3 ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาผู้รับการ
นิเทศ

1) ด้านการพัฒนาความรู้พยาบาล
วิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปพบว่าพยาบาลวิชาชีพ 191 คน

เป็นเพศหญิง 186 คน (ร้อยละ 97.38) มีอายุระหว่าง 22-51 ปี เฉลี่ย 29.92 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี 189 คน (ร้อยละ 98.95) มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-30 ปี เฉลี่ย 6.32 ปี เคยอบรมการพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI 88 คน (ร้อยละ 46.07) คะแนนความรู้ด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใส่รูปแบบ มี

คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.94 และหลังการใส่รูปแบบ เท่ากับ 23.25 ทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนความรู้ด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใส่รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตามตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI ของผู้รับการนิเทศ (n=191)

ผลลัพธ์ด้านผู้รับการนิเทศ	Mean $\pm$ SD		t ^a	P-Value
	Pre-test	Post-test		
คะแนนความรู้ด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI	15.94 $\pm$ 4.99	23.25 $\pm$ 1.68	-18.41	<0.001*

* p<.001 a. Paired Samples t-Test

2) ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI พบว่า หลังการใส่รูปแบบผู้รับการนิเทศมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดครบทุกคนเกี่ยวกับการจัดการทางการพยาบาล ตามข้อบ่งชี้การใส่สายสวนปัสสาวะ การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสายสวนปัสสาวะทุกครั้ง การสวนปัสสาวะตามหลัก Aseptic technique และการดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา ส่วนกิจกรรมในข้ออื่นพบการปฏิบัติไม่ครบตามแนวทางที่กำหนด (ตามตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI (n=191)

การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล	ก่อนใส่รูปแบบฯ(%)		หลังใส่รูปแบบฯ(%)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
- การจัดการทางการพยาบาลตามข้อบ่งชี้การใส่สายสวนปัสสาวะ	94.24	5.76	100	0
- การล้างมือก่อนและหลังสัมผัสสายสวนปัสสาวะทุกครั้ง	97.90	2.09	100	0
- การสวนปัสสาวะตามหลัก Aseptic technique	98.52	1.48	100	0
- การดูแลยึดตรึงสายสวนปัสสาวะให้อยู่กับที่	95.28	4.72	98.42	1.58
- การจัดการ/ดูแลถุงปัสสาวะไม่ให้สัมผัสพื้น (อยู่เหนือพื้น)	94.24	5.76	98.42	1.58

ตารางที่ 5 การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI (n=191) (ต่อ)

การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล	ก่อนใช้รูปแบบฯ(%)		หลังใช้รูปแบบฯ(%)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
- การดูแล/ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกต้อง	93.71	6.28	98.52	1.48
- การดูแลให้มีการล้างมือก่อนและหลังการเทปัสสาวะอย่างถูกต้อง	95.28	4.72	98.42	1.58
- การดูแลให้มีการเทปัสสาวะออกเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 3/4 ของถุงหรือในระยะเวลาที่กำหนด	89.00	11.00	96.85	3.15
โดยรวม	95.28	4.72	98.52	1.48

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อ CAUTI โรงพยาบาลเลิดสินทำให้เกิดการพัฒนา เรียนรู้ระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ สามารถเกิดรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในรูปแบบ Lerdsin CAUTI Bundle “ ICAT” ประกอบด้วย I (Indication) มีการประเมินความจำเป็นตามข้อบ่งชี้ ได้แก่ มีการอุดกั้นของท่อปัสสาวะ เกิดภาวะวิกฤตจำเป็นต้องบันทึกปริมาณปัสสาวะ ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดในระบบทางเดินปัสสาวะ มีแผลฝีเย็บหรือก้นกบและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือเพื่อความสะดวกสบายในผู้ป่วยระยะท้าย C (Care process) เป็นกระบวนการการดูแล ได้แก่ การล้างมือให้ครบ 6 ขั้นตอน การดูแลระบบปิดของสายปัสสาวะ การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ A (Assessment) การประเมิน ตามความจำเป็นของการใส่และถอดสายสวนเมื่อหมดข้อบ่งชี้ รวมทั้งพิจารณาวิธีการอื่นแทนการคาสายสวนปัสสาวะ T (Technique) เทคนิคหรือวิธีการสวนปัสสาวะ โดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ ตามขั้นตอนการพยาบาลรวมทั้งมีการบันทึกทางการพยาบาล และจากการพัฒนาความรู้เพื่อ

เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้นิเทศทั้งด้านการนิเทศทางคลินิกและด้านความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทางคลินิกในเรื่องที่จะนิเทศ ทำให้ผู้นิเทศสามารถใช้รูปแบบการนิเทศในการส่งเสริมสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพ (ผู้รับนิเทศ) ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบมากขึ้น สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริง เนื่องจากมีความชัดเจนผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีความเข้าใจ มีเป้าหมายในการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษา อรรถยา อมรพรหมภักดี²³ ที่ได้ทำการศึกษาทบทวนแบบกำหนดขอบเขตการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการนิเทศ ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านผู้นิเทศ ด้านกระบวนการนิเทศ ด้านผู้รับการนิเทศ และมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาการนิเทศโดยการแก้ปัญหาให้สอดคล้องตามบริบทของหน่วยงาน ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการพัฒนาจากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่พบจริง และมีการระดมสมองแบบมีส่วนร่วมในผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดเป้าหมายและการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ลดความเสี่ยงทางการพยาบาลลงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย วิชาชีพพยาบาลและองค์กร

2. ผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบการนิเทศฯ พบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน อุบัติการณ์การติดเชื้อ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการติดเชื้อ CAUTI อธิบายได้ว่าเนื่องจากการกำหนดนโยบายการนิเทศทางคลินิกเฉพาะโรคที่สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลโดยผู้เยี่ยมชมจากหน่วยงานภายนอก ซึ่งให้ข้อเสนอแนะไว้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้เกิดกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ดี การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญ มีความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทำให้เกิดการควบคุมกำกับ การปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้ผลลัพธ์การพยาบาล ทั้งอุบัติการณ์การติดเชื้อ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการติดเชื้อ CAUTI มีการลดลงใกล้เคียงเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของกิงกาญจน์ ทรัพย์เย็น²⁴ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้อัตราการเกิดแผลกดทับ และจำนวนวันนอนลดลง

ผลลัพธ์ด้านผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ พบว่า พยาบาลวิชาชีพทุกระดับมีการพัฒนาความรู้ทาง การพยาบาลทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การพัฒนาความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกในหัวหน้า หอผู้ป่วย โดยการเรียนรู้จากบทเรียนและจากการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในผู้นิเทศจะทำให้เกิดความ มั่นใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ ตามบทบาทของผู้นิเทศทางคลินิกการพยาบาล และ

สามารถกำกับดูแลพยาบาลวิชาชีพให้ดูแลผู้ป่วยได้ตาม มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ส่วนคะแนนความรู้ด้าน การนิเทศทางคลินิกในผู้นิเทศที่ก่อนและหลังการใช้ รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่าเนื่องจาก ผู้นิเทศส่วนใหญ่ผ่านการอบรมการนิเทศทางการพยาบาล จึงมีความรู้เกี่ยวกับการนิเทศในระดับดี แต่ส่วนหนึ่งมี ประสบการณ์ในการนิเทศทางคลินิกน้อย ทำให้มี ทักษะหรือวิธีการแนวทางในการปฏิบัติการนิเทศไม่ เพียงพอ เมื่อมีการพัฒนารูปแบบฯขึ้น จึงสามารถใช้ เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา อังกูรและ จุก สุวรรณโณ²⁵ ที่พบว่าแนวทางการนิเทศทางคลินิก มีผลต่อสมรรถนะพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ควรมีการส่งเสริมการ พัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยในด้านการนิเทศทางคลินิกให้ มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกการพยาบาลโรคอื่นๆ ตาม ภารกิจขององค์กร และมีแผนพัฒนาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและการแสดงบทบาทผู้นำทางการพยาบาล ด้านการป้องกันโรคและมีความพร้อมในการนิเทศ การปฏิบัติงานแก่พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ด้วย

2. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมให้ มีการเผยแพร่ผลการวิจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการ พยาบาลด้านการป้องกันโรค

3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัย การใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อใน ระบบทางเดินหายใจ เพื่อส่งเสริมให้เกิด องค์ความรู้ใหม่ ๆ ทางการพยาบาลต่อไป

Reference

1. Emily RM & Sydnor TMP. Hospital epidemiology and infection control in acute-care setting. Clin Microbial Rev 2011; 24: 141-173.
2. Allegranzi B, Nejad SB, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, Pittet D, Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systemic review and meta-analysis. Lancet 2011, 377: 228-41.
3. Kreven RM, Edwards JR, Richards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, Cardo DM. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospital. Public Health Rep 2007, 122: 160-166.
4. Somwang Danchaivijitr, editor. Nosocomial infections. 3rd ed. Bangkok: LT Press; 2001. p. 1-16. Thai.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Public health focus: surveillance, prevention and control of nosocomial infection, MMWR 1992; 41:783-7. Thai.
6. Pintos-Pascual I, Cantero-Caballero M, Muñoz Rubio E, Sánchez-Romero I, Asensio-Vegas A, Ramos-Martínez A. Epidemiology and clinical of infections and colonization's caused by Enterobacterales producing carbapenemases in a tertiary hospital]. Rev Esp Quimioter. 2020;33(2):122–9.
7. Lo E, Nicolle LE, Coffin SE, Gould C, Maragakis LL, Meddings J, ET et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospital: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol 2014: 35: 464-79.
8. McGuckin M. The patient survival guide: 8 simple solutions to prevent hospital and healthcare-associated infections. New York, NY: Demos Medical Publishing: 2012.
9. Centers for Disease Control (CDC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infection. Atlanta: Department of Health Education and Welfare, 2009. Thai.
10. Scott RD. The Direct Medical Costs of Healthcare-Associated Infection in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention, 2009.
11. Akeau Unhalekha. Epidemiology and guidelines for infection prevention in hospitals. Chiang Mai: [Publisher not specified]; 2013. Thai.
12. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. Int J Antimicrob Agents. 200; 17:299-303.
13. Kitbunyonglert S, Sornsawas S, Tamtab N, Pandang J, Bauthong J, Petpichetchian W. The effect of urinary catheter removal reminder on catheter-associated urinary tract infection. Thai Red Cross Nursing Journal. 2016;9(2):104-18.
14. Lerdsin Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Summary report and recommendations on nursing quality assessment in hospitals. Nursing Division, Lerdsin Hospital; 2023. (Photocopied). Thai.

15. Robinson J. Improving practice through a system of clinical supervision. *Nursing Time* 2005; 109(9): 30-2.
16. Healthcare Accreditation Institute. SPA & Self Enquiry Part II: A guide to implementing standards for hospital and healthcare services in honor of the 60th anniversary of His Majesty the King's accession to the throne. Bangkok: Dee One Books; 2009. Thai.
17. Proctor, B. Training for the supervision Alliance Attitude, Skill and Intervention. In *Fundamental Themes in Clinical Supervision* Cutcliffe, J. R. , Butterworth, T. , and Proctor, B. , eds. London: Routledge; 2001.
18. Supattra Songkarak, Sukhon Khaikew, Benjawan Puttiungkoon. The Effects of Clinical Supervision Program for First Level Nursing Manager at a Tertiary Level Hospital in Phetchaburi Province. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 14(2), 35–47. Thai.
19. Areerut Chitnum, Laddawan Daengthern. The Relationship Between Clinical Supervision Process of Head Nurses and Nursing Outcomes as Perceived by Professional Nurses at Maesod Hospital. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(1):264-271. Thai.
20. Rachaneewan Kutragoo, Pitchayanan Chantara, Patcharee Yimyam, Sureeporn Khumpakum, Rachanee Namjuntra. The development of a clinical supervision model for severe sepsis patients. *Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing*. 2019;30(2): 193-209. Thai.
21. Donabedian A. The quality of care. *JAMA*. 1988;260(12): 1743-48.
22. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970; 30:607-10.
23. Attaya Amonprompukdee, Thasuk Junprasert, Amaraporn Surakarn. Nursing Supervision: A Scoping Review. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2020;30(3):144-157. Thai.
24. Kingkan Sapyen, Kanocktong Jaturongkachock, Krittaya Tantiwarasakool. The development of clinical nursing supervision model for prevention of pressure injury in Banpong Hospital. *Region 4-5 Med J*. 2019;38(4):300-17. Thai.
25. Kannika Angkun, Juk Suwanno. Development of a clinical supervision model on nursing competence and clinical outcomes on stroke patients at Hatyai Hospital. *J Thai Stroke Soc*. 2020;19(3):6-16. Thai.

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร

ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ*

ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

ภัทรบุญย์ นาคสุสุข**

พย.ด. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

(รับ: 2 กันยายน 2567, แก้ไข: 20 ตุลาคม 2567, ตอรับ: 2 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อายุระหว่าง 15 -18 ปี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 441 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือค่า CVI ตั้งแต่ 0.60-1.00 ทุกข้อ การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้คะแนนความเที่ยงเท่ากับ .90 .89 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธีการถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีระดับภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทักษะการจัดการตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 19.60 ผลการศึกษาให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตและพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในการเฝ้าระวังและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยลดปัญหาหรือความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้มากขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย ภาวะซึมเศร้า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

* อาจารย์ สาขากการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขากการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง E-mail: patrabulptt@gmail.com

Factors Predicting Depression among Senior High School Students in Bangkok

Phatphitcha Kruthangka*

Ph.D. (Educational Research Methodology)

Patrabul Naksusuk**

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

(Received: Sep 2, 2024, Revised: Oct 20, 2024, Accepted: Nov 2, 2024)

Abstract

Depression is a common mental health problem among teenagers, that affect their body and mind and increase the risk of suicide. This is caused by many factors. This study aims to examine factors predicting depression among senior high school students in Bangkok. This study was predictive correlation research. The sample consisted of 441 senior high school students aged between the ages of 15 -18 years, 2nd semester, academic year 2023, and was recruited using a multi-stage random sampling method. The instrument consisted of 4 parts: personal information questionnaire, health literacy questionnaire, social support questionnaire, and The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D). The content validity was checked, yielding CVI ranged from 0.60-1.00 for every item. The reliability of the instrument was .90, .89, and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficients, and stepwise multiple regression.

The results found that health literacy and overall social support of the sample were at a high level. The overall level depression was quite severe. Health literacy and social support showed statistically significant negative relationship with depression. It was also found that emotional support, self-management skills, access to health information, and health services could predict depression by 19.60%. The results revealed important information for psychiatric and mental health nurses, including child and adolescent nurses to develop surveillance and guidelines to promote and prevent depression, that help reducing the prevalence and severity of depression in adolescents.

Key words: Predicting factors, Depression, Senior high school students

* Lecturer, Child and Adolescent Nursing Division, School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

** Assistant Professor, Psychiatric and Mental Health Nursing Division, School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang E-mail: patrabulptt@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น และยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากภาวะซึมเศร้านั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีปัญหาการใช้ชีวิต การเข้าสังคม อาทิเช่น รู้สึกแย่น หดหู่ เศร้า หรือสิ้นหวัง รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง ไม่สนใจหรือไม่มีความสุขเวลาทำอะไร รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติ พูดหรือทำอะไรช้าลง ขาดสมาธิ^{1,2} จากสถิติวัยรุ่นทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34³ สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานการประเมินสุขภาพจิตของตนเอง (Mental Health Check In: MHCI) ของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2566 พบว่า วัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะอยู่ในภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.00 และเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.50 ซึ่งสาเหตุเหล่านั้นเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ทั้งปัญหาการเรียนและความคาดหวังด้านการทำงานในอนาคต สถานะการเงินของครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการกลั่นแกล้ง (bully) ในโรงเรียน ปัญหาสารเสพติด⁴

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบาง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการหลายด้านในชีวิตไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และยังมีปัจจัยสำคัญอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น อาทิเช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม และความผูกพันในครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ในแต่ละบริบทที่มีความแตกต่างกันทำให้ความชุกของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน⁵ รวมทั้งยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาในชีวิตของวัยรุ่น อาทิเช่น ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ซึ่งวัยรุ่นให้ความสำคัญ

กับสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนมากกว่าครอบครัว ต้องการเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับ มีความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเองมากขึ้น⁶ แต่หากถูกปฏิเสธหรือไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความสะเทือนใจเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และหากไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น จะมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้⁷ และมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในวัยผู้ใหญ่ได้⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีความทุกข์ค่อนข้างสูง ได้รับความกดดันและความคาดหวังจากครอบครัวในการเตรียมตัวและการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษา ทำให้เกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวลอันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่ามีหลายปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ อาทิเช่น การศึกษาของ รัตน⁹ พบว่า ปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดในการเรียน และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 42.80 การศึกษาของ ศตวรรษ และคณะ¹⁰ พบว่า ปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเอง และการถูกข่มเหงรังแก ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 39.30 และการศึกษาของ ธีรภัทร์ และเอมอัชฌา⁶ พบว่า ปัจจัยเพศ ความผูกพันในครอบครัว การติดอินเทอร์เน็ต และความแข็งแกร่งในชีวิต ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 41.50 และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาทิเช่น 1) ความรอบรู้

ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการแสวงหาหรือเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม¹¹ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ¹² โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง¹³ และ 2) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ในด้านการให้คำแนะนำให้กำลังใจ ความรัก ความเอาใจใส่ ให้เกียรติ ยกย่อง ข้อมูลข่าวสาร หรือให้สิ่งของต่าง ๆ จนทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมิน¹⁴ โดยหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะสามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงภาวะซึมเศร้าได้¹⁵

ทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่รับผิดชอบของสถาบัน จึงสนใจศึกษา

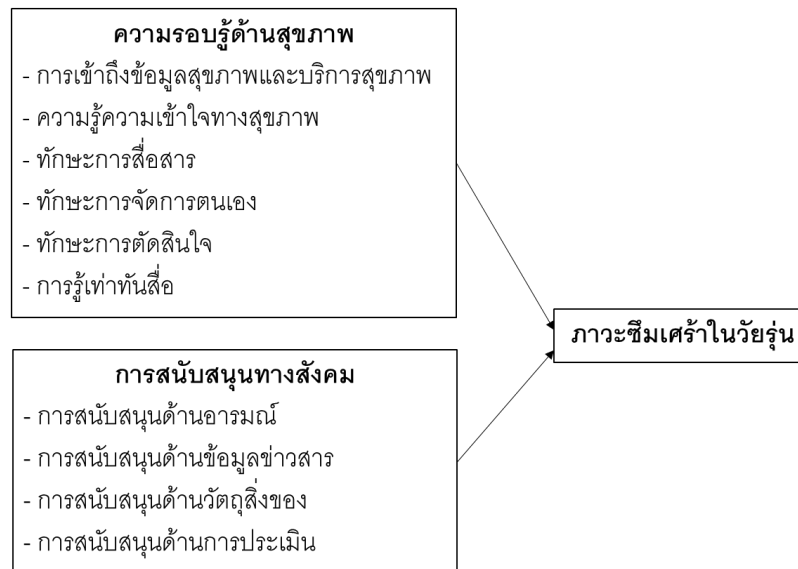
ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความสำคัญยิ่ง ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยลดปัญหาหรือความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹³ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม¹⁵ จึงนำมาสู่กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษานี้คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ทั้งชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2566 มีนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายรวมทั้งสิ้น 52,886 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 15 -18 ปี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และ มอร์แกน¹⁶ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้

ขนาดตัวอย่างจำนวน 381 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 458 คน วิธีการได้มาซึ่งตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากประเภทของโรงเรียน ได้โรงเรียนสังกัดเอกชน หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจากจำนวน 42 เขต ให้เหลือ 10 เขต หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขตละ 1 โรงเรียน รวมทั้งหมดได้ 10 โรงเรียน ได้ตัวอย่างโรงเรียนละ 46 คน หลังจากนั้นเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenient sampling) โดยแบ่งนักเรียนออกเป็นจำแนกตามระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4, 5 และ 6 ระดับชั้นละ 15 - 16 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นนักเรียน

วารสารกองการพยาบาล

มัธยมศึกษาตอนปลายทั้งเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ และยินยอมสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้เข้าร่วมไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ครบถ้วนทั้งฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด (close end form) แบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ นัทปิม¹² มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 4.21-5.00 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก 2.61-3.40 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ เฮาส์¹⁴ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 4.21-5.00 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 2.61-3.40 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับการ

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

สนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D) ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ที่ได้รับการแปลเป็นไทยโดย อุมพร และคณะ¹⁷ โดยเป็นการสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ เหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย 1 คะแนน คือ นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน คือ เกิดขึ้นบ่อยบ้างบ่อย (3-4 วัน/สัปดาห์) และ 3 คะแนน คือ บ่อยครั้ง (5-7 วัน/สัปดาห์) และให้คะแนนตรงตามในกรณีเป็นข้อคำถามเชิงบวก คะแนนรวมของแบบคัดกรองทั้งฉบับมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน กำหนดการแปลผลคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งเป็นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน หมายถึง ปกติมากกว่า 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง มากกว่า 21 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (Content Validity Index: CVI) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับเนื้อหา ข้อคำถามมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.60-1.00 ทุกข้อ และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D) ที่ได้รับการแปลเป็นไทยโดย อุมพร และคณะ¹⁷ เป็นแบบวัดที่ได้มี

วารสารกองการพยาบาล

การนำมาศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นไทยมาแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานครที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้คะแนนความเที่ยงเท่ากับ 0.90, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยเลขที่ PTU-REC 019/2566 เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนผู้วิจัยคำนึงถึงหลักคุณธรรม จริยธรรม ความยุติธรรมและการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตัวอย่างอย่างเท่าเทียม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พอสั่งขेषประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และตัวอย่างสามารถปฏิเสธในการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและการดำเนินชีวิตประจำวัน ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ จะวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมในรูปของบทความวิจัย ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดของปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

โครงการวิจัย ขออนุญาตและขอเก็บข้อมูลจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่เป็นตัวอย่างวิจัย เมื่อผ่านการอนุมัติผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 441 คน คิดเป็นร้อยละ 96.29

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง และการทดสอบการแจกแจงข้อมูลตัวแปรการวิจัย ด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) ค่าความเบ้ (Sk) และค่าความโด่ง (Ku)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis: MRA) ด้วยวิธีการถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานครที่เป็นตัวอย่าง จำนวน 441 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 267 คน (ร้อยละ 60.54) มีอายุ 17 ปี จำนวน 156 คน (ร้อยละ 35.37) รองลงมา คือ อายุ 16 ปี จำนวน 140 คน (ร้อยละ 31.75) และอายุ 18 ปี จำนวน 110 คน (ร้อยละ 24.94) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน

406 คน (ร้อยละ 92.06) กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 127 คน (ร้อยละ 28.80) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 171 คน (ร้อยละ 38.78) และมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 143 คน (ร้อยละ 32.42)

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย

ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัวแปร และการสนับสนุนทางสังคมมีตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร รวมจำนวนตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 10 ตัวแปร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลางถึงมากอยู่ระหว่าง 3.20-3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.82-1.03 ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายอยู่ระหว่างร้อยละ 21.78-31.29 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดนี้มีความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การกระจายต่ำเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย

เมื่อพิจารณาค่ากำลังสองของความเบี่ยงอยู่ระหว่าง -0.46 ถึง 0.08 และค่ากำลังสองของความโค้งอยู่ระหว่าง -0.88 ถึง 0.05 ซึ่งมีค่ากำลังสองของความโค้ง มีค่าน้อยกว่า 6.00^{18} แสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงใกล้เคียงกับโค้งปกติ (normality) ดังนั้น จึงสามารถนำตัวแปรทั้งหมดนี้มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.84$, $SD = 0.72$) เมื่อพิจารณาจำแนกในแต่ละด้านพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายรับรู้ว่าคุณภาพและรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับมาก ($M = 3.48$ - 3.70 , $SD = 0.82$ - 0.88) ส่วนด้านทักษะการสื่อสาร ($M = 3.36$, $SD = 0.89$)

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

และด้านการจัดการตนเอง ($M = 3.20$, $SD = 0.93$) อยู่ในระดับปานกลาง

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.64$, $SD = 0.76$) เมื่อพิจารณาจำแนกในแต่ละด้านพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และด้านการสนับสนุนด้านการประเมินอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67$ - 3.86 , $SD = 0.84$ - 0.95) ยกเว้นด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.28$, $SD = 1.03$)

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 441 คน มีระดับภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรง ($M = 21.99$, $SD = 9.70$) เมื่อวิเคราะห์จำแนกเป็นระดับ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงมากที่สุด จำนวน 227 คน (ร้อยละ 51.47) รองลงมา คือ ปกติ จำนวน 128 คน (ร้อยละ 29.03) และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 86 คน (ร้อยละ 19.50) ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการถดถอย พบว่า การวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ และการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) ซึ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในเบื้องต้น ด้วย

วารสารกองการพยาบาล

การใช้สถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlations) พบว่า ทุกตัวแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ

ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.127$ ถึง $-.420$, $p < .01$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ($n = 441$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.ภาวะซึมเศร้า	1										
2.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	-.127**	1									
3.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	-.184**	.663**	1								
4.ทักษะการสื่อสาร	-.181**	.556**	.742**	1							
5.ทักษะการจัดการตนเอง	-.255**	.509**	.618**	.708**	1						
6.ทักษะการตัดสินใจ	-.278**	.504**	.667**	.728**	.739**	1					
7.การรู้เท่าทันสื่อ	-.135**	.491**	.628**	.635**	.531**	.710**	1				
8.การสนับสนุนด้านอารมณ์	-.420**	.397**	.392**	.426**	.383**	.459**	.374**	1			
9.การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	-.286**	.357**	.446**	.462**	.461**	.447**	.337**	.468**	1		
10.การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ	-.276**	.387**	.398**	.459**	.325**	.436**	.431**	.646**	.518**	1	
11.การสนับสนุนด้านการประเมิน	-.333**	.423**	.468**	.518**	.412**	.525**	.503**	.709**	.529**	.646**	1

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

จากตารางที่ 1 เป็นการตรวจสอบตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันเองหรือไม่ ซึ่งพบว่าตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีความสัมพันธ์กันตั้งแต่ .325 ถึง .742 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า .750 นั้นหมายความว่าตัวแปรทุกตัวของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กันเองตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ¹⁹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมไปวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อหาตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้า

5. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร โดยวิธีการถดถอยแบบขั้นตอน (stepwise regression) พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทักษะการจัดการตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\beta = -0.405$, $p < .001$) ทักษะการจัดการตนเอง ($\beta = -0.159$, $p = .002$) และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\beta = -0.115$, $p = .027$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 19.60 ($R^2 = 0.196$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ห้ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (n = 441)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE _(b)	β	t	P-value
ค่าคงที่	40.423	2.292		17.635**	<.001
การสนับสนุนด้านอารมณ์	-4.672	0.554	-0.405	-8.429**	<.001
ทักษะการจัดการตนเอง	-1.650	0.532	-0.159	-3.104**	.002
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	-1.363	0.613	-0.115	-2.225*	.027
$R^2 = 0.196$ Adj. $R^2 = 0.190$ $F_{(3,437)} = 35.508$,					

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

สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

Y (ภาวะซึมเศร้า) = 40.423 - 4.672 (การสนับสนุนด้านอารมณ์) - 1.650 (ทักษะการจัดการตนเอง) - 1.363 (การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

Y (ภาวะซึมเศร้า) = -0.405 (การสนับสนุนด้านอารมณ์) - 0.159 (ทักษะการจัดการตนเอง) - 0.115 (การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร จำนวน 441 คน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรง ($M = 21.99$, $SD = 9.70$) และมีนักเรียนเกินครึ่งที่มีภาวะซึมเศร้า (มากกว่า 16 คะแนน จำนวน 313 คน คิดเป็นร้อยละ 70.97) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศตวรรษ และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนจังหวัดอุดรธานี พบว่านักเรียนมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 64.71 และการศึกษาของ รัตน⁹ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี พบว่านักเรียนมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปถึงร้อยละ 52.5 ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นช่วงของวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความคิดเป็นของตนเอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและเพศตรงข้าม อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่นที่ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

เข้ามากระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการแข่งขันทางการเรียน การเตรียมตัวและวางแผนเพื่อเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่จะถูกคาดหวังจากครอบครัวให้เรียนในสิ่งที่ตนเองไม่ชอบหรือไม่ถนัด ซึ่งเป็นค่านิยมในการเลือกอาชีพที่ต้องการให้นักเรียนประกอบอาชีพที่ได้รับการยอมรับจากสังคมและมีรายได้สูง ทำให้นักเรียนเกิดกดดันและความเครียดได้ง่าย อีกทั้งในกรุงเทพมหานครยังเป็นสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการแข่งขันกันสูง ใช้ชีวิตด้วยความเร่งรีบ²⁰ บิดามารดาสวนใหญ่ต้องทำงานนอกงานเพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแล พุดคุย หรือให้คำปรึกษากับลูกได้ จึงอาจเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

ความรู้ด้านสุขภาพ ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถ

ของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจและการใช้ข้อมูลและ
บริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ
ดูแลสุขภาพที่เหมาะสม¹¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีความรอบรู้
ด้านสุขภาพต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
ซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง¹³
รวมทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพและบริการสุขภาพ และด้านทักษะการจัดการ
ตนเองสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียน
มัธยมศึกษาได้ สอดคล้องกับ ขวัญเมือง²¹ ที่จำแนก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ
ระดับพื้นฐานที่สามารถเข้าใจและเข้าถึงได้ ระดับ
ปฏิสัมพันธ์เป็นความสามารถในการสืบสอบเพื่อ
แก้ปัญหา และระดับวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะในการ
ตัดสินใจและนำไปใช้ในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ
ได้ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาในครั้งนี้ว่านักเรียนมี
ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอยู่
ในระดับวิจารณ์ญาณ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าวัยรุ่นที่ไม่
สามารถจัดการตนเองได้ ก็จะไม่สามารถจัดการ
ตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ได้
และยังสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญา
(Piaget's theory of cognitive development)²²
ที่กล่าวถึงพัฒนาการทางสติปัญญามี 4 ขั้น
โดยในช่วงวัยรุ่นจะมีพัฒนาการขั้นสุดท้ายที่เรียกว่า
การคิดแบบเหตุผลเชิงนามธรรม คือการเรียนรู้
หลักการใช้เหตุผล มีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่าง
เป็นระบบ แต่พัฒนาการในขั้นนี้จะไม่เกิดขึ้นอย่าง
สมบูรณ์ในช่วงแรก แต่จะมีพัฒนาเพิ่มขึ้นเรื่อย เมื่อ
อายุเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มีความ
ซับซ้อนแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ซึ่งวัยรุ่นบางส่วน
ไม่สามารถมีพัฒนาการขั้นนี้ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งอาจ
เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถจัดการตนเองเมื่อ
เกิดปัญหาต่างๆ ได้ นอกจากนี้นักเรียนมัธยมศึกษา

ตอนปลายนี้อยู่ใน generation Z ซึ่งเติบโตมาพร้อม
กับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เทคโนโลยีส่งผลต่อ
การสร้างปฏิสัมพันธ์และการเรียนรู้ทักษะทาง
สังคม ส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารผ่านข้อความหรือวิดีโอ
มากกว่าการเผชิญหน้า จึงทำให้มีทักษะของการ
มีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าน้อย⁷ ทำให้เมื่อมีปัญหา
เข้ามากกระทบกระเทือนจิตใจ วัยรุ่นบางรายเลือกที่จะ
เก็บไว้ไม่กล้าเล่าให้คนอื่นฟัง หากเก็บปัญหาเหล่านี้
สะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต
ตามมาได้ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ว่า
นักเรียนมีทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง
เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าเด็กกลุ่มนี้ควรได้รับการ
พัฒนาทักษะการสื่อสารให้มากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมี
ความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และการ
สนับสนุนด้านอารมณ์สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า
ของนักเรียนมัธยมศึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษา
ของประภัสสร และคณะ²³ ที่พบว่า ความผูกพันใน
ครอบครัวและความใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า
และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = -0.53$,
 $p < .001$ และ $\beta = -0.23$, $p < .001$ ตามลำดับ) และ
การศึกษาของ ชีรภัทร์ และเอมอัชฌา⁶ ที่พบว่า ความ
ผูกพันในครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้
($\beta = -0.24$, $p < .001$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการ
สนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถทำ
ให้เกิดวัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ การทำวัยรุ่นรับรู้
ว่าตนเองไม่ได้รับการตอบสนองด้านสัมพันธ์ภาพกับ
บุคคลอื่น เช่น บิดามารดา เพื่อน ครู หรือบุคคลใกล้ชิด
เป็นต้น จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง เสียใจ
ไม่มีความสุข และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ แต่หาก
วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคม รับรู้ได้ถึงความ
เอาใจใส่และการเป็นที่รักของบุคคลใกล้ชิด มีบุคคลที่
คอยให้ความช่วยเหลือจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองปลอดภัย

มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะสามารถปรับตัวและก้าวผ่านปัญหาต่างๆ ของชีวิตได้ และไม่เกิดภาวะซึมเศร้า¹⁵ นอกจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้วยังช่วยส่งเสริมให้หายจากอาการซึมเศร้าได้อีกด้วย²⁴

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ เน้นย้ำให้เห็นถึงความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับรุนแรง การศึกษายืนยันว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทักษะการจัดการตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการควรทำงานร่วมกัน โดยหาแนวทางส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยมุ่งการคัดกรองและให้บริการตรวจสุขภาพจิตไปที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

โรงเรียนควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของนักเรียนอย่างน้อยทุก 6 เดือน และให้ความสำคัญในการเพิ่มประสบการณ์หรือจัดกิจกรรมพิเศษ เพื่อให้

นักเรียนมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และมีทักษะการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรส่งเสริมพัฒนาทักษะของบุคลากรและ ผู้ปกครองในการส่งเสริมสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กับนักเรียนเพิ่มมากขึ้น เพิ่มช่องทางในการพูดคุย ให้คำปรึกษา เพื่อให้ นักเรียนได้ระบายความรู้สึกของตนเอง และรู้สึกว่าได้ได้รับความรักความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด เพื่อเป็นการลดปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. การวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรม มีการวัดระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2.2 การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจนักเรียนวัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนปลายว่ามีการปรับตัวและจัดการกับสุขภาพจิตของตนเองอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์หรือออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของวัยรุ่นได้

References

1. Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, Department of mental health, Ministry of Public Health. Symptoms of depression in teenagers [Internet]. 2022 [Cited 2024 Jun 20]. Available from: <https://camri.go.th/th/knowledge/article/ar2/ar2-52/>. Thai.
2. Fentahun S, Takelle GM, Rtbe G, et al. Prevalence of depression and its associated factors among Ethiopian students: A systematic review and meta-analysis. BMJ open. 2024;14(6): e076580.
3. Shorey S, Ng ED, Wong CH. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Psychol. 2022;61(2):287-305.

4. Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC). Thai social situation, first quarter of 2024 [Internet]. 2024 [Cited 2024 Jun 23]. Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5493&filename=socialoutlook_report/
5. Stuart GW. Principles and practice of psychiatric nursing 9th ed. Elsevier Mosby; 2012.
6. Theeraphat Laksaneeyanawin, Aimutcha Wattanaburanon. Factors affecting depression of upper secondary school students in Mueng Chonburi district Chonburi province. Research and Development Health System Journal. 2020;15(3):59-73. Thai.
7. Phawika Paksa. Generation Z Adolescence: Essential age and time of life. Ratchaphruek Journal. 2023;21(3):1-15. Thai.
8. Vallati M, Cunningham S, Mazurka R, et al. Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. J ABNORM PSYCHOL. 2020; 129(5): 469–79.
9. Rattana Makassawad. Factors influencing depression among high school students in Pathum Thani province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(38):528-40. Thai.
10. Sattawat Moonsorn, Chanudda Nabkasorn, Pichamon Intaput, Sawitree Lakthong. Predictive factors of depression among senior high school students. Thai Pharm Health Sci J. 2023;18(1):1-7. Thai.
11. Sanders D, Nandi S, Labonte R, Vance C, Damme WV. From primary health care to universal health coverage-one step forward and two steps back. The Lancet. 2019;394(10199):619-21.
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci & Medicine. 2008;67(12):2072-8.
13. Zhang B, Zhang W, Sun X, Ge J, Liu D. Physical comorbidity and health literacy mediate the relationship between social support and depression among patients with hypertension. Front. Public Health. 2020;8:1-10.
14. House JS. Work stress and social support. Addison-Wesley; 1981.
15. Shi H, Zhao H, Ren Z, et al. Associations of parent-adolescent relationship and self-esteem with emotional and behavioral problems among Chinese adolescents. J Affect Disord. 2022;311:126-33.
16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
17. Umaporn Trangkasombat, Vachira Larpboonsarp, Piyalamporn Havanond. CES-D as a screen for depression in adolescents. J Med Assoc Thai. 1997;42(1):2-13. Thai.
18. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling 5th ed. The Guilford Press; 2023.
19. Hair JF, Babin BJ, Black WC, Anderson RE. Multivariate data analysis 8th ed. Cengage India; 2018.

20. Wananya Kaewkaewpan. The study of stress of teenage students studying in the Mathayomsuksa 6 of school under secondary educational service area office 10 in Samutsongkhram province. Journal of Education Burapha University. 2021;32(2):13-28. Thai.
21. Kwanmuang Kaeodumkoeng. Health literacy: Functional interactive critical. Amarin Printing & Publishing; 2019. Thai.
22. Wadsworth BJ. Piaget's theory of cognitive development. Addison-Wesley Longman Ltd.; 1976.
23. Prapatsorn Jandee, Duangjai Vatanasin, Pornpat Hengodomsab. Factors influencing depression among secondary school students in extended educational opportunity schools. Journal of Health and Nursing Research. 2021;37(1):252-65. Thai.
24. Kanchana Suttineam, Ubol Suttineam. Factors influencing depression of students at Rajabhat Baun Somdetchaopraya University. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2020;34(3): 43-61. Thai.

การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

มลิจันทร์ เกียรติสังวร *

วท.ม. (อนามัยครอบครัว)

สายชล พุกษ์ขจร**

ส.ม.

(รับ: 30 กันยายน 2567, แก้ไข: 27 ตุลาคม 2567, ตอรับ: 1 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคลอดปกติ ผู้คลอดมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและจัดการกับความปวดได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะมารดาที่คลอดครั้งแรก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกคลอดทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 395 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีความตรงของเนื้อหาารายข้อ ค่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามตอนที่ 2 เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบค่าที่ ทดสอบเวลช์ วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยสถิติ LSD

ผลการวิจัย พบว่า มารดาที่มีการคลอดครั้งแรกมีอายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับสามี รายได้ของครอบครัว และประวัติการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างกัน มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ คำแนะนำ พร้อมทั้งสาธิตวิธีการจัดการการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้มารดาสามารถรับมือกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มารดา การคลอดครั้งแรก การจัดการกับการเจ็บครรภ์

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: malijanying@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

A comparison of factor affects with coping with labor pain of first-time mothers, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

Malijan Kiatsangworn* M.Sc. (Family Health)

Saichol Plukkajon ** M.P.H.

(Received: September 30, 2024, Revised: October 27, 2024, Accepted: December 1, 2024)

Abstract

Labor pain is a normal part of the birth process. Therefore, birthing mothers must have effective ways to cope with labor pains and pain management on their own, especially first-time mothers giving birth. This descriptive research aimed to study factors and compare factors that affect coping with labor pain of first-time mothers. The sample included 395 first-time mothers, giving birth at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. The research instrument was a questionnaire on coping with labor pains. The content validity yielding I-CVI values ranged between .67 and 1.00, and the Cronbach's alpha coefficient of the second questionnaire was .84. Data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t-test, Welch test, one-way analysis of variance, and compare pairwise means with LSD statistics.

The results showed that the first-time mothers had different aged, educational level, relationship with husband, family income, and history of receiving information about labor pain. They also had statistically significant different experiences of labor pains ($p < .05$). The results of this study can be used as a guideline to provide knowledge, advice, and demonstrate methods of labor pain management, that the mothers can cope with labor pains effectively.

Key words: Mother, First time birth, Labor pain management

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Corresponding author, E-mail: malijanying@gmail.com

** Registered nurse, Senior Professional Level, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประสบการณ์การคลอดที่เกิดกับผู้คลอดมีหลากหลายมิติ ทั้งประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเชิงบวก เช่น ความตื่นเต้น ความหวัง การตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้สึกยินดี เป็นต้น และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเชิงลบ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกไม่ปลอดภัย และความเจ็บปวด¹⁻² ซึ่งความเจ็บปวดที่เกิดจากการคลอดนั้นถือเป็นกลไกตามธรรมชาติที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ ในปัจจุบันกรมอนามัยของประเทศไทย ได้พัฒนาการให้ความรู้ทั้งการฝากครรภ์ คุณภาพ การสอนโรงเรียนพ่อแม่ และมีการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเจ็บครรภ์คลอด (labor pain) เป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน³ และจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากขึ้นและความปวดจะลดลงทันทีเมื่อสิ้นสุดการคลอด ซึ่งการเปิดขยายของปากมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอดส่งผลต่อความเจ็บปวดอย่างมาก โดยเฉพาะมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก⁴ นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดยังเกิดได้จากการเคลื่อนต่ำลงของทารก ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการฉีกขาด ทำให้ผู้คลอดมีอาการปวดบริเวณต้นขา ช่องคลอด และบริเวณก้น ทำให้ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดรูปแบบที่รุนแรงที่สุดรูปแบบหนึ่ง⁵ นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูกและเลือดที่ไหลเวียนมดลูกและรก ทำให้การนำออกซิเจนจากรกไปสู่ทารกได้ไม่ดี ส่งผลให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ได้ และยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล กลัว เคร้า โกรธ ไม่ทำตามคำแนะนำ บางรายมีความ

เจ็บปวดรุนแรงจนทำให้เกิดความท้อแท้ ไม่ต้องการเผชิญความปวดต่อไป ทำให้มีทัศนคติไม่ดีต่อการคลอดและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและกลัวการคลอดครั้งต่อไปได้ และอาจนำไปสู่ความไม่มั่นใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ ซึ่งการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดนั้นมีความซับซ้อนและมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอด ดังนั้นผู้คลอดจึงมีประสบการณ์และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างกัน⁷

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นความคิดหรือพฤติกรรมเฉพาะบุคคลของผู้คลอดแต่ละบุคคล เพื่อจัดการความเจ็บปวดหรือตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บปวด⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดพบว่า มีหลายปัจจัย เช่น อายุ ระดับการศึกษาของมารดา ผู้ดูแลระดับความทนต่อความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอด⁹⁻¹⁰ นอกจากนี้ผู้คลอดที่มีรายได้สูงมักจะได้รับข้อมูลที่ดีและคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพในระหว่างการคลอด และผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวสำหรับการเจ็บครรภ์คลอดอย่างเพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อความคาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอด¹¹ ปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลผู้คลอด โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้คลอดใกล้ชิดขณะรอคลอดควรทราบ เพื่อสามารถให้คำแนะนำและให้การดูแลผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ. 2566 จำนวนมารดาที่มีการคลอดปกติ 3,580 คน เฉลี่ย 9.81 คน/วัน และเป็นมารดาครรภ์แรก 2,068 คน คิดเป็นร้อยละ 57.77 ร่วมกันการให้บริการของพยาบาลที่ผ่านมาเป็นกรให้บริการตามการรับรู้ และประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละบุคคล และยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผล

ต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามาก่อน ซึ่งผู้คลอดควรได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลที่ถูกต้อง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม¹² โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก ที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้มารดาครรภ์แรกสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือมารดาผู้คลอด ให้สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้จนถึงสิ้นสุดการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับสามี รายได้ครอบครัว และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด อีกทั้งทีมผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนในระยะคลอดที่ผ่านมาของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลและมารดาผู้คลอดในห้องคลอด จึงสนใจที่จะศึกษา

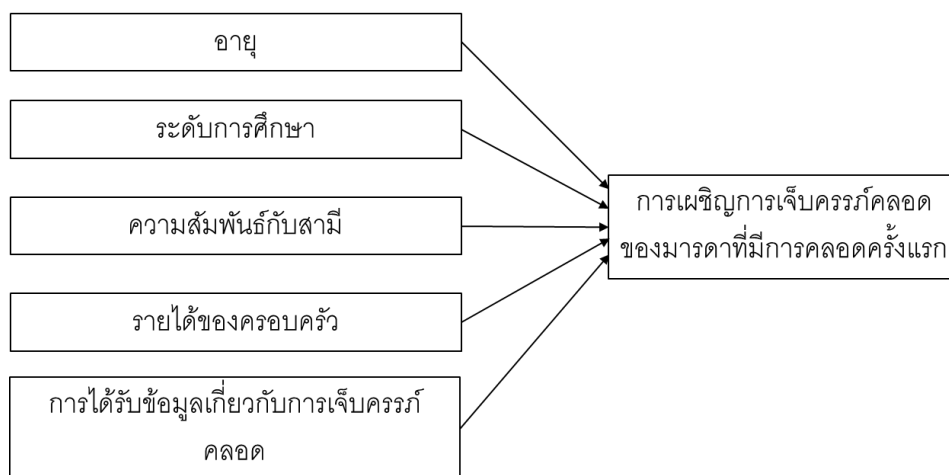
เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้บริการแก่มารดาที่มีการคลอดครั้งแรก ให้ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและการจัดการกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตรงตามความต้องการของผู้คลอดที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยและเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก¹³ และเปรียบเทียบปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับสามี รายได้ของครอบครัว และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด⁹⁻¹¹ รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่มีการคลอดครั้งแรก และผ่านการคลอดทางช่องคลอด ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีการคลอดครั้งแรก และผ่านการคลอดทางช่องคลอด ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กำหนดขนาดตัวอย่างจากการเปิดตารางของ เครจซี และ มอร์แกน¹⁴ คำนวณจากประชากรที่มาคลอดปกติ ในปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 3,580 คน และกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 347 คน เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างที่อาจเกิดจากการตอบแบบสอบถามที่ขาดความสมบูรณ์อีก 20% ได้กลุ่มตัวอย่าง 417 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นมารดาที่มีการคลอดปกติครั้งแรกที่ไม่มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ มารดาปฏิเสธหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตามความสะดวก (convenience)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับสามี รายได้ของครอบครัว และประวัติการเคยหรือไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด

ตอนที่ 2 การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

ผู้วิจัยพัฒนามาจากเครื่องมือการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาของ อาบุญชัยคำ¹³ มีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ วิธีการทางด้านร่างกายในการเผชิญการเจ็บปวด (physiological coping) 7 ข้อ วิธีการทางด้านจิตใจในการเผชิญการเจ็บปวด (psychological coping) 4 ข้อ วิธีการทางด้านจิตวิญญาณในการเผชิญการเจ็บปวด (spiritual coping) 3 ข้อ และวิธีการทางด้านปัญญาในการเผชิญการเจ็บปวด (cognitive coping) 3 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นอยู่ในระดับมาก 3 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นอยู่ในระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นอยู่ในระดับน้อย และ 1 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด โดยใช้การวิเคราะห์ตามหลักของ เบสท์¹⁵ คือ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับดีมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับดี ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับน้อย และช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับน้อยมากหรือไม่มีเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ด้วยการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและ

ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ท่าน และเป็นผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระยะคลอด 1 ท่าน โดยการค่าความตรงทางเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 0.67-1.00 ทุกข้อ หลังจากนั้นนำคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงข้อคำถามให้สั้นกระชับและเข้าใจง่ายขึ้น และทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) กับมารดาเจ็บครรภ์คลอดครั้งแรกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่อนุมัติโครงการวิจัย 0103/2566 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือตอบแบบสอบถาม โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้ในการวิจัยเท่านั้น นำเสนอข้อมูล รายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2567 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นมารดาที่อยู่ในช่วงหลังคลอดปกติภายใน 24 ชั่วโมง ที่หน่วยหลังคลอด ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ

20 นาที ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ ผลการตรวจสอบ พบว่าได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 395 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.72

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว การทดสอบเวลช์ และการทดสอบค่าที ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัย ด้านอายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับสามี รายได้ของครอบครัว และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของสถิติที่ระดับ .05 ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว มีข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูล คือ 1) ตัวแปรตามที่น่ามาวิเคราะห์ต้องมีระดับการวัดตั้งแต่มาตราอันดับภาคขึ้นไป 2) ตัวอย่างแต่ละกลุ่มมาจากประชากรที่มีการแจกแจงปกติ 3) ตัวอย่างแต่ละกลุ่มต้องเป็นอิสระจากกัน และ 4) ตัวอย่างแต่ละกลุ่มมาจากประชากรที่มีความแปรปรวนเท่ากัน สำหรับการวิเคราะห์สถิติทดสอบเวลช์ ใช้ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ตัวอย่างแต่ละกลุ่มจากประชากรมีขนาดไม่เท่ากัน และความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่มีความเป็นเอกพันธ์ (Levene test มีค่า $p < .05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาคลอดครั้งแรก 395 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปี 153 คน (ร้อยละ 38.73) และมีอายุระหว่าง 21-30 ปี 138 คน (ร้อยละ 34.64) มีสถานภาพสมรส (ทั้งที่จดทะเบียนสมรสและไม่ได้จดทะเบียนสมรส) 181 คน (ร้อยละ 45.82) จบการศึกษาในระดับ

วารสารกองการพยาบาล

มัธยมศึกษา 220 คน (ร้อยละ 55.70) และอยู่บ้านเดียวกับสามี 296 คน (ร้อยละ 74.94) ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 10,001-20,000 บาท 157 คน (ร้อยละ 39.75) รองลงมา มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท 151 คน (ร้อยละ 38.23) และเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด 293 คน (ร้อยละ 74.18)

2. ผลการศึกษาการเผชิญการเจ็บครรภ์

คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก พบว่า มารดา มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27, SD = 0.66$) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า มารดา มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดทางด้านปัญญาอยู่ในระดับดี ($M = 3.77, SD = 0.83$) ส่วนการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดทางด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27, 3.16$ และ $2.81, SD = 0.68, 0.92$ และ 1.18 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก (n = 395)

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด	M	SD	min	max	แปลผล
วิธีการทางด้านร่างกาย (physiological coping)	3.34	0.68	1.00	4.86	ปานกลาง
วิธีการทางด้านจิตใจ (psychological coping)	3.16	0.92	1.00	5.00	ปานกลาง
วิธีการทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual coping)	2.81	1.18	1.00	5.00	ปานกลาง
วิธีการทางด้านปัญญา (cognitive coping)	3.77	0.83	1.00	5.00	ดี
การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดโดยรวม	3.27	0.66	1.00	4.93	ปานกลาง

3. ผลการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก ได้แก่ อายุ ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA) พบว่า มารดาที่มีอายุแตกต่างกันมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างน้อย 1 คู่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Multiple comparisons) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยวิธี LSD พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี และอายุระหว่าง 21-30 ปี มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ($F(2,392) = 7.90, p < .001$) และจากการเปรียบเทียบระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับสามี และรายได้ของครอบครัว ใช้การวิเคราะห์สถิติทดสอบเวลช์ (Welch test) พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษา ความสัมพันธ์

กับสามี และรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกันมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างน้อย 1 คู่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ (Multiple comparisons) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยวิธี LSD พบว่า มารดาที่จบระดับประถมศึกษา มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่าระดับมัธยมศึกษา ($F(2,392) = 6.57, p = .002$) มารดาที่อยู่บ้านเดียวกันหรืออยู่ด้วยกันเป็นครั้งคราว มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่ามารดาที่แยกกันอยู่กับสามี ($F(2,392) = 16.99, p < .001$) และมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ($F(2,392) = 5.57, p = .004$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับสามี และรายได้ของครอบครัว (n= 395)

ตัวแปร	n	M	SD	SSB	SSW	dfB	dfW	MSB	MSW	F	p	แปลผล
อายุ												
≤ 20 ปี	104	3.38	0.60	6.61	164.02	2	392	3.31	0.42	7.90 ^a	<.001	≤20 ปี และ
31-30 ปี	138	3.36	0.60									21-30 ปี ดีกว่า
> 30 ปี	153	3.11	0.71									>30 ปี
รวม	395	3.27	0.66	Levene's Test of Equality of Error Variance								
F = 0.679, df1 = 2, df2 = 392, p-value = .508												
ระดับการศึกษา												
ประถม	90	3.45	0.60	5.53	165.10	2	392	2.77	0.42	6.57 ^b	.002	ประถมศึกษา
มัธยม	220	3.17	0.68									กว่า มัธยมศึกษา
ป.ตรีขึ้นไป	85	3.33	0.63									
รวม	395	3.27	0.66	Robust Test of Equality of Means								
Welch = 6.90, df1 = 2, df2 = 186.46, p-value = .001												
ความสัมพันธ์กับสามี												
อยู่บ้านเดียวกัน	29	3.19	0.65	13.61	157.02	2	392	6.81	0.40	16.99 ^b	<.001	อยู่บ้าน
อยู่ด้วยกัน	62	3.70	0.54									เดียวกัน หรือ
เป็นครั้งคราว												อยู่ด้วยกันเป็น
แยกกันอยู่	37	3.22	0.60	Robust Test of Equality of Means								ครั้งคราว ดีกว่า
รวม	395	3.27	0.66	Welch = 21.88, df1 = 2, df2 = 81.08, p-value = <.001								แยกกันอยู่
รายได้ของครอบครัว												
≤ 10,000	151	3.39	0.72	4.72	165.91	2	932	2.36	0.42	5.57 ^b	.004	≤10,000
10,001-20,000	157	3.14	0.64									บาท ดีกว่า
>20,000	87	3.28	0.54									10,001-20,000 บาท
รวม	395	3.27	0.66	Robust Test of Equality of Means								
Welch = 5.18, df1 = 2, df2 = 237.16, p-value = .006												

หมายเหตุ p<.05, a = one way ANOVA, b = Welch test, SS = Sum of Square, MS = Mean Square

4. ผลการเปรียบเทียบการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดกับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก โดยใช้การทดสอบค่าที (independent samples t-test) พบว่า มารดาที่

เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่ามารดาที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(393) = 2.36, p = .019$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดกับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด (n = 395)

ตัวแปร	n	M	SD	Levene's Test of Equal of			t	df	p-value	แปลผล
				Variance		Equal				
				F	sig					
เคย	293	3.32	0.61	3.58	.06	assumed	2.36*	393	.019	เคย ดีกว่า ไม่เคย
ไม่เคย	102	3.14	0.77							
รวม	395	3.27	0.66							

*p < .05

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษามารดาที่มีการคลอดครั้งแรก สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27$, $SD = 0.66$) ถึงแม้ว่าตัวอย่างวิจัยในครั้งนี้ร้อยละ 74.18 จะเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อนแต่มารดาที่เป็นตัวอย่างวิจัยรับรู้ว่ตนเองยังไม่สามารถการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีเท่าที่คาดหวังไว้ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีการคลอดครั้งแรกยังสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ไม่ดีเท่าที่ควร และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า มารดามีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดทางด้านปัญญอยู่ในระดับดี แสดงว่ามารดายังมีสติการรับรู้ในระดับที่ดีแต่ยังไม่สามารถใช้วิธีการจัดการความปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณได้เท่าที่ควร ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามารดาครรภ์แรกยังไม่เคยมีประสบการณ์ของการรับรู้ถึงความเจ็บปวดจากการคลอดมาก่อน จึงทำให้ไม่ทราบวิธีการจัดการความปวดที่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับความปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

ร่างกาย เช่น มดลูกหดตัวถี่ขึ้น ร่างกายเหนื่อยล้า ซึ่งรวมถึงการถูกจำกัดการได้รับสารน้ำ ความวิตกกังวลต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ไม่มีบุคคลใกล้ชิดอยู่ด้วย ไม่มีความเป็นส่วนตัว อาจส่งผลทำให้เกิดความผันแปรต่อความสามารถของมารดาในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้⁴

มารดาที่มีการคลอดครั้งแรกที่มีอายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับสามี รายได้ของครอบครัว และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างกัน มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างกัน โดยมารดาที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ โอฮักเว และคณะ¹⁶ ที่พบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าสามารถรับมือกับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ามารดาที่มีอายุน้อยนั้นอยู่ในกลุ่มเจนเอเรชันซี (generation Z) ที่เติบโตมากับสิ่งอำนวยความสะดวกและเทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้สามารถในการเข้าถึงข้อมูลและเรียนรู้ได้เร็วกว่ากลุ่มคนเจนเอเรชันวาย (generation Y) จึงทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดและการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้มากกว่า ทำให้สามารถปรับตัวและรับมือกับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุ

มากกว่า 30 ปีขึ้นไป และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า มารดาที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อนมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีกว่ามารดาที่ไม่เคยได้รับข้อมูลมาก่อน ข้อมูลดังกล่าวมารดาอาจได้จากการสืบค้นเข้าถึงข้อมูลด้วยตนเอง หรือการให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในความดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลดา ลัดดางาม และคณะ⁴ ที่พบว่าการที่มีผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้เรื่องการคลอดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดจะทำให้มารดาสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดได้ระหว่างเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังพบอีกว่า มารดาที่จบระดับประถมศึกษามีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่าระดับมัธยมศึกษา ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ อคาศรี และโอเคโสภา⁹ ที่พบว่า มารดาที่จบระดับประถมศึกษาและอุดมศึกษามีการรับรู้การเจ็บปวดและการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีกว่ามารดาที่ไม่มีการศึกษา และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ซึ่งเป็นไปได้ว่าระดับการศึกษานั้นมีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัว โดยครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีรายได้ของครอบครัวสูง แต่จากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่ผู้วิจัยคิดว่าอาจมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว ที่ส่งผลให้มารดาที่จบระดับประถมศึกษาและมีรายได้ของครอบครัวน้อยมีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่ามารดาที่จบระดับมัธยมศึกษา และมีรายได้ครอบครัวสูงกว่า ซึ่งอาจต้องทำการศึกษาเชิงลึกต่อไป อาจพบตัวแปรใหม่ที่สำคัญและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาโดยตรง สำหรับความสัมพันธ์

ของมารดาผู้คลอดกับสามีในการศึกษานี้ พบว่า มารดาที่อยู่บ้านเดียวกันหรืออยู่ด้วยกันเป็นครั้งคราว มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่ามารดาที่แยกกันอยู่กับสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาเซียโต และคณะ¹⁰ ที่พบว่า การได้รับสนับสนุนจากคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ มีบทบาทสำคัญในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา เช่น การให้กำลังใจมารดาในระหว่างการเจ็บครรภ์ เป็นต้น ทั้งนี้ การได้รับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี อยู่กับสามีในระหว่างตั้งครรภ์ ได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจ ทำให้มีความมั่นใจและมีกำลังใจในเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดนั้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกต่อการคลอดของมารดา เช่น ความเจ็บปวดลดลง ความวิตกกังวลกลัวการคลอดลดลง สามารถเผชิญเหตุการณ์การคลอดได้ และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น¹⁷

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาความสัมพันธ์กับสามี และรายได้ของครอบครัวของมารดาที่มีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดีกว่าส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มของมารดาที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อนร่วมด้วย ดังนั้นในการให้คำแนะนำหรือสาธิตการเผชิญความปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดให้กับมารดาควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลอีกครั้งควรให้ความสำคัญกับการประเมินประสิทธิผลของการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรกเป็นระยะอย่างใกล้ชิด หากวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาปฏิบัติอยู่ไม่สามารถช่วยบรรเทาความปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดได้ พยาบาลผู้ดูแลควรพิจารณาให้คำแนะนำหรือสาธิตวิธีการจัดการความปวดวิธีอื่นให้เหมาะสมกับมารดา

วารสารกองการพยาบาล

เพื่อช่วยบรรเทาความปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดดังกล่าว จะสามารถช่วยจัดการความปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดได้ แต่ก็มีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้มารดาไม่สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการจัดการปวดที่ไม่เพียงพอหรือมีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติน้อย การได้รับการสนับสนุนหรือกำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด การทนต่อความเจ็บปวดของมารดามีน้อย จนไม่สามารถเผชิญความปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาเพียงพอเพียงอย่างเดียว มารดาบางรายมีความคาดหวังต่อการเลือกใช้ยามากกว่าการใช้การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคลากรทางสุขภาพอาจต้องนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติมเพื่อนำมาบูรณาการรูปแบบการให้บริการมารดาขณะเจ็บครรภ์คลอดให้มีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ในการใช้เป็นแนวทางสำหรับการคัดกรองและประเมินผู้รับบริการ สำหรับการให้คำแนะนำพร้อมทั้งสาธิตวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ว่าบุคคลใดต้องให้ความรู้และเอาใจใส่มากเป็น

พิเศษ เช่น มารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป มารดาที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน เป็นต้น เพื่อให้มารดาสามารถรับมือกับการเจ็บครรภ์คลอดได้จนถึงสิ้นสุดการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่แตกต่างกันในการบรรเทาความปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดของมารดาที่มีการคลอดปกติ เพื่อนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำและสาธิตวิธีการบรรเทาความปวดหรือพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับมารดาให้สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 อาจมีการทดลองนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น เทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน (Virtual reality: VR) หรือแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ ที่อาจเอื้อต่อการบรรเทาความปวดของมารดาขณะเจ็บครรภ์คลอด

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยปทุมธานี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและมารดาผู้คลอดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

References

1. Elgzar WT, Alshahrani MS, Ibrahim HA. Non-pharmacological labor pain relives methods: Utilization and associated factors among midwives and maternity nurses in Najran, Saudi Arabia. *Reproductive Health* 2024;21(1):11.
2. Karlsdottir SI, Sveinsdottir H, Kristjansdottir H, Aspelund T, Olafsdottir OA. Predictors of women's positive childbirth pain experience: Findings from an Icelandic national study. *Women and Birth* 2018;31(3):e178-e184.
3. Alirezaei S, Roudsari RL. The needs of incarcerated pregnant women: A systematic review of literature. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2022;10(1):2-17
4. Pimlada Laddangam, Supiya Wirifai, Supattra Auntarin. Perceived self-efficacy in coping with labor pain. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office* 2020;6(1):4-15. Thai.
5. Palet-Rodríguez M, Torrubia-Pérez E. The usefulness of complementary therapies in pain management during childbirth: An integrative review. *Enfermería Glob* 2023;70: 481-496.
6. Chonglak Taveekaew, Kalaya Bouban, Saipin Ketkaew. Coping with pain in the first stage of labour and the role of midwifery in the new dimension. *Vajira Med J.* 2019;63(3): 231-8. Thai.
7. Esan DT, Adugbo JE, Fawole IO, Akingbade O. Coping experiences of Nigerian women during pregnancy and labour: A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2023;11(1):23-33.
8. Brown GK, Nicassio PM. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987;31(1):53-64.
9. Akadri AA, Odelola OI. Labour pain perception: Experiences of Nigerian mothers. *Pan African Medical Journal* 2018; 30:288.
10. Aziato L, Acheampong AK, Umoar KL. Labour pain experiences and perceptions: A qualitative study among post-partum women in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017;17(1):73.
11. Thies-Lagergren L, Ólafsdóttir ÓÁ, Sjöblom I. Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. *Women and Birth* 2021;34(2):122-7.
12. de Oliveira Silva CB, Rodrigues KMD, Zoldan C, Nomura RMY, Júnior EA, Peixoto AB. Nonpharmacological methods to reduce pain during active labor in a real-life setting. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2023;45(1):3-10.
13. Abushaikha LA. Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing* 2007;18(1):35-40.

14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
15. Best JW. Research in education. 3rd. ed. Prentice Hall; 1977.
16. Ohakwe GC, Imhonde HO, Mbachhi VC. Age, income, and medico-obstetric history as predictors of anxiety and psychological well-being among pregnant women in Ibadan. International Journal of Health and Psychology Research 2020;8(3):1-15.
17. Rungnapha Mahitthi, Piriya Supasri, Wantana Suppaseemanont. Effect of the family preparation for labour support program on families' perceived self-efficacy and parturient satisfaction. Chonburi Hospital Journal 2017;42(3):205-12. Thai.

การเข้ารับบริการฝากครรภ์: มุมมองหญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงาน

อุทัยทิพย์ ทองฉวี*

พย.บ.

ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์**

พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)

(รับ: 10 กันยายน 2567, แก้ไข: 26 ตุลาคม 2567, ตอรับ: 1 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ 10 คน และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพผู้ปฏิบัติงาน 20 คน ในพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สรุปอุปนัย

ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพผู้ปฏิบัติงานมีมุมมองที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ใน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัจจัยจากตัวหญิงตั้งครรภ์ คือ ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ ขาดความเข้าใจในกระบวนการรับบริการฝากครรภ์และความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ (2) ปัจจัยด้านกระบวนการของการรับบริการฝากครรภ์ คือ ระยะเวลาการเปิดบริการฝากครรภ์ที่ไม่เอื้ออำนวย (3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ คือ การขาดงานหรือลาทำงานที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ และ (4) ปัจจัยทางสังคม คือ ยังไม่ผ่านพิธีแต่งงานจึงจำเป็นต้องปกปิดการตั้งครรภ์ ดังนั้นการส่งเสริมการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ให้ประสบความสำเร็จ จึงต้องอาศัยการให้ข้อมูล การทำความเข้าใจในกระบวนการให้บริการฝากครรภ์ การจัดช่วงเวลาการให้บริการที่เหมาะสมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และการช่วยเหลือกลุ่มที่ต้องการปกปิดการตั้งครรภ์

คำสำคัญ : การฝากครรภ์ล่าช้า ปัจจัยการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Email: Tippawan@bcnt.ac.th

Antenatal Care Service: Perspectives of Pregnant Women and Health Workers

Uthaihip Thongchawee*

B.N.S

Thippawan Boonyaporn**

M.N.S. (Nursing)

(Received: September 10, 2024, Revised: Oct 26, 2024, Accepted: December 1, 2024)

Abstract

This qualitative study aimed to investigate factors influencing antenatal care after 12 weeks. The sample consisted of 10 pregnant women and 20 healthcare personnel in Na Yong District, Trang Province. Data were collected using in-depth interviews and were analyzed using inductive summary analysis.

The results revealed that the pregnant women and the healthcare personnel shared similar perspectives on factors affecting antenatal care after 12 weeks in four issues: (1) factors related to the pregnant woman included not knowing that she was pregnant, lack of understanding about the process of receiving prenatal care services, and the need of support from her family; (2) factors related to the process of receiving antenatal care services, for instance inconvenient opening of the service hours; (3) economic factors, for example absences or leave that affect the income; and (4) social factors, such as not being married, thereby necessary to conceal the pregnancy. Therefore, the success of promoting antenatal care before 12 weeks required providing information, a thorough understanding process of the antenatal care service provision, arranging of suitable service times for the pregnant women, and assisting the women who need concealing their pregnancies.

Keywords: delayed prenatal care, prenatal care factors, pregnant women

* Expert nurse, Na Yong District Public Health Office, Trang Province.

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

บทนำ

การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพส่งผลให้สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย เนื่องจากมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการตายของมารดาตลอดจนส่งเสริมให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและมีสุขภาพที่ดีในตลอดช่วงวัย¹ ผลการดำเนินงานของคลินิกฝากครรภ์ในประเทศไทย โดยเฉพาะการเข้ารับ บริการมาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ในภาพรวมของประเทศ ยังมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นแบบไม่คงที่ คือ ร้อยละ 78.86, 79.88 และ 75.05 ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566² ตามลำดับ แม้ว่าร้อยละการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จะบรรลุค่าเป้าหมายร้อยละ 75 แต่ผลการดำเนินงานยังมีประเด็นความท้าทาย ในเรื่อง การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ ให้เข้าระบบฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่หญิงตั้งครรภ์ และการปรับระบบบริการให้เหมาะสมกับความต้องการและชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ ที่ทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพหรือเพิ่มคุณภาพ ในการเข้าถึงบริการ

การเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดตรัง และอำเภอนาโยง ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 มีแนวโน้มเช่นเดียวกับผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ² ร้อยละ 81.37, 93.10 , 78.72 และ ร้อยละ 78.26, 83.60, 79.19 ตามลำดับ แม้ว่าผลการดำเนินงานด้านการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ของอำเภอ นาโยงนั้น ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายของกรมอนามัย อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์และทบทวนคุณภาพของการดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์ในภาพรวมของอำเภอ นาโยง ในปีงบประมาณ 2566 ยังพบอัตราการ

คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.85 ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.26 หรือหญิงตั้งครรภ์

มีภาวะโลหิตจางในช่วงของอายุครรภ์ก่อน 32 สัปดาห์ ร้อยละ 6.38² ซึ่งส่วนหนึ่งของภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก ได้แก่ การมาฝากครรภ์ล่าช้า และการค้นหาความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ไม่ครอบคลุม

การดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์ (Antenatal care: ANC) มีจุดประสงค์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์ โดยไม่ทำให้สุขภาพของมารดาทรุดโทรมลง ซึ่งการดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์มีประโยชน์อย่าง มากในด้านการป้องกัน การรักษาและลดอัตราการตายของทั้งมารดาและทารก ซึ่งหลักสำคัญของการฝากครรภ์ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ โภชนาการตลอดจนการดูแลด้าน สังคมและจิตใจ ซึ่งช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดได้จากนิยามขององค์การอนามัยโลก การฝากครรภ์คือการดูแลในช่วงก่อนคลอด ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรอง และการให้การรักษาในขณะตั้งครรภ์³ นอกจากนี้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดคำนิยามของการฝากครรภ์คุณภาพ คือ สตรีตั้งครรภ์ปกติที่ไม่มีความเสี่ยง จะต้องผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมทั้งได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ รวมถึงได้รับบริการชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามินตามสิทธิประโยชน์ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์และฝากครรภ์ตามนัดจำนวนอย่างน้อย 5 ครั้ง กรณีที่ไม่มีความเสี่ยงในปัจจุบันมีการปรับเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ

จากเดิม 5 ครั้ง เป็น 8 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพตามช่วงอายุ ดังนี้ การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ $\leq 12 + 6$ สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13-20 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 21-26 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 27-30 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 31-34 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 เมื่ออายุครรภ์ 35-36 + 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 เมื่ออายุครรภ์ 37-38 + 6 สัปดาห์ และครั้งที่ 8 เมื่ออายุครรภ์ 39-40 + 6 สัปดาห์ ซึ่งยังคงกิจกรรมที่คล้ายคลึงเดิม⁴

การค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงนั้น เป็นการติดตามและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของมารดาและทารกให้ดำเนินไปด้วยดีตลอดระยะการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อให้การดูแลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเป็นพิเศษ ซึ่งองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 8 ครั้ง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และควรมีฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารก ทำให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถให้การวินิจฉัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้² หากหญิงตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์ล่าช้าหรือค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มารับบริการฝากครรภ์ช้า จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยง เช่น การคัดกรองโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ขาดการเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น หรือไม่ได้รับยาบำรุงต่าง ๆ ไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องโภชนาการ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะขาดแร่ธาตุที่สำคัญ เช่น เหล็ก ไอโอดีน และโฟเลตได้ เป็นผลให้มารดาเกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัย

สำคัญที่เป็นสาเหตุการตายของมารดาในทุกระยะของการตั้งครรภ์และการคลอด และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และที่สำคัญอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจเสียชีวิตในครรภ์ได้ จากงานวิจัยของจารินี คุณทวีพันธุ์และคณะ⁵ พบว่า การวินิจฉัยและคัดกรองความเสี่ยงได้ช้า บางรายมีปัญหาในการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย การคัดกรองในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พบว่าขาดความครบถ้วนในการคัดกรองความเสี่ยง ร้อยละ 30.78 การซักประวัติไม่ครอบคลุม ร้อยละ 36.48 ขาดความครบถ้วนในการบันทึกการตรวจร่างกาย ร้อยละ 25.69 และขาดความครบถ้วนในการบันทึกผลเลือด ร้อยละ 18.7

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า มีสาเหตุและปัจจัยหลายประการ ที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์ นอกจากนี้การศึกษาวินิจฉัยเชิงปริมาณ อาจมีประเด็นเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับบริการที่หญิงตั้งครรภ์ยังไม่ได้ถ่ายทอดหรือบอกเล่าให้ผู้ปฏิบัติงาน เข้าใจบริบทและประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน ดังนั้น เพื่อให้ได้รากเหง้าของปัญหาที่แท้จริง การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงสาเหตุของการฝากครรภ์ล่าช้า โดยผ่านประสบการณ์ของทั้งหญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานในครั้งนี้ จะสามารถนำข้อมูลเชิงลึกมาใช้วางแผนและปรับปรุงวิธีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าระบบการฝากครรภ์และคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพโดยเร็วที่สุด ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาเหตุของการเข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์จากประสบการณ์และมุมมองของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประเภทแนวปรากฏวิทยา (Phenomenology study) เป็นการศึกษา ถึงสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ตามแนวคิดของเอดมุนด์ ฮัสเซิล (Edmund Husserl) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้วยการค้นหาโดยตรง (Direct exploration) วิเคราะห์และบรรยายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมุติฐาน ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 3 กระบวนการ คือ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ และการบรรยายปรากฏการณ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยกำหนด คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล (Key informants) ที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ 10 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ตั้งครรภ์และมีประวัติฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (3) เข้ารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่อำเภอ นานาโยง (4) สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี พูดคุยเป็นภาษาไทยหรือภาษาใต้ได้ และ (5) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ 10 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ (1) ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอนามัยแม่และเด็กไม่น้อยกว่า 1 ปี และ (2) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย การคำนวณกลุ่มตัวอย่างพิจารณาตามหลัก ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation)

เมื่อไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ได้รับเริ่มซ้ำกัน และเพียงพอต่อการตอบคำถามการวิจัย โดยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลจากเวชระเบียน และทะเบียนประวัติ หลังจากนั้นเข้าพบและถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) 2 ชุด ดังนี้ (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัย โดยเป็นแนวคำถาม เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคของการมาฝากครรภ์จำนวน 5 ประเด็น และ (2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัย โดยเป็นแนวคำถาม เกี่ยวกับจุดอ่อนและจุดแข็ง ปัญหา และหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ความต้องการความช่วยเหลือจำนวน 6 ประเด็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบคุณภาพโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก 1 คน พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน และความเหมาะสมของคำถามในแต่ละประเด็น รวมถึงการพิจารณาว่าคำถามเหล่านั้นสามารถสะท้อนถึงข้อมูลที่ต้องการศึกษาได้ครบถ้วนหรือไม่ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่จำเป็นต่อการปรับปรุงเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตาม

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่มีลักษณะเหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน กลุ่มละ 3 ราย จากนั้นถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลที่ระวาย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมความชัดเจน และความเข้าใจของข้อคำถามต่างๆ และร่วมวิเคราะห์ข้อคำถามกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน และมีความต่อเนื่องในการถามมากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ (1) ขอให้ท่านเล่าประสบการณ์ของการรับบริการฝากครรภ์ว่าเป็นอย่างไร (2) ท่านคิดว่าสาเหตุที่ท่านมารับบริการหลังการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์นั้นเกิดจากอะไร และท่านรู้สึกอย่างไร โดยแต่ละคำถามจะสลับไหลต่อเนื่องไปตามบริบทของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระและมีความยืดหยุ่นในการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก โดย นักหมายวันเวลาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงาน ใช้เวลาสัมภาษณ์คนละประมาณ 45-60 นาที เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลอาจมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม 1-2 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที รวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) การสัมภาษณ์ จัดขึ้นในเดือน เมษายน 2567 ที่บ้านของหญิงตั้งครรภ์และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลา รวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) และสัมภาษณ์จนไม่มีข้อมูลใหม่ๆ เกิดขึ้น ใช้การสัมภาษณ์ 2 ครั้ง โดยการ

สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที ครั้งที่ 2 และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง เลขที่ IRB of BCNT 13/2567 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้ (1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือ และอธิบายสิทธิของผู้ให้ข้อมูล เช่น การปฏิเสธการตอบคำถามหรือยุติการเข้าร่วมได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลได้รับโอกาสซักถามก่อนลงนามในใบยินยอม (2) ก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเก็บรักษาความลับ จัดสถานที่สัมภาษณ์เป็นส่วนส่วนตัวสะดวกต่อผู้ให้ข้อมูล นัดหมายล่วงหน้า และประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งตลอดกระบวนการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสังเคราะห์เชิงคุณภาพ จากผลการวิจัย ข้อมูลจากเอกสาร และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ของผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในแต่ละประเด็นคำถาม ทั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ตามแนวทางของลินคอร์นและกูปา⁶ ได้แก่ (1) การตรวจสอบด้านข้อมูล (Data Triangulation) ผ่านการยืนยันข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checks) และเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (2) การตรวจสอบด้านวิธีเก็บข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยใช้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม และ (3) การตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) เพื่อลดอคติใน

วารสารกองการพยาบาล

การวิเคราะห์ หลังสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเสียงคำต่อคำ (Verbatim) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่กันเพื่อสรุปประเด็นที่สำคัญอย่างถูกต้องและครบถ้วน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าอายุน้อยที่สุด คือ 19 ปี และมากที่สุด คือ 32 ปี มีอายุเฉลี่ย 25 ปี ส่วนมากมีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 70 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60 เป็นข้าราชการ และแม่บ้าน ร้อยละ 20 เท่ากัน ส่วนผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ มีอายุน้อยที่สุด คือ 28 ปี และมากที่สุด คือ 58 ปี มีอายุเฉลี่ย 41 ปี การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานน้อยที่สุด คือ 4 ปี และมากที่สุด คือ 17 ปี ประสบการณ์การการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11 ปี ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้มี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า การมาฝากครรภ์ล่าช้าเกิดจากตัวบุคคลหรือหญิงตั้งครรภ์เอง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ

1.1 การขาดความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การไม่ทราบที่ตั้งครรภ์ เนื่องมาจาก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การไม่ได้สังเกตตัวเอง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ไม่รู้ตัว ไม่ทราบที่ตั้งครรภ์.....” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 1)

“ไม่มีอาการ เลยทำให้ไม่รู้ที่ตั้งครรภ์” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 2)

“ไม่แน่ใจว่าตั้งครรภ์ อาการไม่แน่ชัด ไม่ได้ตรวจการตั้งครรภ์” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 7)

“จำประจำเดือนไม่ได้ ประจำเดือนขาด 3 เดือน คิดว่าปกติเลยไม่รู้ว่าจะท้อง” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 6)

“ไม่ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์ เพราะกินยาคุมกำเนิดอยู่ตลอด” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 8)

“ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่รู้ว่าจะท้อง....”

(หญิงตั้งครรภ์คนที่ 10)

“ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ ไม่รู้ว่าต้องมาฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าท้อง” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 4)

“ไม่ให้ความสำคัญกับการมาฝากครรภ์ โดยเฉพาะครรภ์หลัง เพราะคิดว่าครรภ์แรกปกติ” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 7)

1.2 ขาดความเข้าใจในกระบวนการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้า ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ไม่ได้มาเลยทันทีไม่ทราบขั้นตอนบริการในการฝากครรภ์ ต้องถามเพื่อน” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 3)

“ไม่ทราบว่าต้องมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 5)

1.3 ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์

“อยากให้คนในครอบครัว พามาฝากท้อง.....” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 2)

“ไม่มีใครมาส่งเวลามาฝากครรภ์ มีปัญหาเรื่องการเดินทาง.....” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 4)

2. **กระบวนการของการรับบริการ** หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงาน สะท้อนว่า ระยะเวลาของการเปิดบริการไม่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้า ส่วนผู้ปฏิบัติงานต้องทำหน้าที่ตามกำหนดเวลาของทาง

ราชการทำให้บริการไม่ตรงกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่า

“มีปัญหาเรื่องเวลางานกับเวลาฝากครรภ์ไม่ตรงกัน” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 1)

“ทำงานเป็นกะ ตารางทำงานไม่ตรงกับวันคลินิก” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 4)

“วันคลินิก (วันให้บริการของแผนกฝากครรภ์) ไม่ตรงกับวันหยุดงาน...” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 6)

“หญิงตั้งครรภ์ต้องฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และที่โรงพยาบาลทำให้สับสนกับวันนัดไม่มี” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 3)

“.....ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตรงกับวันนัด เนื่องจากต้องไปทำงานนอกพื้นที่” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 5)

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า การทำงานในปัจจุบัน ยังไม่เอื้ออำนวยให้แรงงานเพื่อมาฝากครรภ์ได้ บางรายหากกลางานต้องหักเงินเดือนหรือรายได้ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ต้องหยุดงานทำให้ไม่มีรายได้.....” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 2)

“ไม่ว่าง ว่างงานไม่ได้ โดนหักค่าจ้าง” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 9)

“...ลายาก บางครั้งต้องโดนหักดั่งค์ (เงิน)” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 6)

“.....มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ต้องทำงานต่างอำเภอ” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 5)

“.....ย้ายที่อยู่” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 10)

4. ปัจจัยทางสังคม กลุ่มตัวอย่างบางคนตั้งครรภ์แบบไม่พร้อม ยังไม่ผ่านพิธีแต่งงาน ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยที่ควรจะต้องแต่งงานก่อนการตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องปกปิด ส่งผลทำให้ต้องเลื่อนการมาฝากครรภ์

จนกว่าจะสามารถเปิดเผยตนเองได้ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่า

“ไม่ต้องการให้ใครทราบว่าตั้งครรภ์ ยังไม่แต่งงาน ยังไม่พร้อมบอกใคร” (หญิงตั้งครรภ์คนที่ 12)

“หญิงตั้งครรภ์อายุน้อย ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์.....” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 1)

“ไม่กล้ามาฝากครรภ์เพราะไม่อยากจะให้คนอื่นรู้ว่าตั้งครรภ์” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 2)

“ไม่ได้วางแผนการมีบุตร.....” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 6)

“ครรภ์วัยรุ่นไม่ต้องการให้ใครทราบว่าตั้งครรภ์... ไม่กล้าบอกผู้ปกครอง ปกปิด” (ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 10)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า หลัง 12 สัปดาห์ ในอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า หลัง 12 สัปดาห์ มาจากปัจจัย 4 ประเด็น ซึ่งสามารถอภิปรายตามปัจจัยที่พบได้ ดังนี้

1. ปัจจัยจากตัวบุคคล

ผลการศึกษานี้ได้ข้อค้นพบ ประเด็นปัจจัยจากตัวบุคคล ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนประเด็นย่อย 3 ประเด็น คือ 1) ขาดความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ 2) ขาดความเข้าใจในกระบวนการรับบริการฝากครรภ์ และ 3) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ การเริ่มต้นฝากครรภ์ ซึ่งเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ และสอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร ราชภูติและคณะ⁷ พบว่า หญิงตั้งครรภ์รู้ว่าตนเองสบายดีและสามารถทำงานได้อย่างปกติ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ไม่ได้วางแผนการ

ตั้งครรภ์และไม่ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์เนื่องจากรอบเดือนมาไม่สม่ำเสมอ จึงไม่มาฝากครรภ์ อีกทั้งงานวิจัยของวัชรกร กุชโร⁸ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด สนับสนุนในประเด็นนี้ว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ได้เนื่องจากเป็นครรภ์แรก ไม่มั่นใจว่าตนตั้งครรภ์ รอให้ครรภ์โตก่อนจึงมาฝากครรภ์ และสอดคล้องกับงานวิจัยของเดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์⁷ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์หรือการที่ไม่มีอาการของการตั้งครรภ์ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน จึงคิดว่าตนเองไม่ได้ตั้งครรภ์ ทำให้มาฝากครรภ์ช้า การขาดความเข้าใจในกระบวนการรับบริการฝากครรภ์ทำให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้า เนื่องจากไม่ทราบขั้นตอนบริการ ไม่ทราบว่าต้องมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และไม่ทราบประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับณัฐดนัย มะลิวัน¹⁰ ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ผลเสียของการฝากครรภ์ช้า ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ อีกทั้งงานวิจัยของเดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์⁸ พบว่า การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์เร็ว เนื่องจากขาดความรู้เรื่องประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็ว หรือการไม่รู้ว่าเมื่อใดควรมาฝากครรภ์ เช่นเดียวกับ งานของอศิราภ มีคำแสน¹¹ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้และความตระหนักของตัวบุคคลมีความสำคัญต่อการมาฝากครรภ์ที่เร็วขึ้น และปัจจัยส่วนบุคคลด้านความต้องการในการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์อยากเป็นคนในครอบครัว คู่สมรสพาตนเองมาฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของพรพรรณ บุญนุกุล

และคณะ¹¹ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะผู้นำหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อย ไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ทำให้การเข้ารับบริการต้องมีภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเข้ารับบริการ อีกทั้งงานวิจัยของชนัตต์ มาลัยกนก⁵ พบว่า กลุ่มที่มาฝากครรภ์ปกติส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน และงานวิจัยของอัมมร บุญช่วย¹² สนับสนุนในประเด็นนี้ว่า แรงสนับสนุนจากคู่สมรสและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์

2. กระบวนการของการรับบริการ

ในกระบวนการของการฝากครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า ระยะเวลาของการเปิดบริการไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ทำให้มาฝากครรภ์ล่าช้า หญิงตั้งครรภ์บางรายมีปัญหาเรื่องเวลางาน กับเวลาบริการรับฝากครรภ์ไม่ตรงกัน ทำงานเป็นกะเวลางานไม่ตรงกับวันคลินิกให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตรงกับวันนัด เนื่องจากต้องไปทำงานนอกพื้นที่ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ บุญนุกุล และคณะ¹³ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากหลัง 12 สัปดาห์ได้แก่ ไม่มีเวลามาฝากครรภ์เนื่องจากภาระการทำงาน เพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว โดยหญิงตั้งครรภ์ให้ความสำคัญต่อการดำรงชีพมากกว่าการตัดสินใจในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ อีกทั้งงานวิจัยของพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ และคณะ¹³ สนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้ในประเด็นหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้าเนื่องจากเห็นว่าภาระหน้าที่การงานสำคัญกว่าจึงไม่มาฝากครรภ์

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ในการมาฝากครรภ์นั้น หญิงตั้งครรภ์ต้องมาในเวลาราชการซึ่งตรงกับเวลาทำงาน ทำให้ต้องลางานหรือขาดงานเพื่อมารับบริการฝากครรภ์

อันกระทบต่อรายได้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จึงทำให้เลือกที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ อีกทั้งการฝากครรภ์แต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ถึงแม้รัฐบาลจะมีนโยบายฝากครรภ์ฟรีทุกสิทธิ แต่หญิงตั้งครรภ์ ก็ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ เกิดขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารขณะรอตรวจ และยังคงต้องลงงาน ทำให้โดนหักค่าจ้าง บางครั้งสามีต้องลงงานด้วยทำให้โดนหักค่าจ้างไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์⁷ พบว่า ปัจจุบันการฝากครรภ์ไม่มีค่าใช้จ่ายจากระบบบริการ แต่ยังมีค่าใช้จ่ายแฝงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมารับบริการฝากครรภ์ได้เร็ว เช่น ค่าเดินทาง รวมถึงการขาดรายได้เมื่อหยุดงานเพื่อมาฝากครรภ์ อีกทั้งงานวิจัยของเอี่ยมพร ราชภูมิ และคณะ⁶ ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ทำให้มาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ เช่นเดียวกับ งานวิจัยของกนกวรรณ ใจพิงค์¹⁵ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า ได้แก่ ปัญหาทางการเงินและความยากจน

4. ปัจจัยทางสังคม

ในสังคมไทยมีชนบทธรรมเนียมประเพณีเรื่องการแต่งงาน หญิงตั้งครรภ์ควรเป็นผู้หญิงที่ผ่านพิธีการแต่งงานแล้ว จึงเป็นเหตุให้หญิงบางรายปกปิดการตั้งครรภ์ จากสาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อม กลัวครอบครัวของตนเองอับอาย กลัวคนในครอบครัวรู้ว่ากำลังตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์อาจปฏิเสธการตั้งครรภ์ ทำให้เลื่อนการฝากครรภ์ออกไป และปกปิดการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการตัดสินใจมาฝากครรภ์ครั้งแรกและเป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ล่าช้าออกไป ดังงานวิจัยของทิพย์วรรณ โพธิ์ตาและคณะ¹⁶ ศึกษาปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใน

ชุมชน พบว่า การยอมรับการตั้งครรภ์ของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนและเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม เป็นปัญหาสังคมและครอบครัว¹⁰ ส่งผลให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ นกพร ชัยมาโย และคณะ¹⁷ ยังสนับสนุนว่าการที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สามารถเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อย เพราะเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จึงส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มาก ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในช่วงอายุใด หากหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ผ่านพิธีแต่งงาน ยังคงทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องปกปิดการตั้งครรภ์และชะลอการฝากครรภ์ออกไป

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการคัดกรองและค้นหาความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ให้เข้าระบบการฝากครรภ์ตั้งแต่รู้ที่ตั้งครรภ์ ตลอดจนการปรับปรุงบริการฝากครรภ์ให้เข้าถึงง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ไขปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารกอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยทำให้เกิดความเข้าใจในปัจจัยและสาเหตุของการฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ จากหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว สังคม หน่วยงานบริการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ จึงขอเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

วารสารกองการพยาบาล

1. หน่วยงานทางด้านสุขภาพสร้างความเข้าใจและให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ข้อดีของการมาฝากครรภ์เร็ว และประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชน เพื่อการแก้ไขปัญหาการมาฝากครรภ์ล่าช้า

2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ความรู้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์

3. หน่วยบริการวางแผนค้นหาคู่สมรสใหม่ และรณรงค์เตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ โดยอาสาสมัครแกนนำสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. จัดบริการคลินิกฝากครรภ์นอกเวลารองรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบปัญหาไม่สามารถมารับบริการในวันและเวลาราชการได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบ การค้นหาและการคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาลักษณะของมารดาและทารกที่เกิดจากการฝากครรภ์ล่าช้า

3. ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์

Reference

1. Chatakamon Pornpanyawaranont. Quality antenatal care for pregnant women in Thailand. [Master of Arts thesis]. Chulalongkorn University; 2019.Thai.
2. Trang Provincial Public Health Office. Provincial-level Health Data Center (HDC). [Internet]. 2023. Available from <https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.Thai.
3. World Health Organization. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Maternal and fetal assessment update: Imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy. Switzerland: Green Ink; 2022. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046009>.
4. Department of Health, Ministry of Public Health. Antenatal care manual for public health personnel. Health Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health; 2022.Thai.
5. Chanat Malaikanok. Study of factors associated with delayed antenatal care. Health Promoting Hospital, Health Center Region 7 Khon Kaen. [Internet]. [Accessed July 4, 2024]. Available from: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562000801.pdf>.Thai.
6. Lincoln, Y. S., & Guba, E.G. (1985). Naturalistic Inquiry. Sage
7. Aurmporn Ratchaputi, Jantararat Chareonsant, Kannika Kantaruksa. Analysis of incomplete antenatal care visits among pregnant women at Ranong Hospital. Nurs J. 2011;38(3): 20-9. Thai.
8. Wacharakhorn Kucharo. Development of a follow-up visit model for pregnant women at 12 weeks, Nong Phok Hospital, Roi Et Province. J Commun Public Health Coun. 2019;1(3):41-51.Thai.

9. Deuanpen Silpa-anan. Why attend antenatal care: Perspective of pregnant women at Bang Kruai Hospital, Nonthaburi Province. J Prevent Med Assoc Thai. 2014;4(2):125-34.Thai.
10. Natdanai Maliwan. Factors affecting first antenatal care attendance after 12 weeks of gestation in pregnant women at Chiang Saen Hospital. Chiang Rai Med J. 2024;16(1):59-69. Thai.
11. Akhirap Meekhamsaen. Knowledge about antenatal care influencing the first antenatal visit within 12 weeks. J MCU Ubon Review. 2023;8(3):335-48. Thai.
12. Ummorn Bunchuai. Factors influencing quality antenatal care at Chai Buri Hospital, Surat Thani Province. [Internet]. [Accessed July 4, 2024]. Available from <https://www.srth.go.th/home/research.Thai>.
13. Phonphan Bunnukul, Yaowaret Duangdee, Rungnapa Sukkasem. Study on the reasons for delayed antenatal care attendance of pregnant women in Bang Pahan District, Ayutthaya Province. Research Report No. 8. Ayutthaya: Bang Pahan Hospital; [Internet]. [Accessed July 4, 2024] .Thai.
14. Pimolphon Tangiwat, Titiporn Tuangratananon, Julawan Khamtong. Situational analysis of antenatal care practices in Thailand. J Public Health. 2022;31(5):809-25.Thai.
15. Kanokwan Jaiping. Factors associated with delayed antenatal care in pregnant women receiving services at Lamphun Hospital. [Master's thesis]. Chiang Mai University; 2011.Thai.
16. Tippawan Pota, Rungrat Srisuriyawet, Pornnapa Homsin. Causal factors of delayed first antenatal care in teenage pregnant women in the community. J Nurs Health Care. 2019;37(2):180-9.Thai.
17. Napasaporn Chaimayo, Jantararat Chareonsanti, Panpilai Sriarporn. Factors related to antenatal care of pregnant teenagers. J Nurs Health Care. 2016;34(4):106-14.Thai.

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

ญาณนี รัตนไพศาลกิจ*

พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

วิภา หายทุกข์**

พ.ย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

(รับ: 25 กันยายน 2567, แก้ไข: 1 ธันวาคม 2567, ตอรับ: 10 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มี 4 ขั้นตอน: (1) เตรียมการและศึกษาสภาพการณ์ (2) พัฒนารูปแบบและจัดทำคู่มือการนิเทศทางคลินิก (3) ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ (4) นำไปใช้และประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ หัวหน้าและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 14 คน พยาบาลวิชาชีพ 70 คน ผู้ป่วยในที่มีเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบและไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ 136 คน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสำรวจสภาพการณ์นิเทศ และคู่มือการนิเทศทางคลินิก ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามผู้นิเทศ แบบสอบถามผู้รับการนิเทศ และแบบสอบถามผู้ป่วย ค่าความเชื่อมั่น 0.84, 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ และแบบบันทึกข้อมูลการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการนิเทศทางคลินิก มี 2 องค์ประกอบ: (1) การให้ความรู้การนิเทศทางคลินิกแก่ผู้นิเทศ และการให้ความรู้การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพ (2) คู่มือการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย 2.1 ทำความเข้าใจประเด็นการนิเทศ 2.2 กำหนดเป้าหมายการนิเทศ 2.3 วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของประเด็นนิเทศ 2.4 กำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการนิเทศ และ 2.5 สรุปผลการนิเทศร่วมกัน ผลการใช้รูปแบบพบว่า ผู้นิเทศมีความรู้และมีทักษะการนิเทศสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพึงพอใจในระดับมาก (Mean 4.75, SD .33) ผู้รับการนิเทศมีความรู้และมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพึงพอใจในระดับมาก (Mean 4.68, SD .34) ผู้ป่วยพึงพอใจในระดับมาก (Mean 2.89, SD .84) อัตราการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลงจาก 0.29 เป็น 0.13 ต่อ 1,000 วันนอน

คำสำคัญ : รูปแบบ, การนิเทศทางคลินิก, ปอดอักเสบในโรงพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเชียงคำ จ.พะเยา E-mail: yannee.r@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุกรรม 3 โรงพยาบาลเชียงคำ จ.พะเยา

The Development of Clinical Supervision Model for Prevention of Hospital Acquired Pneumonia.

Yanee Rattanaphaisankit* M.N.S (Nursing Administration)

Viva Haithuk** B.N.S

(Received: September 25, 2024, Revised: December 1, 2024, Accepted: December 10, 2024)

Abstract

This research and development study consisted of 4 steps: (1) preparation and situation study; (2) development of the model and clinical supervision manual; (3) model trial and revision; and (4) model implementation and evaluation. The purposive sample composed of 14 head and deputy head nurses, 70 professional nurses, and 136 patients, who were at risk of hospital-acquired pneumonia and did not use ventilator. The research instrument included a clinical supervision situation survey and the clinical supervision manual, that were reviewed by three experts yielding content validity Index of 1.00. Data collection instruments consisted of a supervisor questionnaire, a supervisee questionnaire, the patient questionnaire, yielding reliability of .84, .86, and .89 respectively, including hospital-acquired pneumonia incident recording form. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results found that the clinical supervision model consisted of two components: (1) providing knowledge on clinical supervision to supervisors and providing knowledge on practices to prevent hospital-acquired pneumonia to professional nurses; and (2) the clinical supervision manual, that included: 2.1 understanding the supervision issues; 2.2 setting the supervision goals; 2.3 analyzing the current situation of the supervision issues; 2.4 determining alternative actions to achieve the supervision goals; and 2.5 joining summary of the supervision results. The model implementation revealed that the supervisors had significantly higher knowledge and supervisory skills than before using the model ($p < .05$) and were highly satisfied (Mean 4.75, SD .33). The supervisees had significantly higher knowledge and nursing practices to prevent hospital-acquired pneumonia than before using the model ($p < .05$) and were highly satisfied (Mean 4.68, SD .34). The patients were highly satisfied (Mean 2.89, SD .84). The incidence of hospital-acquired pneumonia decreased from 0.29 to 0.13 per 1,000 patient-days.

Keywords: model, clinical supervision, hospital-acquired pneumonia

* Senior professional nurse. Head nurse, Chiangkham Hospital, Phayao

** Professional nurse. Medical ward 3, Chiangkham Hospital, Phayao

บทนำ

โรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital – acquired pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) ขณะที่เข้ารับรักษาอยู่ในโรงพยาบาลโดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อนั้นมาก่อน หรือไม่ได้อยู่ในระยะพักตัว ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิต¹ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล 21.8 ต่อ 1,000 ครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล² อุบัติการณ์พบร้อยละ 0.5-2 ทำให้มีอัตราป่วย และอัตราตายที่สูงขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้จ่ายชีวนะมากขึ้นในการรักษา เชื้อก่อโรค ทำให้ค่ารักษา รวมถึงการเกิดเชื้อดื้อยาสูงขึ้น⁴

สถานการณ์โรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเชียงคำ ปี 2565 เท่ากับ 26 ราย คิดเป็นอัตรา 0.38 ต่อ 1,000 วันนอน ปี 2566 เท่ากับ 24 ราย คิดเป็นอัตรา 0.29 ต่อ 1,000 วันนอน ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (ช่วงอายุ 60-90 ปี) ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย รวมทั้งผู้ป่วยติดเตียง มีโรคประจำตัวหลายโรค และมีปัจจัยร่วม ได้แก่ ผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ สายให้อาหารทางจมูก การเจาะคอ ส่งผลให้การส่งเสริมเรื่องการฟื้นฟูร่างกายลดลง ผู้ป่วยบางรายกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลายครั้งในรอบ 1 ปี ซึ่งพบกระจายในทุกหน่วยงาน เกิดการติดเชื้อโดยมีลักษณะของโรคที่นำที่แตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มผู้สูงอายุที่ล้มและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁵

สาเหตุของปอดอักเสบในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การสำลักเชื้อที่สะสมรวมกลุ่มอยู่

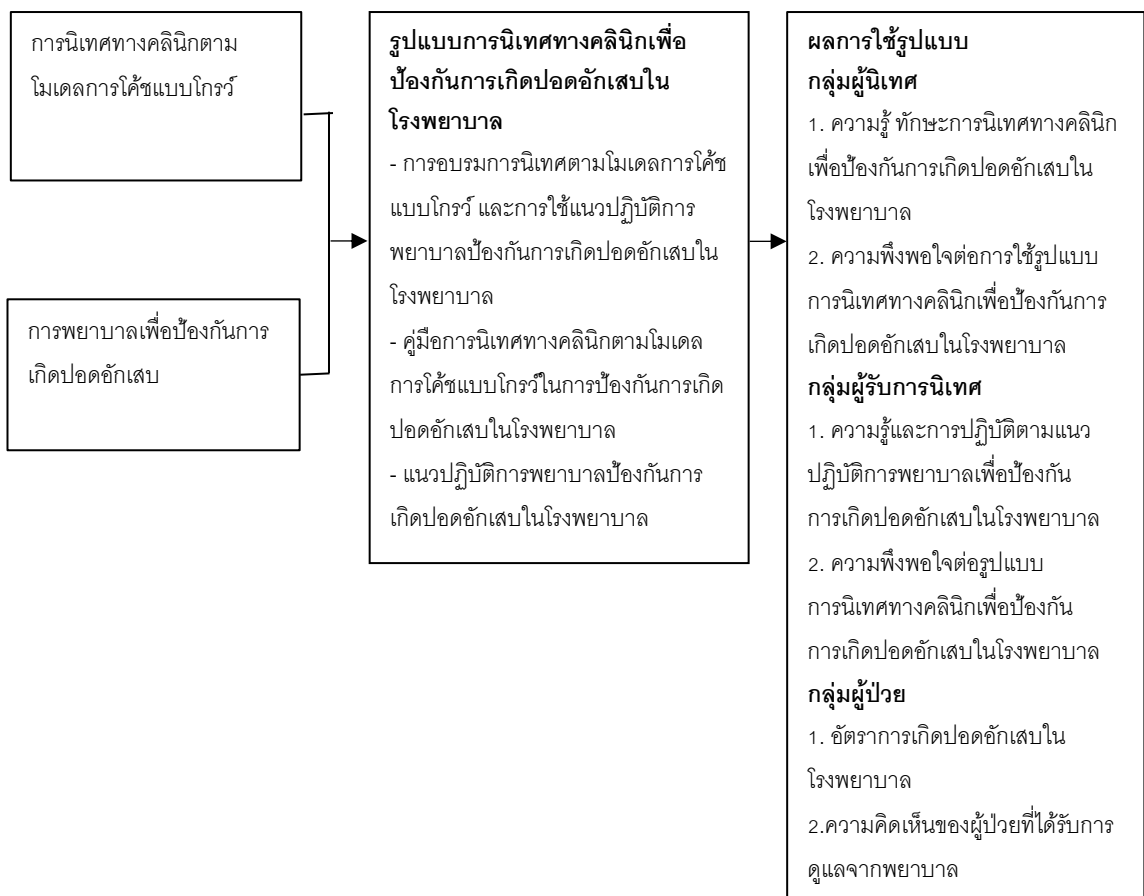
บริเวณทางเดินหายใจส่วนบนลงไปสู่ปอด 2) การสูดสำลัก และหรือปนเปื้อนเอาเชื้อเข้าไปในร่างกาย 3) เชื้อที่ปนเปื้อนจากบุคลากรการแพทย์ จากการสัมผัสระหว่างผู้ป่วย 4) อุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การทำความสะอาดช่องปาก 2) การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย 4) การบริหารปอดด้วยการใช้ Spirometer 5) การฝึกหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้หลายวิธีร่วมกัน (bundle of care) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และจากการสังเกตการปฏิบัติของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงยังมีการปฏิบัติที่ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง หรือให้บุคลากรอื่นทำแทนหรือไม่ได้ปฏิบัติ และพบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางได้น้อยกว่าร้อยละ 80 จากการสอบถามพยาบาลในทีมผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการพบว่า พยาบาลในทีมดูแลไม่ได้ใส่ใจผู้สูงอายุ ผู้ป่วยข้างเตียง เนื่องจากต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมพยาบาลกับผู้ป่วยรายอื่น ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติที่ใช้อยู่ และพบว่า หัวหน้างานยังมีความเข้าใจการปฏิบัติการณ์เทศไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รูปแบบการนิเทศส่วนใหญ่ยังเป็นการตรวจสอบ ขาดความต่อเนื่อง และการติดตามประเมินผลยังไม่เป็นรูปธรรม ไม่มีการสนับสนุนให้กำลังใจหรือการเสริมพลังแก่ผู้ปฏิบัติ ทำให้ผลการนิเทศไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งกลไกสำคัญในการสนับสนุนการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ คือ การนิเทศทางคลินิกที่มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อ

ป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล เพื่อให้มีรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่เหมาะสมเป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลสามารถให้การปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง และเกิดความพึงพอใจรูปแบบการนิเทศทางคลินิก และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ มีพื้นที่การวิจัย คือ โรงพยาบาลเชียงคำ ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือน มกราคม ถึง กันยายน 2567

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

ป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

2. ศึกษาผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด การนิเทศทางคลินิกตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (GROW model)⁶ ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลได้ ดังภาพที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้นิเทศ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 16 คน ใน 8 หอผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ผู้รับการนิเทศ

ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 8 หอผู้ป่วย 85 คน และ กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล และไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป ในเดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 815 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้นิเทศ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 7 หอผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการบริหารงานอย่างน้อย 2 ปี ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 14 คน กลุ่มที่ 2 คือ ผู้รับการนิเทศ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 7 หอผู้ป่วย 70 คน มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2 คือ ไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย ต่อ ขาด ลา ในช่วงการเก็บข้อมูลวิจัย กลุ่มที่ 3 คือ ผู้ป่วย 136 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purpose sampling) ในช่วงเดือนสิงหาคม 2567 ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ป่วยติดเชื้อ มีโรคประจำตัวหลายโรค และมีปัจจัยร่วม ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต (CVA) ความดันโลหิตสูง เบาหวานและผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆในร่างกาย และยินดีเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากการสูดลำบากขณะดมยา ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจหรือหย่าเครื่องช่วยหายใจได้หลังผ่าตัด และผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกระบวนการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงคำ เลขที่ 08/2567 ลงวันที่ 25 เมษายน 2567 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และลงนามเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสำรวจสภาพการณ์การนิเทศทางคลินิก เป็นแบบสนทนากลุ่มสำหรับผู้นิเทศ และ 2) คู่มือการนิเทศทางคลินิกตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ เครื่องมือแต่ละชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.00

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย

แบบสอบถามสำหรับผู้นิเทศ มี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นิเทศ 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งหน้าที่ แผนกที่ปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การนิเทศทางคลินิกสำหรับผู้นิเทศ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0 ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการนิเทศทางคลินิกสำหรับผู้นิเทศ ลักษณะคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด โดยให้เลือกตอบตามระดับการปฏิบัติ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 20 ข้อ ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ท 20 ข้อ หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

3. แบบสอบถามสำหรับผู้รับการนิเทศ มี

4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับการนิเทศ 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ

ลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาล สำหรับผู้รับการนิเทศ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก 14 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 ตอบผิดได้ 0 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาล มี 9 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดทำนอน 2) ด้านการทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อป้องกันการ เจริญของเชื้อที่อยู่ในช่องปากสู่อุด 3) ด้านการ บ้อนอาหาร ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท ที่มี ปัญหาการกลืนเพื่อป้องกันการสำลัก 4) ด้านการดูแล แผลเจาะคอ 5) ด้านการดูดเสมหะ 6) ด้านระยะเวลา ในการเปลี่ยนอุปกรณ์ช่วยหายใจ 7) ด้านการทำลาย เชื้อในอุปกรณ์ช่วยหายใจ 8) ด้านการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ และ 9) ด้านการท่ายาภาพทรวงอก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 40 ข้อ ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการ นิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 20 ข้อ หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือมี ค่าเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไป ทดลองกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86

4. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วย มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด จำนวนวันนอนโรงพยาบาลป่วยเป็นโรค ลักษณะ คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแลจากพยาบาลเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ 15 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือวิจัย หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นโดยนำ แบบสอบถามไปทดลองกับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89 2) แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัย แกรับ อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเชื้อจุลชีพ การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ สรุปผลการวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอน และ ผลการรักษา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการและศึกษา สภาพการณ์การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิด ปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยการสนทนากลุ่มกับ หัวหน้าหอผู้ป่วย และรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 7 หอ ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ 2 หอ ระหว่าง วันที่ 1 – 2 พฤษภาคม 2567 ในประเด็นเกี่ยวกับการ นิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ตามหลักการของการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสำรวจ สภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 1) การดำเนินการและขั้นตอนการ นิเทศทางคลินิกในปัจจุบัน 2) ปัญหาและอุปสรรค 3) รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่เหมาะสมกับหน่วยงาน 4) ความต้องการในการดำเนินการนิเทศทางคลินิก การเก็บรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา และมีผู้จัดบันทึกการสนทนาทำ หน้าที่จัดบันทึกการสนทนา และบรรยากาศการสนทนา

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการนิเทศทาง คลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

1. ทบทวนวรรณกรรม นำประเด็นข้อมูลที่ได้ จากการสนทนากลุ่มมาออกแบบรูปแบบการนิเทศทาง คลินิกตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย

2 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้การนิเทศทางคลินิก แก่ผู้นิเทศตามคู่มือการนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ในโรงพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานประจำ ในหอผู้ป่วย 2) จัดทำคู่มือการนิเทศทางคลินิกตาม โมเดลการโค้ชแบบโกรว์ในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ในโรงพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้ (1) การทำความเข้าใจ ประเด็นการนิเทศระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ (Topic) (2) การกำหนดเป้าหมายในประเด็นที่จะ นิเทศ (Goal) (3) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันใน เรื่องที่จะนิเทศ (Reality) 4) การกำหนดทางเลือก ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการนิเทศ (Options) 5) การสรุปร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศใน การปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Wrap up) จัดทำแผนการนิเทศประจำวัน บันทึกผล การนิเทศรายบุคคล และภาพรวมของหน่วยงาน

2. เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อ ตรวจสอบความสอดคล้องและครอบคลุมของข้อมูล ทั้งเนื้อหา ทฤษฎี และข้อมูลที่ได้จากการสนทนา นำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการนิเทศ ทางคลินิก นำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการ เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ไปทดลองใช้ในหอ ผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 1 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง เป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 1 - 31 กรกฎาคม 2567 สอบถามความรู้ ทักษะในการนิเทศ ทางคลินิกของผู้นิเทศ และสอบถามความรู้การปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ของผู้รับการนิเทศก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ นำ ข้อมูลปัญหาอุปสรรคที่พบจากการทดลองใช้ ได้แก่ ความเข้าใจในการตั้งคำถามโค้ชผู้รับการนิเทศในแต่ละ หัวข้อ และผู้รับการนิเทศที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วย รายเดียวกันแต่คนละเวรซึ่งไม่มีผลต่อการนิเทศเนื่องจาก ระดับความรู้และทักษะของผู้รับการนิเทศมีความ

แตกต่างกัน ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงรูปแบบ การนิเทศทางคลินิกให้มีความเหมาะสมมากขึ้นโดย การอธิบายการตั้งคำถามให้ชัดเจนและให้ผู้นิเทศทดลอง ตั้งคำถามเพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การใช้รูปแบบการนิเทศทาง คลินิกและประเมินผลรูปแบบ โดยนำรูปแบบการนิเทศ ทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ที่ปรับปรุงเสร็จแล้ว ไปใช้ในหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 7 หอผู้ป่วย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดประชุมให้ความรู้ผู้นิเทศเกี่ยวกับรูปแบบ การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาลที่จัดทำขึ้น โดยชี้แจงการใช้คู่มือการนิเทศ การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการนิเทศตามโมเดล การโค้ชแบบโกรว์ รวมทั้งการให้ความรู้การปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล แก่ผู้รับการนิเทศ

2. ผู้วิจัยอธิบายและแจกคู่มือการใช้รูปแบบ การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาล ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและรองหัวหน้าหอ ผู้ป่วย ทั้งหมดจำนวน 14 คน เปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อ สร้างความเข้าใจให้ตรงกัน

3. ใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อ ป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล เป็นเวลา 1 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 1-31 สิงหาคม 2567

4. ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยใช้ แบบสอบถามเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ มี 4 ส่วน คือ 1) ความรู้ และทักษะการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลของผู้ นิเทศ 2) ความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลของผู้รับการนิเทศ 3) ประเมินความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการนิเทศทาง คลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลของ ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ 4) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประเมิน ความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือญาติที่ได้รับการดูแลจาก

พยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล และสรุปผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลตามแบบสอบถาม แบบสำรวจ แบบบันทึกข้อมูล ผู้ศึกษาได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด โดยนำข้อมูลมาจัดระเบียบหรือจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม แบบสำรวจ แบบบันทึกข้อมูล จากนั้นก็นำมาลงรหัส (Coding) ตามคู่มือลงรหัสที่สร้างขึ้นมาใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจ ความคิดเห็นของผู้ป่วย ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ด้วย สถิติ paired T-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล สรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้การนิเทศทางคลินิกแก่ผู้นิเทศ ประกอบด้วย หลักการนิเทศ วัตถุประสงค์ของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ กิจกรรมการนิเทศ ข้อคิดหลักที่สำคัญ ประโยชน์ของการโค้ช เครื่องมือในการนิเทศ ขั้นตอนการนิเทศ แผนการนิเทศ ตัวอย่างคำถามการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ แบบบันทึกการนิเทศ ปัญหาอุปสรรคในการนิเทศ และ

การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การจัดท่านอน 2) การทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อป้องกันการเจริญของเชื้อที่อยู่ในช่องปากสู่ปอด 3) การบ้วนอาหารผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทที่มีปัญหาการกลืนเพื่อป้องกันการสำลัก 4) การดูแลแผลเจาะคอ 5) การดูดเสมหะ 6) ระยะเวลาในการเปลี่ยนอุปกรณ์ช่วยหายใจ 7) การทำลายเชื้อในอุปกรณ์ช่วยหายใจ 8) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ 9) การทำกายภาพทรวงอก

1.2 คู่มือการนิเทศทางคลินิกตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ความรู้การนิเทศตามโมเดลแบบโกรว์ ขั้นตอนการนิเทศ แผนการนิเทศ ตัวอย่างคำถามการนิเทศตามโมเดลแบบโกรว์ 5 ขั้นตอนคือ 1) การทำความเข้าใจประเด็นการนิเทศระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ (Topic) 2) การกำหนดเป้าหมายในประเด็นที่จะดำเนินการนิเทศ (Goal) 3) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการนิเทศ (Reality) 4) การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการนิเทศ (Options) 5) การสรุปร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศในการปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Wrap up) บันทึกผลการนิเทศรายบุคคล และความรู้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล (CNPG)

2. ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

2.1 กลุ่มผู้นิเทศมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเรื่องการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลหลังใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 10.08, S.D. = 0.92) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 7.80, S.D. = 0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($P=.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล หลังการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=4.61$, S.D.=0.37) สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=4.32$, S.D.=0.34) อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P=.001$) (ดังตารางที่ 1) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในระดับมาก ($\bar{X}=4.75$, S.D.=0.33)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลของผู้นิเทศ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=14)

ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	df	t-test	p-value
ความรู้ในการนิเทศทางคลินิก					
ก่อนการใช้รูปแบบ	7.80	0.46	13	-4.392	.001*
หลังการใช้รูปแบบ	10.08	0.92			
ทักษะการนิเทศ					
ก่อนการใช้รูปแบบ	4.32	0.34	13	-3.627	.001*
หลังการใช้รูปแบบ	4.61	0.37			

* $p<.05$

2.2 กลุ่มผู้รับการนิเทศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=11.81$, S.D.=0.65) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=9.85$, S.D.=0.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P=.001$) (ดังตารางที่ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=4.71$,

S.D.=0.36) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}=4.47$, S.D.=0.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P=.001$) (ดังตารางที่ 2) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในระดับมาก ($\bar{X}=4.68$, S.D.=0.34)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลของผู้รับการนิเทศ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=70)

ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	df	t-test	p-value
ความรู้					
ก่อนการใช้รูปแบบ	9.85	0.67	70	-3.680	.001*
หลังการใช้รูปแบบ	11.81	0.65			
การปฏิบัติการพยาบาล					
ก่อนการใช้รูปแบบ	4.47	0.47	70	-3.357	.001*
หลังการใช้รูปแบบ	4.71	0.36			

* $p<.05$

2.3 ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากพยาบาล หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในระดับมาก ($\bar{X}=2.89$, S.D.=0.84)

และมีอัตราการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกลดลงจากเดิม 0.29 เหลือ 0.13 ต่อ 1,000 วันนอน

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (GROW model) ของอเล็กซานเดอร์⁷ เพื่อเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการพัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานสูงขึ้น รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้การนิเทศทางคลินิกแก่ผู้นิเทศ ซึ่งประกอบด้วย หลักการนิเทศ วัตถุประสงค์ของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ กิจกรรมการนิเทศ ข้อคิดหลักที่สำคัญ ประโยชน์ของการโค้ช เครื่องมือในการนิเทศ ขั้นตอนการนิเทศ แผนการนิเทศ ตัวอย่างคำถามการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ แบบบันทึกการนิเทศ ปัญหาอุปสรรคในการนิเทศ และการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การจัดทบทวน 2) การทำความสะอาดปากและฟันเพื่อป้องกันการเจริญของเชื้อที่อยู่ในช่องปากสู่ปอด 3) การป้อนอาหารผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทที่มีปัญหาการกลืนเพื่อป้องกันการสำลัก 4) การดูแลแผลเจาะคอ 5) การดูดเสมหะ 6) ระยะเวลาในการเปลี่ยนอุปกรณ์ช่วยหายใจ 7) การทำลายเชื้อในอุปกรณ์ช่วยหายใจ 8) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 9) การทำกายภาพทรวงอก

2. คู่มือการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ คู่มือการนิเทศทางคลินิกตามโมเดล

การโค้ชแบบโกรว์ในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ความรู้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ขั้นตอนการนิเทศ แผนการนิเทศ ตัวอย่างคำถามการนิเทศตามโมเดลแบบโกรว์ 5 ขั้นตอนคือ 1) การทำความเข้าใจประเด็นการนิเทศระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ (Topic) 2) การกำหนดเป้าหมายในประเด็นที่จะดำเนินการนิเทศ (Goal) 3) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการนิเทศ (Reality) 4) การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการนิเทศ (Options) 5) การสรุปร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศในการปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Wrap up) บันทึกผลการนิเทศรายบุคคล รูปแบบมุ่งเน้นให้ผู้นิเทศพัฒนาความรู้ ทักษะในการนิเทศเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายการนิเทศร่วมกันกับผู้รับการนิเทศ ใช้วิธีการสอนแบบโค้ชโดยเน้นการตั้งคำถามเพื่อสะท้อนให้เกิดการคิดและการเรียนรู้ การวิเคราะห์สภาพการณ์ของผู้ป่วย การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศค้นหาทางเลือกการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาตามสภาพการณ์ความต้องการของพยาบาล ผู้ปฏิบัติรายบุคคล และสรุปทางเลือกในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันเพื่อให้ผู้รับการนิเทศเกิดความมั่นใจ มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติโดยใช้หลักความเข้าใจ และเสริมพลังในการพัฒนาตนเองของผู้รับการนิเทศ

3. ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล

กลุ่มผู้นิเทศ หลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีการปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลผู้นิเทศได้ใช้กระบวนการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (GROW model) เพื่อให้การนิเทศมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทำให้สามารถวางแผนการนิเทศรายบุคคลร่วมกับพยาบาลผู้รับการนิเทศ ทั้งหัวข้อนิเทศและวันทีมนิเทศ เพื่อกำหนดวันที่มีความพร้อมทั้งสองฝ่าย และอธิบายหัวข้อที่จำเป็นต้องนิเทศพร้อมด้วยเหตุผลให้พยาบาลผู้รับการนิเทศเข้าใจ และศึกษาความรู้มาก่อนที่จะรับการนิเทศทุกครั้ง ผู้นิเทศให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือในขณะปฏิบัติงานร่วมกัน อีกทั้งพยาบาลผู้นิเทศติดตามผู้รับการนิเทศทุกวัน ทุกวันที่ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้รับการนิเทศปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และพยาบาลผู้นิเทศมีความพึงพอใจต่อการนิเทศอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษา ของระเบียบขุนากดี และดุริณี ท่วมเพชร⁹ ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจส่งผลต่อพยาบาลผู้นิเทศมีคะแนนความรู้และทักษะปฏิบัติการนิเทศทางคลินิกเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

กลุ่มผู้รับการนิเทศพบว่าหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ผู้รับการนิเทศมีความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบใน

โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความพึงพอใจรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในระดับมาก อธิบายได้ว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ทำให้ผู้รับการนิเทศมีโอกาสในการคิดหาเหตุผลในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล การเฝ้าวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วย และเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งมีความมั่นใจในการปฏิบัติ เนื่องจากมีการสรุปร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศในการปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Wrap up) ก่อนที่พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้นิเทศยังมีการติดตามประเมินผลการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพทำให้ทราบถึงปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแต่ละราย และสามารถช่วยเหลือด้านต่างๆ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของกัญญา เลียนเครือ และคณะ¹⁰ ได้ศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันการปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤต โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้รับการนิเทศ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .005$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหลังการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับการนิเทศต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก เนื่องจากพยาบาลผู้นิเทศเน้นฝึกการนำความรู้จากทฤษฎี เอกสารวิชาการที่ได้

ศึกษามาใช้ประกอบการกำหนดเป้าหมาย ทางเลือก การปฏิบัติการพยาบาล มีการประเมินผู้ป่วยเชิงลึก ตามพยาธิสภาพของโรค ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศ ใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อใช้ในการรวบรวม และประมวลข้อมูล สามารถเข้าใจปัญหาและสภาพการณ์ ของผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาพยาบาลผู้นิเทศจะคอยให้ คำแนะนำ และฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการ เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลให้จนมั่นใจ และยัง คอยช่วยเหลือในขณะปฏิบัติงาน ส่งผลให้คะแนน ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกด้าน

ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่าหลังการใช้ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่ ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการ นิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาลในระดับมาก และ มีอัตราการเกิดปอด ออักเสบในโรงพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทาง คลินิกลดลงจากเดิม 0.29 เหลือ 0.13 ต่อ 1,000 วัน นอน จึงเห็นได้ว่าการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ได้พัฒนาให้พยาบาล ผู้นิเทศมีความสามารถในการนิเทศและสอนงานให้ พยาบาลผู้รับการนิเทศมีทักษะที่ดีในการปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้อัตราการเกิด ปอดอักเสบในโรงพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับก่อน การพัฒนา สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพพรพงศ์ ว่องวิทย์การ และ ขวัญตา กล้าการนา¹¹ ได้ศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการ เกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม

โรงพยาบาลอุทัยธานี ผลการศึกษาพบว่าหลัง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด ปอดอักเสบในโรงพยาบาล อุบัติการณ์ปอดอักเสบ ในโรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

สรุป ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการนิเทศทางคลินิก เนื่องจากผู้นิเทศใช้วิธีการสอนแบบโค้ชโดยเน้นการ ตั้งคำถามเพื่อสะท้อนให้เกิดการคิดและการเรียนรู้ ด้วยตนเอง ให้มีการวิเคราะห์สภาพการณ์ของผู้ป่วย การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศค้นหาทางเลือก การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ พยาบาลผู้รับการนิเทศสามารถปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลได้ ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้อัตราการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาลลดลง จึงควรสนับสนุนให้ผู้บริหารการ พยาบาลทุกระดับนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหารการพยาบาล ควรกำหนด รูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามโมเดลการโค้ชแบบ โกรว์ เป็นนโยบายของกลุ่มการพยาบาล เพื่อนำไปใช้ ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการนิเทศอย่าง ต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาล
2. ด้านบริการพยาบาล ควรนำรูปแบบการ นิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบใน โรงพยาบาล ไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นที่เป็น ปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล

Reference

1. American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. American journal of respiratory and critical care medicine 2005;171(4):388.
2. Department of Disease Control. Pneumonia. [cited 2024 Jan 21] Available from: https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php
3. Stepinski J,et al. Impact of an Oral Care Intervention among Medical Surgical Patients. MEDSURG NURSING. 2022; 31(2), 91-99.
4. Wanpen Boonprasert. Incidence and impact of pneumonia in the Medical ward at Chiangkham hospital. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2019; 13(1): 35–43. Thai.
5. Chiangkham hospital. Report on pneumonia in Chiangkham hospital, 2021-2023. Phayao: Chiangkham hospital; 2023.
6. Alexander, G. Behavioral coaching The GROW model. Excellence in coaching: The industry guide. (2nd ed.). Philadelphia, PA: Kogan Page;2010.
7. Alexander, G. Behavioral coaching The GROW model. Excellence in coaching: The industry guide. (2nd ed.). Philadelphia, PA: Kogan Page;2010.
8. Ruammek, L. (Producer). Clinical Supervision under nursing standards. General Meeting 2020 of Thailand Nursing Association ;2020.
9. Rabeab khunpakdee, Darunee Tuampetch. Development of Clinical Supervision Model among Mechanically Ventilated Patients in Medical Intensive Care Unit, Hatyai Hospital. Journal of Nursing Division 2024; 51(1): 18–34. Thai.
10. Kanya Liankruea, Supaporn Payunmahisorn, and Sirikul Karuncharernpanit. The Development of Clinical Supervision Model for Ventilator Associated Pneumonia Prevention among the Intensive Care Unit in PhaholpolpayuhasaenaHospital. Journal of Roi Kaensarn Academy. 2022; 7(9): 300-315. Thai
11. Noppornpong Wongwikkarn, Kwanta klakanna. Development of Clinical Supervision Model for prevent Hospital Acquired Pneumonia in Medical department at Uthai Thani Hospital. Kamphaengphet hospital Journal. 2020; 24(1): 63-73. Thai
12. Piya Boochoa and Niphitphon Seangduang. Research and development: Process and Application. Journal of Phrae Public Health for Development .2021;1(1): 77-89. Thai

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก

มธุรส จันทรแสงศรี*¹ พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

เจริญสุข อัครพิพิธ**² พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

(รับ: 23 กันยายน 2567, แก้ไข: 26 ตุลาคม 2567, ตอบรับ: 7 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดครรภ์แรก จำนวน 88 คนที่มาตรวจตามนัด 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่า KR-20 เท่ากับ .77 แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีความสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79, .80 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.13 ความรู้ ทัศนคติ และสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r .407, .502, .600 ตามลำดับ, $p < .01$) ความรู้ ทัศนคติ และสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ได้ร้อยละ 44.80 (R^2 .448, $p < .01$) ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดและหลังคลอดควรส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับมารดาตั้งแต่วัยก่อนคลอด เพื่อกระตุ้นและให้มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกมีความมั่นใจและตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ความรู้ ทัศนคติ และสมรรถนะแห่งตน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

E-mail: charen01101963@gmail.com

Factors affecting the mother's breastfeeding behavior after the birth of her first child

Mathuros Jansaengsri*

M.S.N. (Nursing Administration)

Jarurnsook Ausavapit**

M.S.N. (Nursing Administration)

(Received: September 23, 2024, Revised: July 29, 2024, Accepted: December 7, 2024)

Abstract

This descriptive research aimed to study the behaviors and factors affecting breastfeeding behaviors of the mothers after giving birth to their first child. The sample consisted of 88 first-time postpartum mothers, who came for a 6-weeks follow-up visit. The research instrument consisted of breastfeeding knowledge questionnaire, yielding KR-20 of .77 and the questionnaires on breastfeeding attitude, breastfeeding self-efficacy, and breastfeeding behaviors with Cronbach's Alpha Coefficient of .79, .80, and .82, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression equation analysis.

The results showed that the sample had a good level of breastfeeding behaviors at 51.13 percent. Knowledge, attitude, and self-efficacy on breastfeeding were moderately and significantly related to breastfeeding behavior of the first-time mothers (r .407, .502, .600, respectively, $p < .01$). Knowledge, attitude, and self-efficacy on breastfeeding together could predict breastfeeding behavior of the first-time mothers by 44.80 percent (R^2 .448, $p < .01$). Therefore, the labor and the postpartum nurses should promote knowledge, attitude, and enhance self-efficacy on breastfeeding for the mothers from the prenatal period to encourage and inspire the first-time mothers to be confident and intentional to breast feed.

Key words: breastfeeding behavior, first-time mother, knowledge, attitude, self-efficacy

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Corresponding author,

E-mail: charen01101963@gmail.com

บทนำ

นมแม่มีประโยชน์สำหรับทารกทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว มีความปลอดภัย สะอาด และมีแอนติบอดีซึ่งช่วยป้องกันเชื้อโรคต่างๆ ในวัยเด็ก นมแม่มังให้พลังงานและสารอาหารทั้งหมดที่ทารกต้องการในช่วงเดือนแรกของชีวิต และยังคงมีสารอาหารที่จำเป็นต่อเด็กมากถึงครึ่งหนึ่งหรือมากกว่านั้นในช่วงครึ่งขวบปีแรก และมากถึงหนึ่งในสามในช่วงปีที่สองของชีวิต¹ ซึ่งในเด็กที่ดื่มนมแม่จะมีผลการทดสอบทางสติปัญญาที่ดีกว่าเด็กที่ไม่ดื่มนมแม่² นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ดื่มนมแม่มีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนและโรคเบาหวานน้อยลงด้วย³ ดังนั้นการให้เด็กได้ดื่มนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทำให้สมาชิกอนามัยโลกมีมติผลักดันเรื่องการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปีพ.ศ. 2568⁴ และประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายว่าภายในปี พ.ศ. 2568 ทารกแรกเกิดร้อยละ 50 ควรได้ดื่มนมแม่อย่างเดียวนเป็นระยะเวลา 6 เดือน แต่จากการสำรวจสถานการณ์ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีทารกแรกเกิด ร้อยละ 29 ที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรก⁵ และสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนใน 6 เดือน ในจังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2565 มีอัตรา ร้อยละ 66.81, 67.89, 71.70, 73.26 และ 71.50 ตามลำดับ แม้ว่าจะผ่านเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 50 แต่ก็มีอัตราลดลง ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงต้องให้ความสำคัญกับมารดาตั้งแต่ในระยะแรกที่มาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนใน 6 เดือนแรกหลังคลอด

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นนโยบายสำคัญของประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่อย่างต่อเนื่องและเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นทุกโรงพยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบกับกับผู้วิจัยในฐานะเป็นอาจารย์พยาบาลสาขามารดาและทารกแรกเกิด และฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีนโยบายให้ความสำคัญในการดูแลมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด รวมถึงมีการสนับสนุนและการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบ 6 เดือนหรือมากกว่าตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁶ และด้วยจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นเขตเศรษฐกิจที่ประชากรในวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน หรือวัยแรงงาน อาจส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรืออาจมีพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบความสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยข้อง ได้แก่ การทำให้แม่มีความรู้ มีทักษะและเจตคติที่ดี รวมถึงมีความมั่นใจในการให้นมลูก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยส่งเสริมมารดาได้ ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสอนทักษะวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เบื้องต้นและความเสี่ยง รวมทั้งการสนับสนุนและช่วยแก้ปัญหา จะช่วยให้แม่มีความมั่นใจและคลายความกังวลลงได้⁷ นอกจากนี้การได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด และทัศนคติที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจนครบ 6 เดือน⁸ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้อุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ว่ายยังสามารถร่วมกันทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 4-6 สัปดาห์ ได้ร้อยละ 28.3⁹ นอกจากนี้ อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดจากการดูแลบุตร การรับรู้ความสามารถของตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะติดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สมรรถนะแห่งตน การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวอย่างน้อย 6 เดือน ได้ร้อยละ 49¹⁰

ดังนั้น จะเห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายปัจจัย แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน และส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและอยู่ต่างถิ่น และมาทำงานในจังหวัดสุพรรณบุรี มีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากบริบทอื่นๆ ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการ

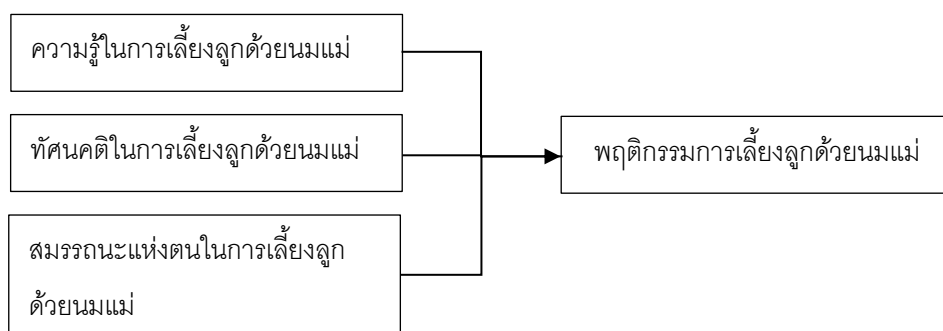
สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่จะมีผลดีต่อทารก จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก เพื่อจะนำไปพัฒนาต่อยอดโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรกให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP) ของ Bloom¹¹ และแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹² ที่เชื่อว่าหากบุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อแนวทางปฏิบัติ มีสมรรถนะแห่งตน บุคคลเหล่านั้นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จตามความประสงค์ ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกในจังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และ

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

โรงพยาบาลด่านช้าง คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า Power เท่ากับ .90 และกำหนดค่า Effect Size เท่ากับ .25 ได้ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน¹³ ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) โดยเกณฑ์การคัดเลือก

(Inclusive criteria) ดังนี้ 1) มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปที่มาตรวจตามนัดในระยะ 6 สัปดาห์ หลังคลอด 2) สามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria) ดังนี้ 1) มารดามีภาวะแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถให้นมบุตรได้ 2) ขอยกเลิก หรือไม่สะดวกใจ

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บุคคลที่สนับสนุนหรือช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Nopparat and Rattanaporn¹⁴ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ KR-20 เท่ากับ 0.70 จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก (คะแนน=1) ตอบผิด (คะแนน=0) คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดามีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

3. แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Pornpavee¹⁵ จำนวน 18 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.79 ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Nopparat and Rattanaporn¹⁴ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.81 จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ตั้งแต่ 1 คือ ไม่มั่นใจเลย ถึง 5 คือ

มั่นใจมาก คะแนนรวมมาก แสดงว่า มารดามีการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Natthaporn¹⁶ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.703 จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 55 ระดับ โดยแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนระหว่าง 10 - 23 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง 24 - 37 คะแนน และระดับดี มีค่าคะแนนระหว่าง 38 - 50 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.77 และแบบสอบถามอื่นๆ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.79, 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2566 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ PTU-REC 014/2566 จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการอธิบายวัตถุประสงค์และดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งตอบข้อสงสัย รวมถึงผลกระทบที่ได้รับพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วม

การวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำเสนอรายงานผลการวิจัย เป็นภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็น ความลับ ไม่มีการระบุตัวอย่างเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาแล้วต่อ คณะกรรมการ การวิจัย มหาวิทยาลัยปทุมธานี ผู้วิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย และประสานงานกับ พยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอด และแผนกผู้ป่วย นอกสูติกรรม เพื่อชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย อย่างละเอียด ก่อนดำเนินการวิจัย โดยเมื่อกลุ่ม ตัวอย่างได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ผู้วิจัยจะดำเนินการ เก็บข้อมูล และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้ง พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูล ทั่วไปและแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรม การ เลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ ประกอบด้วย ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทศนคติ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสมรรถนะแห่งตนใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ทดสอบ ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่าง ความรู้ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทศนคติในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ และสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้ สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Stepwisemultiple regression Analysis) และทดสอบระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 18 -27 ปี ร้อยละ 55.68 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.64 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.82 รายได้อยู่ระหว่าง 10,000-14,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 61.36 การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 62.50 เมื่อกลับไปบ้านมีคน ช่วยเลี้ยงดู ร้อยละ 96.59 มีความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ 6 เดือน ร้อยละ 68.18 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n = 88)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
18 - 27 ปี	49	55.68
28 - 37 ปี	21	23.86
38 - 41 ปี	18	20.46
สถานภาพสมรส		
แยกกันอยู่	5	5.68

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
คู่	78	88.64
หม้าย/ หย่า	5	5.68
อาชีพ		
แม่บ้าน	5	5.68
เกษตรกรรม	10	11.37
รับราชการ	5	5.68
ค้าขาย	18	20.45
รับจ้างทั่วไป	50	56.82
รายได้รวมต่อเดือน (บาท)		
5,000-9,999	19	21.59
10,000-14,999	54	61.36
15,000-15,999	10	11.37
20,000 ขึ้นไป	5	5.68
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	14.77
มัธยมศึกษา	55	62.50
ปริญญาตรี	20	22.73
บุคคลที่ช่วยเหลือลูกเมื่อกลับบ้าน		
มี	85	96.59
ไม่มี	3	3.41
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
น้อยกว่า 6 เดือน	10	11.37
6 เดือน	60	68.18
> 6 เดือน – 1 ปี	15	17.05
≥ 1 ปี	3	3.40

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตั้งใจเลี้ยง

ดังตารางที่ 2

ลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.13

ตารางที่ 2 ความถี่ และร้อยละของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n = 88)

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	45	51.13
ระดับปานกลาง	43	48.87

1. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก พบว่า ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($r = .407, .502, .600$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3 และความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ร้อยละ 44.80 ($R^2 = .448, p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก

ตัวแปร	1	2	3	4
ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1			
ทักษะคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.420**	1		
สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.450**		1	
พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.407**	.502**	.600**	1

** $p < .01$

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวแปรพยากรณ์	b	B	t	P-Value
ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.145	.150	5.401**	<.05
ทักษะคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.298	.314	7.739**	<.001
สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.354	.310	9.987**	<.001

$R = .598, R^2 = .448, R^2 \text{ adjust} = .441, F = 19.023, **p < .01$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.13 แสดงให้เห็นว่านโยบายการสนับสนุนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลมีส่วนสำคัญที่จะผลักดันให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงการส่งเสริมให้มารดาได้โอบกอดทารกและส่งเสริมให้ลูกดูดนมมารดาเร็วที่สุดภายใน 30 นาทีหลังคลอด จะเป็นปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

การสร้างความรักและความผูกพันระหว่างแม่กับลูก⁹ ทำให้มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chanatsikan และคณะ⁹ ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด อยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ได้ร้อยละ 44.80 ($R^2 = .448$, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า นโยบายของโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้ความรู้ การปลุกฝังทัศนคติ และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แก่มารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ทำให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงส่งผลดีต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .502$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก และสามารถทำนายความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวได้ ($\beta = .314$, $p < .001$) หากมารดาหลังคลอดมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้มารดาหลังคลอดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จตามความประสงค์ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom¹¹ ที่เชื่อว่าบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จตามความตั้งใจ และผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chanatsikan และคณะ⁹ พบว่า ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย^{9,17}

สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .600$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและสามารถทำนายความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวได้ ($\beta =$

.310, $p < .000$) แสดงให้เห็นว่า การที่มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลให้พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีไปด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura¹² ที่อธิบายว่าหากบุคคลใดสามารถรับรู้ถึงสมรรถนะหรือความสามารถของตนเองได้ บุคคลนั้นก็สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้เป็นอย่างดีเช่นกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทำให้มารดาที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องในระยะเวลาานาน และการศึกษาของ Jeenlakroy และคณะ¹⁹ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หากมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก มีความมั่นใจและเชื่อในความสามารถของตนเอง¹¹ ย่อมสามารถที่จะมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดี

ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .407$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและสามารถทำนายความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวได้ ($\beta = .150$, $p < .009$) แสดงว่าการที่พยาบาลให้ความรู้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามนโยบายของโรงพยาบาลนั้น ส่งผลให้มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Lukkana²⁰ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์และทำนายกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Chanatsikan และคณะ⁹ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายกับพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

จากการวิจัยนี้ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ ควรสนับสนุนและส่งเสริมมารดาครรภ์แรกให้มี พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การปลูกฝัง ทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความรู้ในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง ตั้งแต่ในระยะ ตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด เพื่อให้มารดาครรภ์แรก เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันจะส่งผล ให้มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้ พยาบาล

ห้องคลอดและหลังคลอดต้องส่งเสริมความรู้ ทักษะ และเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ให้กับมารดาตั้งแต่วัยก่อนคลอด เพื่อกระตุ้น และให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความมั่นใจและ ตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการ

พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดย การให้ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อให้มารดาหลัง คลอดมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

References

1. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess.2007;1–186.
2. Bernardo H, Cesar V, World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization; 2013.
3. Qiao J, Dai LJ, Zhang Q, Ouyang YQ. A meta-analysis of the association between breastfeeding and early childhood obesity. J Pediatr Nurs.2020;53:57–66.
4. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization;2023.
5. National Statistical Office of Thailand. Thailand multiple indicator cluster survey 2022.(Internet). (cite 2023, July 12). Available from: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1vZmtPTZvY6QtEMpcWU9BZhlcFYIYqlyK>. Thai.
6. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. Thai.
7. Arissara Sawatpanich, Susanha Yimyan Nonglak, Nonglak ChaloumsukYimyan. Factors influencing exclusive breastfeeding at discharge among first-time mothers undergoing cesarean section. Nursing Journal.2019;46(3):219 – 31. Thai.
8. Nattaphan P. Factors affecting breast feeding and infant formula feeding. Master of Management Degree College of Management. Bangkok: Mahidol University; 2014. Thai.
9. Chanatsikan Noiwech, Krauwat Nitisiri, Suwimon Preesong. Factors affecting breastfeeding behavior among postpartum mother at Dangchang Hospital. JHNUBU. 2024;3(1):15-27. Thai.

10. Atcharobon Sangprasert, Pinkaew Choteamnuay. Factors influencing of exclusive breastfeeding intention through at least 6 months among mothers with emergency cesarean section. Region 4-5 Medical Journal. 2023; 42(4): 541-51. Thai.
11. Bloom, S.B. Taxonomy of education objectives, head book I: Cognitive domain. New York: David Mckay;1975.
12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological 1977; 84 (2):191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
13. Burns N, Grove, SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization (5th ed.) Philadelphia: W.B. Saunders; 2005.
14. Nopparat Tharana, Rattanaporn Tanasirijiranon. Effects of enhancing self-efficacy program on perceive self-efficacy, knowledge and satisfaction in breastfeeding among first-time postpartum mothers. Chaing Mai: Payap University; 2016. Thai.
15. Pornpavee Vataya. Media exposure, knowledge and attitudes about breastfeeding of working pregnant women using service at public center in Bangkok Metropolitan areas. Master of communication art. Bangkok: Huachiew Chalermprakiet University; 2014. Thai.
16. Natthaporn C. Factors predicting behaviors for breastfeeding postpartum women in Wachirabaramee distric Phichit Province. Master Public Health. Phitsanulok: Naresuan University; 2017. Thai.
17. Maleewan Lertsakornsiri, Saly Saiba. The relationship between self-efficacy, self-esteem, attitude toward breastfeeding and breastfeeding behaviors in the first-time teenage postpartum mothers. Thai J Nurs. 2019; 68(1):29-38. Thai.
18. Wu D. S, Hu, Jie, McCoy, Thomas P, Efird J. T. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. J Adv Nurs. 2014;70(8):1867-79.
19. Nachaphat Jeenlakroy, Thakonrat Nhoorerk, Ploypailpn Masuk Kamphaengjind, Chutima Booranatanit. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding Intention in Mothers of Infants Are Cared for in The Nursery Unit Immediately After Birth. Journal of Nursing and Health Science Research 2024; 16(1): 1-17. Thai.
20. Lakkhana Chaiyanak. Factors influencing breast feeding behaviors of postpartum adolescent mothers in Maharat Nakhonratchasima Hospital. Nakhonratchasima: Suranaree University of Technology; 2015. Thai.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บุปผชาติ ชุนอินทร์*	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
นรลักษณ์ เสน่หา**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
เสาวลักษณ์ ไวพรธทา*	ศสม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
นิรมล พจน์ดวง*	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
แสงรุ่ง สุขจิระทวี*	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 2 กันยายน 2567, แก้ไข: 26 ตุลาคม 2567, ตอรับ: 23 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการ และศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 25 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด 57 คน ดำเนินการ 3 ระยะ (1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย (2) พัฒนารูปแบบฯ และ (3) ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) รูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการ (3) แบบสอบถามรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (4) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลฯ (5) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ (6) แบบบันทึกการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า CVI .88-1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคของเครื่องมือลำดับที่ 3, 4 และ 5 คือ .83, .85 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed rank test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมความพร้อม 4 ด้าน ได้แก่ 1.1 ด้านโครงสร้าง 1.2 ด้านการบริการ 1.3 ด้านพยาบาลประจำการ และ 1.4 ด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (2) ระยะการดูแลผู้ป่วย และ (3) ระยะสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ความรู้ของพยาบาลประจำการหลังได้รับการอบรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.8

คำสำคัญ : รูปแบบการพยาบาล A to I, ความสามารถในการดูแลตนเอง, มะเร็งเต้านม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ E-mail: nsanaeha@gmail.com

Development of A to I Nursing Care Model for Staff nurses on Self-care agency in Breast Cancer Surgery Patients at The National Cancer Institute

Bubpachat Kunin*	M.N.S. (Nursing Administration)
Norraluk Sanaeha**	M.N.S. (Adult Nurse)
Saowaluck Waiphanta*	Master of Arts (Medical and Public Health Social Sciences)
Niramom Pojdoung*	M.N.S. (Adult Nurse)
Sangrung Sukjiratawee*	M.N.S. (Adult Nurse)

(Received: September 2, 2024, Revised: October 26, 2024, Accepted: November 23, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to develop an A to I nursing model for staff nurses and study the outcomes of using this model in caring the breast cancer patients undergoing surgery. The purposive samples consisted of 25 professional nurses and 57 breast cancer patients undergoing surgery. This study consisted of 3 phases: (1) the patient care situational analysis; (2) model development; and (3) evaluation of using the model. The research instruments composed of: (1) personal information questionnaires; (2) the A to I nursing model for staff nurses; (3) the knowledge test on nursing care of breast cancer patients undergoing one-day surgery; (4) the evaluation form on nursing performance; (5) the patient self-care agency questionnaire; and (6) the interview and group discussion recording form. The content validity was examined by five experts, yielding CVI of .88-1.0, and Cronbach's alpha coefficients of the 3rd, 4th, and 5th instruments were .83, .85, and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test, and content analysis.

The results found that the A to I nursing model for staff nurses consisted of 3 phases: (1) preparation phase in 4 areas: 1.1 structure, 1.2 services, 1.3 staff nurses, and 1.4 patient care standard; (2) patient care phase; and (3) end of the patient care phase. The results of using the model revealed that after using the model, the patients had significantly higher overall and sub-dimensional self-care ability than before using the model ($p < .001$). Knowledge of the staff nurses increased by 18.8 percent after received the training.

Keywords: A to I nursing care model, self-care agency, breast cancer

* Registered Nurse, Senior Professional Level, National Cancer Institute

** Registered Nurse, Senior Professional Level, National Cancer Institute E-mail: nsanaeha@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากที่สุดในสตรีทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในสตรี 2.3 ล้านราย และเสียชีวิต 685,000 ราย¹ สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของประเทศไทย พบสตรีไทยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 34.2:100,000 ประชากร² สำหรับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีผู้รับบริการรายใหม่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด คือ 791 ราย คิดเป็น ร้อยละ 41.7³ อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีประสิทธิผลของการรักษาค่อนข้างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 และ 2 มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 99.0⁴ ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่เป็นมาตรฐานหลัก คือ การผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำเหลืองขังใต้ผิวหนัง (seroma) แผลผ่าตัดติดเนื้อ แผลผ่าตัดมีเลือดออก เนื้อเยื่อผิวหนังขาดเลือด (flap necrosis) และหากมีการตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ร่วมด้วย อาจเกิดภาวะแขนบวม เส้นประสาทแขนได้รับบาดเจ็บ และอาจมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวข้อไหล่⁵ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยบางรายมีความทุกข์ใจ วิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์⁶⁻⁷

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงเป็นผู้ให้ข้อมูลคำแนะนำในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน จากสถานการณ์ปัจจุบัน อัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพมีไม่เพียงพอ ในปี 2566 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในภาพรวมของประเทศ คือ 1 : 310

ซึ่งปัญหาการขาดแคลนพยาบาลยังคงมีความรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน⁸ เช่นเดียวกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2565-2566 พยาบาลมีการโอน ย้าย ลาออกและเกษียณอายุราชการ จำนวน 61 คน ทำให้มีพยาบาลอายุงานน้อยกว่า 2 ปี ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance beginner) ซึ่งเริ่มปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 ทำให้สัดส่วนของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยไม่สมดุล โดยเฉพาะหอผู้ป่วยศัลยกรรม มีความไม่สมดุลระหว่างพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์สูง และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อย คิดเป็นสัดส่วน 1:2 (ในเวรตึก) รวมถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี ยังไม่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้การพยาบาลเฉพาะทางด้านผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเฉพาะและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดใช้ระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) เป็นส่วนใหญ่ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลตามแนวคิดการดูแลในยุควิถีชีวิตใหม่ (new normal) ด้วยเหตุดังกล่าวพยาบาลยังต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2565-2566 พบผู้ป่วยมีภาวะข้อไหล่ติดหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมร้อยละ 5.3 และ 10.8 รวมถึงผู้ป่วยมี

ความพร้อมของความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน วิเคราะห์จากการที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เนื่องจากขวดระบายสุญญากาศ (radivac drain) ไม่ทำงาน ทำให้บริเวณแผลผ่าตัดบวม และจากการประเมินองค์ความรู้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี พบว่าขาดประสบการณ์ในการประเมินอาการที่ซับซ้อนหรือการปรับการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นผู้วิจัยและทีม ได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่พบ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทั้งในการพัฒนาผู้ดูแล คือ พยาบาลประจำการ และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้ และการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุม เกิดความต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนของระบบการดูแล และจากการทบทวนวรรณกรรม การพัฒนารูปแบบการพยาบาล พบว่า รูปแบบการจัดระบบบริการพยาบาล 4S Care Model ร่วมกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบวิถีใหม่และในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁹ และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยทำให้การพัฒนารูปแบบการพยาบาลครอบคลุม ทั้งการเพิ่มพูนความรู้ของพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ รวมถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดมีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษา ด้วยการผ่าตัด

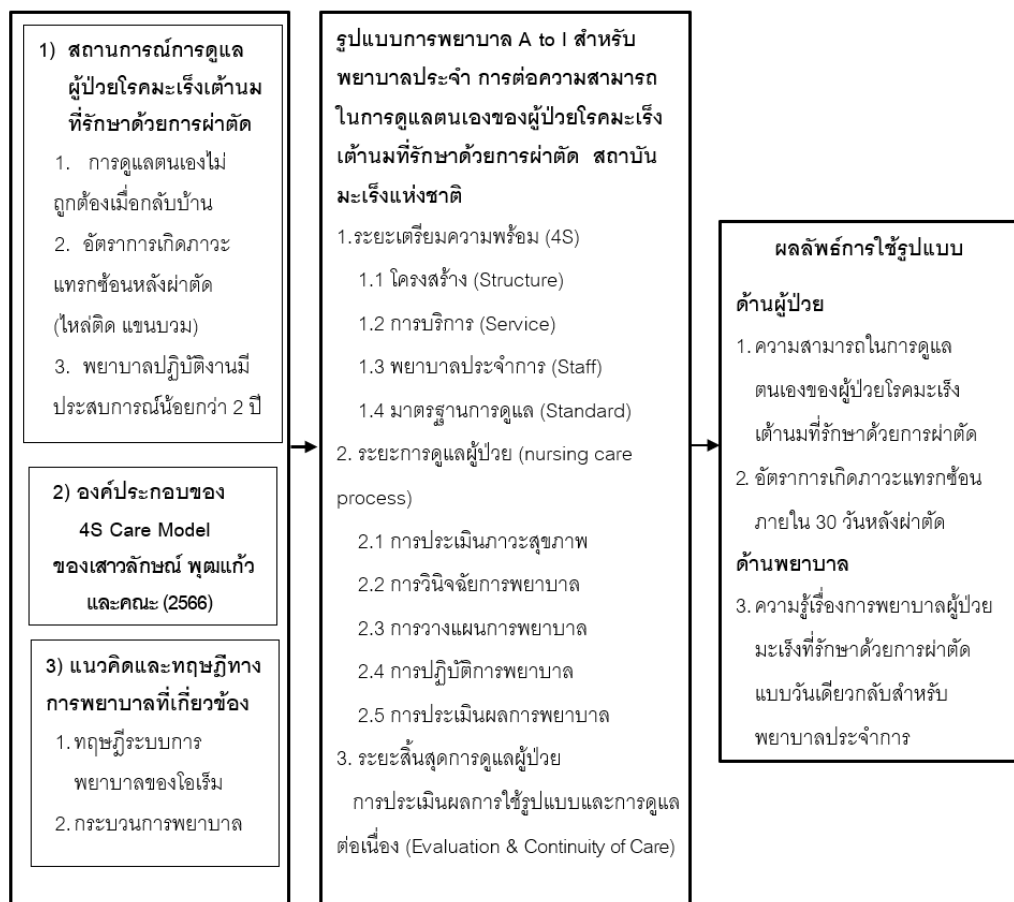
2. ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาล A to I ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ 1) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด 2) แนวคิด 4S Care Model ของ เสาวลักษณ์ พุดแก้วและคณะ (2566)⁹ และ 3) ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (theory of nursing system)¹⁰ และกระบวนการพยาบาล เป็นปัจจัยนำเข้าในการสร้างรูปแบบ จากการวิเคราะห์ทั้ง 3 ปัจจัยทำให้ได้รูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด โดยองค์ประกอบของ 4 S Care Model) ในความหมายสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) โครงสร้าง (S: Structure) หมายถึง การจัดเตรียมพื้นที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบวันเดียวกลับ 2) การบริการ (S: Service) หมายถึง การจัดทำผังงานแสดงขั้นตอนการบริการผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบวันเดียวกลับ 3) พยาบาลประจำการ (S: Staff) หมายถึง การพัฒนาความรู้ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และ 4) มาตรฐานการดูแล (S: Standard) หมายถึง คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และกระบวนการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการ มีความหมาย ดังนี้ A: Assessment for breast cancer surgery หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพอย่างสมบูรณ์หรือครอบคลุม (comprehensive assessment) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม B: Body

image หมายถึง การดูแลด้านภาพลักษณ์ C: Communication หมายถึง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ D: Drain หมายถึง การดูแลสายและขวดระบายสิ่งคัดหลั่ง E: Education หมายถึง การสนับสนุนและให้ความรู้ F: Follow up หมายถึง การติดตามผลหลังผ่าตัด G: Good exercise for shoulder หมายถึง การบริหารข้อไหล่อย่างมีประสิทธิภาพ H: Health หมายถึง การส่งเสริม ฟันฟู สภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ และ I: Impact

evaluation หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบฯ ทั้งนี้ มีผลลัพธ์ที่สำคัญของรูปแบบ คือ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 30 วันหลังผ่าตัด และความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สำหรับพยาบาลประจำการ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) 25 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม (2) มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 6 เดือน (ผ่านเกณฑ์การทดลองงาน) (3) มีอายุงานน้อยกว่า 2 ปี และ (4) ยินดีเข้าร่วม

การวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบ ร้อยละ 80.0

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับ ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) ได้รับการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับ (2) อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป และ (3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมจีพาวเวอร์ (G*Power) เลือกการคำนวณแบบ (A Priori: Compute Required Sample Size – Given α , Power and Effect Size) โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.465 (คำนวณจากการศึกษาที่ผ่านมา)¹¹ และยอมรับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.0 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 57 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด 2) แนวคิด 4S Care Model⁹ และ 3) ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เป็นปัจจัยนำเข้า เป็น รูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และจากร่างรูปแบบฯ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม 6 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล 29 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 35 ข้อ

(2) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 6 ข้อ และ (4) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 28 ข้อ ซึ่งจำแนกออกเป็น 5 ด้าน คือ (1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) การประเมินอาการผิดปกติ (3) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (4) การรายงานอาการผิดปกติ และ (5) การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบบันทึกการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มสำหรับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านม และแบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เป็นคำถามปลายเปิด 5 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาล A to I ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ศัลยแพทย์ด้านโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดจากภายนอก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2 ท่าน) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงสำนวนภาษาและเพิ่มเติมกิจกรรมการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบสอบถามรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม 5 ท่าน ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

3. แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียว

กลับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

4. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

5. แบบบันทึกการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม สำหรับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคกระเจ็งเต้านม และแบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ได้จากการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคกระเจ็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด (50 ฉบับ) ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาการดูแล โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย สนทนากลุ่มกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย และสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่าตัดโรคกระเจ็งเต้านมที่นอนพักในหอผู้ป่วย และการประเมินความพร้อมของหน่วยบริการ จากการสัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยเมื่อเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ทวนความกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและสรุปประเด็นหลัก จากนั้นนำประเด็นหลักเสนอให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อการตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ .05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 023/2567 รับรองวันที่ 26 กันยายน 2567 พัทฑกษสิทธ์กลุ่มตัวอย่างทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย และผลลัพธ์การวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งการปฏิบัติงานและการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หลังจากนั้นขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกระเจ็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดำเนินการ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดระหว่างเดือน มีนาคมถึงตุลาคม 2566 จำนวน 50 ฉบับ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะข้อไหล่ติด (ยกแขนได้ไม่เกิน 150 องศา) หลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมร้อยละ 5.26

2) ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์แก่พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และ 3) ศึกษาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาการดูแล โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย สนทนากลุ่มกับ

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย และสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมที่นอนพักในหอผู้ป่วย

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบฯ

1) พัฒนารูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด จากการนำข้อมูลด้านความต้องการของผู้ป่วยและปัญหาการดูแล ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิด 4S Care Model ของ เสาวลักษณ์ พุฒแก้วและคณะ (2566)⁹ ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (theory of nursing system)¹⁰ และกระบวนการพยาบาลรูปแบบจึงประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ (1) ระยะเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านระบบและการบริการ (Service) ด้านบุคลากร (Staff) และด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (2) ระยะการดูแลผู้ป่วย (Nursing care process) ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) (3) ระยะสิ้นสุดการดูแล คือ การประเมินผลการใช้รูปแบบ และการดูแลต่อเนื่อง (Evaluation & Continuity of care)

2) ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ โดยนำรูปแบบฯ ที่ยกร่าง และแบบเก็บข้อมูล ไปขอข้อเสนอแนะและผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ด้านโรคมะเร็งเต้านม อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดจากภายนอก หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน และพยาบาลวิชาชีพดำรงตำแหน่งหัวหน้างานถ่ายทอดทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ได้เท่ากับ 1.0 ทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 คน

3) พัฒนาความรู้ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับสำหรับพยาบาลประจำการด้วยการจัดอบรมหลักสูตรแบบเข้มข้น (หลักสูตร 2 วัน)

4) กำหนดพื้นที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับบ้าน

5) จัดทำผังงานแสดงขั้นตอนบริการและคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลประจำการ โดยพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบฯ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน - มีนาคม 2567

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ
โดยนำรูปแบบฯ ไปใช้กับผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับ 57 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำการ 25 คน (ระหว่างเดือน เมษายน - สิงหาคม 2567)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และปัญหาการดูแล ในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับ ของสถาบันมะเร็งพบว่า 1) อุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะข้อไหล่ติดหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมจะเกิดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 2) ยังไม่มีคู่มือการพยาบาลเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี พบว่า มีความพร้อม ของความรู้และประสบการณ์ในการประเมินอาการที่ซับซ้อนหรือการปรับการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 4) ยังไม่มีผังงานการบริการที่ชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 5) ไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และ 6) ผู้ป่วยมีความพร้อมความรู้และขาดความมั่นใจในดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

2. รูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมความพร้อม 4 ด้าน คือ ด้าน โครงสร้าง(Structure) โดยมีการจัดห้องเฉพาะสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบวันเดียวกลับ (ODS) จำนวน 1 ห้อง มี 4 เตียง อยู่ภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมด้านบริการ (Service) มีการจัดทำผังงานแสดงขั้นตอนบริการผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมแบบวันเดียวกลับอย่างเป็นรูปธรรม ด้านบุคลากร (Staff) มีการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด โดยการจัดอบรมหลักสูตรแบบเข้มข้น (Intensive course) ด้วยหลักสูตร 2 วัน ประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ด้วยเทคนิคการสอนข้างเตียง (Bedside teaching) และด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Standard) ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับสำหรับพยาบาลประจำการ 2) ระยะการดูแลผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (nursing care process) ร่วมกับการนำระบบทางการพยาบาลของโอเรมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตามประเด็นปัญหาการดูแลที่ได้มาจากการวิจัยระยะที่ 1 ตามประเด็น ดังนี้ อักษร A: Assessment for breast cancer surgery หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพอย่างสมบูรณ์หรือครอบคลุม (comprehensive assessment) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านม อักษร B: Body image หมายถึง การดูแลด้านภาพลักษณ์ C: Communication หมายถึง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ D: Drain หมายถึง การดูแลสายและขอระบายสิ่งคัดหลั่ง E: Education หมายถึง การสนับสนุนและให้ความรู้ 3) ระยะสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วย เป็นการกำหนดให้มีการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ตามประเด็น ดังนี้ F:

Follow up หมายถึง การติดตามผลหลังผ่าตัดเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง G: Good exercise for shoulder หมายถึง การบริหารข้อไหล่อย่างมีประสิทธิภาพ H: Health หมายถึง การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ และ I: Impact evaluation เป็นการประเมินผลลัพธ์รูปแบบในด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ประกอบด้วย

3.1 ด้านผู้ป่วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 57 คน มีอายุเฉลี่ย 59.2 ปี (SD=9.3) ต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 75 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.86 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.6 รองลงมา จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.6 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.9 ชนิดของผ่าตัด คือ การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมดร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ร้อยละ 40.4

2) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ โดยรวมผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.9 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินอาการผิดปกติหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรายงานอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ปานกลาง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.1, 2.7, 2.8, 2.9 และ 3.1 ตามลำดับ

3) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ ทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้มากหรือปฏิบัติได้เกือบทั้งหมด โดยความสามารถในการดูแลตนเองหลังใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล A to I โดยรวม (n = 57)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	Mean	S.D.	Z	p-value
ก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล A to I	2.95	0.50	-5.233	< .001*
หลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล A to I	3.50	0.40		

* p<0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล A to I จำแนกเป็นรายด้าน

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ก่อน (n= 57)		หลัง (n= 57)		Z	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	3.12	0.60	3.49	0.50	-3.780	< .001
2. การประเมินอาการผิดปกติหลังผ่าตัด	2.67	0.79	3.42	0.50	-4.648	<.001
3. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.82	0.66	3.48	0.47	-4.946	< .001
4. การรายงานอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	2.85	0.56	3.55	0.41	-4.664	<.001
5. การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น	3.10	0.44	3.53	0.40	-4.790	< 0.001

นอกจากนี้ หลังผ่าตัด 30 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลผ่าตัดมีเลือดออก แผลผ่าตัดติดเชื้อ ข้อไหล่ติด แขนบวม ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามวันนัด และไม่มีการต้องการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (re-admission)

3.2 ด้านพยาบาล

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.0 มีอายุเฉลี่ย 24.8 ปี (SD=1.7) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เฉลี่ย 12.9 เดือน (SD=5.8) และพยาบาลทั้งหมดยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2) เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลประจำการหลังการอบรม พบว่า พยาบาลทุกคนผ่านเกณฑ์คะแนนการอบรม ร้อยละ 80.0 โดยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.0

อภิปรายผล

รูปแบบการพยาบาล A to I ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) ระยะเตรียมความพร้อม 4 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านระบบและบริการ ด้านบุคลากร และด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (2) ระยะการดูแลผู้ป่วย โดยการใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอยู่ในหมวด A, B, C, D, E และ (3) ระยะสิ้นสุดการดูแล คือ การประเมินผลการดูแลอยู่ในหมวด F, G, H, I และจากการสนทนากับทีมดูแลผู้ป่วยได้ข้อมูล ดังนี้

“แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมพัฒนามากกว่า 10 ปี ไม่เคยปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน การปฏิบัติการพยาบาลบางอย่างไม่มีใช้แล้ว เช่น เครื่องมือในการประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่

เปลี่ยนจากgoniometer มาใช้ TAN scale แทนการสอนบริหารข้อไหล่บางท่าไม่ใช้แล้วในตอนนี้” ประกอบกับปัจจุบันการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมได้นำหลักการของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมาใช้ เพื่อลดวันนอนโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มีความเหมาะสมเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติ รูปแบบ โปรแกรม หรือคู่มือการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา สามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ เช่น โปรแกรมการสอนสาธิตในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อลดการเกิดข้อระบายนเลือดและข้อไหล่ติด¹² การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง¹³ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมทั้งเต้านม¹⁴ รวมถึงการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมที่มีต่อการลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม¹⁵

สำหรับผลลัพธ์ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในระดับมาก และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 30 วัน สอดคล้องกับการวิจัยของ ศศิธร เย็นแย้ม อรณัฐ ประดับทอง และ พุ่มพวง ทะเรรัมย์¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถอนรากแบบดัดแปลงทุกรายไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความรู้ของพยาบาล

ประจำการหลังรับการอบรมทั้งด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติการพยาบาล ทุกคนผ่านเกณฑ์คะแนน ร้อยละ 80.0 เช่นเดียวกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย อุดเถิน ธนพร โตสงวนรุ่งเรืองลัดดาวัลย์ ศรีแสนตอ ชีพาคม ภาภักธราดล และธมลวรรณ ยอดดกกิจ¹⁷ ที่ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมากร้อยละ 83.3 และผลลัพธ์ในการจัดบริการพยาบาล A to I ผู้ป่วยทุกรายหลังผ่าตัด 30 วัน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด หรือต้องการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (re-admission)

สรุป ผลของการนำรูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับพยาบาลประจำการไปใช้ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. นำรูปแบบการพยาบาล A to I ขยายผลในหอผู้ป่วยอื่น และในหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Nurse Consultant) ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง
3. ประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการพยาบาล A to I สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดในรูปแบบอื่น หรือในการรักษาอื่น ๆ

References

1. World Health Organization. Breast Cancer. [Internet]. 2020. [Cited 2023 October 11]; Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
2. Jinda Rojanamatin, Weerawat Ukranun, Supakorn Phithakkarnkul, Itsara Chiawiriyabunya , Methee Wongsena, Arkom Chaiwerawattana. Cancer in Thailand Volume X, 2016-2018. Bangkok: National Cancer Institute; 2021. Thai.
3. National Cancer Institute. Hospital-Base Cancer Registry. Bangkok: National Cancer Institute; 2022. Thai.
4. Gabriela P. Breast cancer survival rates. [Internet]. 2022. [Cited 2023 October 11]; Available from: <https://www.webmd.com/breast-cancer/breast-cancer-survival-rates>.
5. Al-Hilli Z, Wilkerson A. Breast Surgery: Management of Postoperative Complications Following Operations for Breast Cancer. Surg Clin North Am. 2021;101(5):845-63.
6. Jane RS, Matthew E, Michelle FJ, Stanley S, Gordon LK, Rena BK. Screening for psychological distress in surgical breast cancer patients. Ann Surg Oncol. 2014;21(10):3348-53.
7. Hannah M, Elizabeth A. Grunfeld, AT. The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta- analysis. [Internet]. 2016. [Cited 2023 October 11]. Available from: [https:// onlinelibrary. wiley.com/doi/ 10.1002/pon.4199](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.4199).
8. Open Suggestion of Thailand Nursing and Midwifery Council on “Dr. Chonnan” Solving the shortage of nurses ‘Development Compensation Workload’. [Internet]. 2024. [cited 2024 May 9]: Available from: <https://www.hfocus.org/cont/2024/29878>.
9. Saovaluk Putkaew, Suthasinee Riamchan, Narisa Sahmaae, Waeroslinda Mahama. Development of new normal in nursing service model for end-stage renal disease patients with hemodialysis, Naradhiwasrajanagarindra hospital. Journal of Nursing Division. 2023;50(3):12-26. Thai.
10. Tang Y, Chen Y, Li Y. Effect of Orem's Self-Care Theory Combined with Active Pain Assessment on Pain, Stress and Psychological State of Children with Nephroblastoma Surgery. Front Surg. 2022;9:904051.
11. Suchada Phuthiphen. Self-care ability and perceived side effects intensity of chemotherapy in patients with colorectal cancer receiving educative-supportive program. (Thesis). Pathum Thani: Rangsit University; 2018. Thai.
12. Paveena Aussawaponpaisan, Sasitorn Kaewkar. The effectiveness of a demonstration program in breast cancer surgery patients to reduce the occurrence of drainage tube let out and frozen shoulder in the female surgery ward, Phrae hospital. Journal of the Phrae Hospital. 2020;28(1):68-80. Thai.

13. Nutchakorn Tehopakarn, Thidalit Maneewat, Jaruwan Suwannaboon. Development of clinical nursing practice guideline for breast cancer patients post- modified radical mastectomy in woman surgical ward 2 Suratthani hospital. Journal of Health Research and Innovation. 2022;5(1):99-109. Thai.
14. Kanchana Wannachai, Apichat Suntorn. Development of a nursing model for breast cancer patients undergoing modified radical mastectomy (MRM), the operating room, Loei hospital. Chaiyaphum Medical Journal. 2022;42(2):94-104. Thai.
15. Kanokwan Laowsarn, Monthicha Raksin, Chuanchai Chueasathuchon. The effect of holistic nursing approach intervention to reduce anxiety in patients with breast cancer surgery. UBRU Journal for Public Health Research. 2020;9(2):125-36. Thai.
16. Sasithorn Yenyam, Oranute Pradubthong, Pumpung Tarerum. Development of a nursing care model for breast cancer patients undergoing modified radical mastectomy. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 2023;31(4):61-75. Thai.
17. Nuengruethai Udthoen, Tanapom Tosanguanrungruang, Laddawan Srisantaw, Cheepakhom Papattaradol, Thamonwan Yodkolki. Development and evaluation of clinical nursing practice guideline of breast cancer patients. Vajira Nursing Journal, 2020;22(2):91-104. Thai.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก

กัญณภัทร สนสกุล*

รพ.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์)

วลัยนารี พรมลา**

ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล)

(รับ: 25 ตุลาคม 2567, แก้ไข: 24 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 7 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคลมชักที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรม และแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ Dependent t-test (one group pre – post test)

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 3.71 และ Mean 2.61, ตามลำดับ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.82, p < .001$) ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ รับรู้ความสามารถของตนเอง และเข้าใจวิธีการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ผู้ป่วยโรคลมชัก พฤติกรรมการจัดการตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี อีเมล : walainaree@hotmail.com

Effect of Health Promotion Program with LINE Application on Self-Management Behavior of Epilepsy Patients

Mathuros Jansaengsri*

D.P.A. (Public Administration)

Jarurnsook Ausavapit**

Ph.D. (Nursing Management)

(Received: October 25, 2024, Revised: November 24, 2024 , Accepted: December 7, 2024)

Abstract

The purpose of this quasi experimental research was to study the effects of the health promotion program with LINE application on the self-management behaviors of epilepsy patients. The sample consisted of 30 epilepsy patients, who received the outpatient services at Pathum Thani Hospital. The research instrument consisted of the health promotion program with the LINE application, and the self-management behavior questionnaire of epilepsy patients. The content validity index of the program and questionnaires were 1.00, and the questionnaire reliability was .87. Data were analysed using dependent t-test (one group pre-post test).

The results showed that the self-management behaviors mean scores of epilepsy patients after receiving the program were higher than before receiving the program (Mean 3.71 and Mean 2.61, respectively), and were statistically significant different ($t = -7.82$, $p < .001$). Therefore, the developed LINE application-based health promotion program can promote knowledge about epilepsy and self-management behaviors, thereby the patients were aware of the health promotion benefits, barriers to practice, their own abilities, and understand how to manage themselves for good health in the future.

Key words: health promotion program with LINE application, epilepsy patients, self-management behaviors

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University, E-mail: walainaree@hotmail.com

บทนำ

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อย โดยมีสถิติผู้ป่วยด้วยโรคลมชักประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคลมชักร้อยละ 1 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ หรือมีผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 6-7 แสนคน โดยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 38-60 ปี² ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย เช่น การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน การจมน้ำตาย การเกิดไฟไหม้ การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายและที่ศีรษะ³ ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ คือ มีความเครียดเรื้อรังวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า⁴ และด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยจะมีตราประทับทางสังคมที่คิดว่าเป็นผู้พิการไม่สมประกอบ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสทางการศึกษา การประกอบอาชีพและมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁵

ดังนั้นผู้ป่วยโรคลมชักต้องได้รับการรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสม โดยการรักษาที่มีความสำคัญและเป็นการรักษาหลักของโรคลมชัก คือ การได้รับยากันชัก อย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดอัตราการชักและการเกิดการชักซ้ำ⁶ นอกจากนี้ยังต้องลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการชัก ได้แก่ การอดนอน การออกกำลังกายอย่างหักโหม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมีภาวะเครียด เป็นต้น⁷ ซึ่งก่อให้เกิดอาการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำทำให้เกิดความยากลำบากในการทำ ความเข้าใจและจดจำข้อมูลทางสุขภาพ ไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการรับประทานยาป้องกันการชัก ไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการชักและ

ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับภาวะโรคลมชักที่เป็นอยู่⁸ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดการได้โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลารเรียนรู้และปฏิบัติ อาจต้องให้กระทำซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ⁷ นอกจากนี้การศึกษาของ Jantima & Kanokporn⁹ พบว่าผู้ป่วยโรคลมชักกว่าครึ่งหนึ่งมักให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับไม่ดี ประกอบด้วยการใช้ยาในปริมาณมากหรือน้อยกว่ากำหนด มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการใช้ในเวลาที่ไม่เหมาะสม ล้วนแต่ได้รับผลมาจากพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹⁰ เชื่อว่าหากบุคคลได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค รับรู้ความสามารถแห่งตน และเข้าใจวิธีการจัดการตนเองที่ดีส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จตามที่ตั้งใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ปัจจุบันแนวทางการส่งเสริมสุขภาพมีหลากหลายวิธี จากทบทวนเอกสารต่างๆ พบว่า ปัจจุบันเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารมีความก้าวหน้า สามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างรวดเร็วและมีความคล่องตัวสูง¹¹ และเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตของคนในปัจจุบัน รวมถึงโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถสนองตอบความต้องการของมนุษย์ได้เป็นอย่างดี ด้วยการมีแอปพลิเคชันที่ หลากหลายและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบไลน์แอปพลิเคชันที่ได้รับความนิยมอย่างมาก เพราะสามารถใช้ได้ทั้งในรูปแบบการพูดคุย (chat) ในการติดต่อสื่อสาร การส่งรูปภาพ การส่งวิดีโอ การสนทนาผ่านโทรศัพท์ หรือแบบเห็นหน้าผ่านวิดีโอ และมีพื้นที่ให้ผู้ใช้งานสามารถส่งเรื่องราวของตนเองลงใน

วารสารกองการพยาบาล

ไทม์ไลน์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ตอบโจทย์ของคนในสังคมได้เป็นอย่างดี¹² และจากการสอบถามผู้ป่วยโรคลมชักทุกรายที่มาโรงพยาบาลมีการใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ทำให้ผู้วิจัยเห็นประโยชน์ของการมีไลน์ และจากความสำคัญที่ได้ระบุนำข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก จึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อเป็นแนวทางในวางแผนส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

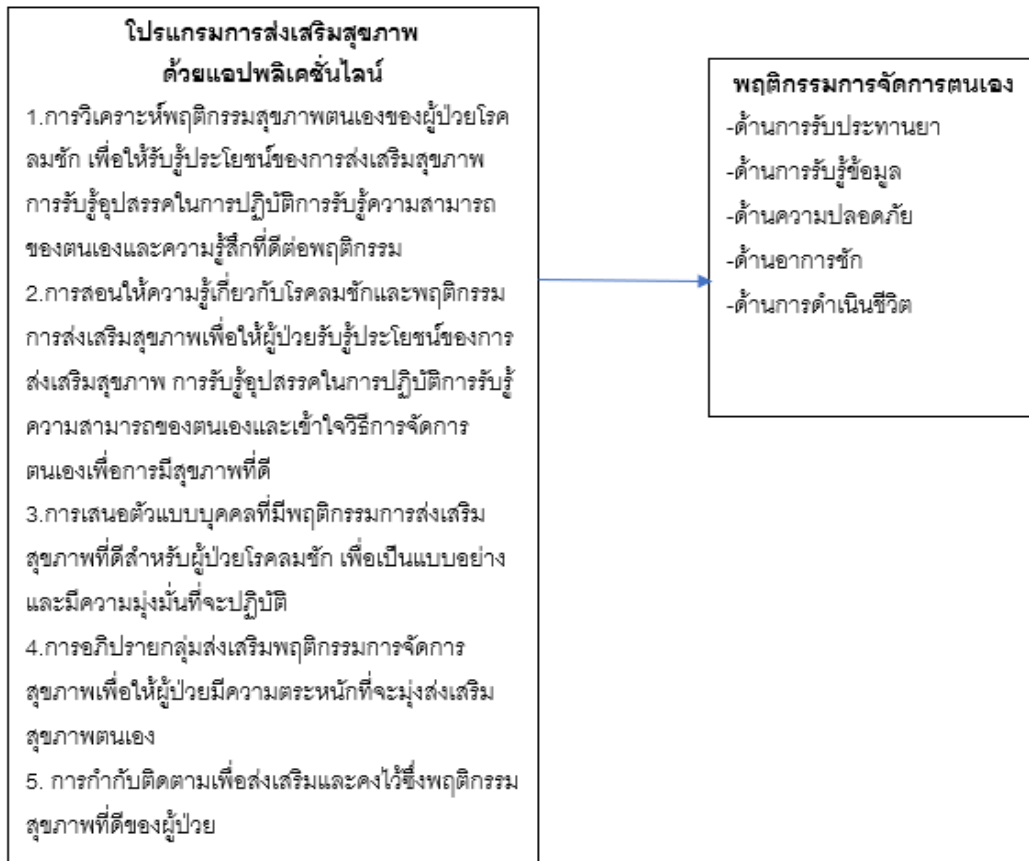
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

ของผู้ป่วยโรคลมชัก

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹⁰ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นจะต้องมีการประเมินถึงการรับรู้ในสิ่งต่างๆ และให้ความรู้ในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางที่ดี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group pre – post test) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี 512 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคลมชัก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2567 กำหนดขนาดตัวอย่าง ดังนี้ (1) ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ในระดับใหญ่ (large effect size) เท่ากับ 0.80 (2) ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และ (3) ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 เมื่อคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power ได้จำนวนตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15¹⁴ ทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดย,

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusive criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยลมชักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี
- 2) ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยากันชัก และไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
- 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม เนื่องจากในสมอง หรือมีประวัติโรคทางจิตเวช
- 4) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
- 5) ยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างขอยกเลิกจากการวิจัยหรือไม่สะดวกใจ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria) คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา และความถี่ในการชัก โดยมีลักษณะแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ของผู้ป่วยโรคลมชัก เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการบูรณาการแนวคิดของแบบแผนส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹⁰ ลักษณะของโปรแกรมการ มีดังนี้

1. สร้างกลุ่มไลน์แอปพลิเคชันในผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เพื่อใช้ในการให้ความรู้และการติดตามข้อมูลต่างๆ
2. ให้ผู้ป่วยโรคลมชักวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อให้รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรู้สึกที่ดีต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน พร้อมส่งเนื้อหาผ่านไลน์แอปพลิเคชันให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถ

วารสารกองการพยาบาล

ของตนเองและเข้าใจวิธีการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

4. การเสนอตัวแบบบุคคลที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคลมชัก เพื่อเป็นแบบอย่าง และมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติในกลุ่มผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

5. การอภิปรายกลุ่มผ่านไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการมุ่งส่งเสริมสุขภาพตนเอง

6. การติดตามเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของ Rattree¹² จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับรู้ข้อมูล ด้านความปลอดภัย ด้านอาการชักและด้านการดำเนินชีวิต ซึ่งข้อคำถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบ่งระดับคะแนนไว้ 3 ระดับ คือ มาก ($M = 3.67 - 5.00$) ปานกลาง ($M = 2.34 - 3.67$) น้อย ($M = 1 - 2.33$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ของผู้ป่วยโรคลมชัก และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งสองชุด มีค่าเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองกับผู้ป่วยโรคลมชักที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

ของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.87

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยโรงพยาบาลปทุมธานี วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2567 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ EC- PTH A064-67 จึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งตอบข้อสงสัย รวมถึงผลกระทบที่ได้รับพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำเสนอรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวอย่างเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองก่อนได้รับโปรแกรม และดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทั้งหมด 4 สัปดาห์ เริ่มจากการทำไลน์แอปพลิเคชันกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 1 ให้ผู้ป่วยโรคลมชักวิเคราะห์พฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อให้รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง และ

ความรู้สึกที่ดีต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม และร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง การบรรยายในหัวข้อ ความรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุ แนวทางการรักษา คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ด้าน การรับประทานยา การรับรู้ข้อมูล ความปลอดภัย อาการชักและการดำเนินชีวิต สัปดาห์ที่ 2 ทบทวน ความรู้ในสัปดาห์ที่ 1 และเสนอตัวแบบบุคคล ผู้ป่วย โรคลมชักที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อ เป็นแบบอย่าง และมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติ และ อภิปรายกลุ่มผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ปัญหา หรืออุปสรรค สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยกำกับติดตามเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดง ความคิดเห็น สรุปปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และ ทำแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการ ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และตรวจสอบความ ถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับแบบสอบถามแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่ม ตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ก่อนนำไป วิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ประกอบด้วย ร้อยละ (percentage) และ ส่วน เบี่ยงเบน มา ต ร ร ู น (standard deviation)

2. ใช้สถิติวิเคราะห์หาความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักก่อนการทดลองและหลัง การทดลองด้วยค่าสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18 – 27 ปี ร้อยละ 56.25 เป็นเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 50 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.25 ระยะเวลาของการรักษาด้วยยา 1-5 ปี ร้อยละ 50 และความถี่ในการชักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 1-5 ครั้ง ร้อยละ 37.50

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม ($M_{post} = 3.71$, $M_{befor} = 2.61$) และอยู่ใน ระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ (n = 30)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		ระดับ	หลังได้รับโปรแกรม		ระดับ
	Mean	SD.		Mean	SD.	
ด้านการรับประทานยา	1.92	.55	น้อย	3.32	.68	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ข้อมูล	2.24	.97	น้อย	3.86	.75	มาก
ความปลอดภัย	2.22	.80	น้อย	3.09	1.16	ปานกลาง
ด้านอาการชัก	3.65	1.32	ปานกลาง	4.07	.87	มาก
ด้านการดำเนินชีวิต	3.07	.99	ปานกลาง	3.70	.99	มาก

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม		ระดับ	หลังได้รับโปรแกรม		ระดับ
	Mean	SD.		Mean	SD.	
ภาพรวมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	2.61	.74	ปานกลาง	3.71	.30	มาก

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ

ผู้ป่วยโรคลมชักหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.82, p = .00$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง	$\bar{x}$	SD	t	df	P
ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ	2.61	.74	-7.82	29	.00**
หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ	3.71	.30			

**p < .01

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M_{post} = 3.71, M_{befor} = 2.61$) และหลังได้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Ratree¹⁴ เนื่องมาจากที่ผ่านมาแม้ว่าผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และมีบุคคลากรทางการแพทย์สอนให้ความรู้ แต่ไม่ได้มีการกำกับติดตาม จึงอาจทำให้เมื่อมีการกำกับติดตาม โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคลมชัก ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการดูแล

สุขภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom¹⁵ ที่กล่าวว่า การให้ความรู้เพื่อให้เกิดการกระทำอย่างต่อเนื่องทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender¹⁰ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นต้องมีการประเมินถึงการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้สึกที่ดีต่อการทำกิจกรรมนั้นๆ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ดี

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคลมชักหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ

$\leq .05$ ($t = -7.82$, $p = .00$) ทั้งนี้เพราะว่าเมื่อผู้ป่วยโรค
ลมชักได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน รับรู้
ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคใน
การปฏิบัติตน และรับรู้ความสามารถของตนเอง
เข้าใจวิธีการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
รวมถึงได้เห็นตัวแบบบุคคลที่มีพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่าง ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชัก
มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม¹⁰ เพื่อจัดการ
ตนเองในด้านการรับประทานยา การรับรู้ข้อมูล ความ
ปลอดภัย อาการชักและด้านการดำเนินชีวิต¹⁴
ด้วยเหตุผลดังกล่าว หากต้องการให้บุคคลมี
พฤติกรรมที่คงอยู่ อันเกิดจากการเรียนรู้และการจำได้
จำเป็นต้องให้ความรู้บ่อยๆ และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด
ความรู้และนำไปใช้และปฏิบัติได้จริง ซึ่งส่งผลทำให้
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้¹⁵ ดังนั้นโปรแกรมการ
ส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ จึงเป็นกิจกรรม
ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูและทำความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคลมชักที่เป็นอยู่ได้อย่างต่อเนื่อง และเพิ่มความรู้
ความเข้าใจให้กับผู้ป่วยได้ในการนำไปจัดการตนเอง
เพื่อการมีสุขภาพดี อยู่ร่วมกับโรคลมชักที่เป็นอยู่ได้

References

1. Mac TL, Tran DS, QuetF, OdermattP,Preux,PM, Tan CT. Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. Lancet Neurol.2007;6(6):533-43.
2. Phabphal K, Geater A, Limapichat K, Sathirapanya P, Setthawatcharawanich S. Riskfactors of recurrentseizure, co-morbidities, and mortality in new onset seizure in elderly. Seizure. 2013; 22(7): 577-80.
3. World Health Organization (WHO).Epilepsy [Internet] . 2024 January 13; [cited 2024 July 13]. Available from: <http://www.who.int/new room/factsheets/detail/epilepsy>.
4. Bell GS, Gaitazis A, Bell CL, Johnson AL, Sander JW. Suicide in people with epilepsy: how great is the risk?.Epilepsia. 2009;50(8):1933-42.

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป การส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชักที่เป็นอยู่ รวมถึงการกำกับติดตาม ทำให้ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ในจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาพดีตามสภาวะของโรคได้

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้ พยาบาลควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์นี้ไปใช้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคลมชักรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และเข้าใจวิธีการจัดการตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย
2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคลมชักและติดตามต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรม

5. Brandit C, Nozadze M, Heuchert N, Rattka M, Loscher W. Disease-modifying effects of phenobarbital and the NKCC1 inhibitor bumetanide in the pilocarpine model of temporal lobe epilepsy. *J Neurosci*. 2010;30(25): 8602-12.
6. Araya Wachiraphan, Chanthima Chuaichum. Promoting Drug Cooperation in Patients with Epilepsy. *Journal of MCU Nakhondhat*. (2020);7(3):1-12. Thai.
7. Natthapan Kaewnguen, Poolsuk Janepanish Visudhtibhan, Anannit Visudhtibhan. Effects of an Epilepsy Control Program via the Line Application on Health Literacy and Health Behavior in Patients with Epilepsy. *Rama Nurs J*. 2022; 28(1): 109-26. Thai.
8. Binhocent W. The results of using tools for self-learning on the knowledge and practice of epilepsy patients. Master's thesis, . Bangkok: Mahidol University; 1993. Thai.
9. Chanthima Chuaichum, Chanokporn Jitpanya. Factors Related to Medication Adherence in Patients with Epilepsy: A Systematic Review. *PNUJR*. 2014;6(1):36-47. Thai.
10. Pender, N.J., Murdaugh, C. L. Parsons, M.A. *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc; 2006.
11. Chalerm Sak Bunprasert. Factors Influencing the Adoption of Line Application Using for Elderly Users. Master of Business Administration. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2018. Thai.
12. Khwanradee Huedhun. The influence of Line Application in the present communication. *Journal of Arts Management*. 2560;1(2):75-88. Thai.
13. Burns N, Grove, SK. *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th ed.) Philadelphia: W.B. Saunders; 2005.
14. Ratree Tanchuea. Relationship among gender, social support, stigma, self-management, medication adherence, self-efficacy, and depression in adult patients with epilepsy. Master of nursing science. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. Thai.
15. Bloom, S.B. *Taxonomy of education objectives, head book I: Cognitive domain*. New York: David McKay; 1975.

ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนของครอบครัว และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย ต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วลัยนารี พรหมลา* ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล)

พิสันต์ ประชาชู** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ)

(รับ: 8 พฤศจิกายน 2567, แก้ไข: 24 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 8 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนของครอบครัว และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย ต่อการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 88 คน ระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย และแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งสองชุด เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย และแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .79, .80 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนของครอบครัว และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .507, .502$ ตามลำดับ) ดังนั้น โรงพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลและส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุสมองเสื่อม กิจกรรมทางกาย ผู้ดูแล การสนับสนุนของครอบครัว ทัศนคติ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** Corresponding author: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

E-mail: pisan.p@ptu.ac.th

The relationship between family support and caregivers' attitudes about physical activity on physical activity in the elderly with dementia.

Walainaree Pommala* Ph.D. (Nursing Administration)

Pisan Pachachoo** M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner)

(Received: November 8, 2024, Revised: November 24, 2024, Accepted: December 8, 2024)

Abstract

This descriptive research aimed to examine the relationship between family support, caregivers' attitudes toward physical activity, and the physical activity levels of elderly individuals with dementia. The sample consisted of 88 caregivers of elderly patients with dementia from Sub-district Health Promoting Hospitals in Mueang District, Pathum Thani Province, between February and June 2024. The research instruments included: 1) a family support questionnaire, 2) a caregivers' attitudes toward physical activity questionnaire, and 3) a physical activity questionnaire for elderly individuals with dementia. The content validity for the caregivers' attitudes and physical activity questionnaires was 1.00, and the reliability of the three questionnaires yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.79, 0.80, and 0.82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results demonstrated a statistically significant positive relationship between family support and physical activity in elderly individuals with dementia ($r = .507$, $p < .05$), as well as between caregivers' attitudes toward physical activity and physical activity in elderly individuals with dementia ($r = .502$, $p < .05$). These findings highlight the importance of encouraging family involvement and fostering positive caregiver attitudes toward physical activity to promote improved physical activity in elderly individuals with dementia. Nurses should actively engage families from the early stages of care to ensure effective support and the promotion of physical activity for this population.

Key words: Elderly with dementia, Physical activity, Caregivers, Family support, attitudes

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

** Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University,
E-mail: pisan.p@ptu.ac.th

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้มากในผู้สูงอายุทั่วโลก องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 50 ล้านคน และจำนวนของผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของสมองหลายส่วนบกพร่องไปจากเดิม โดยไม่มีความผิดปกติของความรู้สึกตัว ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านต่างๆ เช่น ความจำ การคิด การตัดสินใจ การวางแผน ความใส่ใจ การรับรู้ การใช้ภาษา รวมถึงอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงไปจนรบกวนการดำเนินชีวิต² ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งด้านอาชีพ การงาน การเข้าสังคมและการดูแลตนเอง จึงเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพิงที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลให้การดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา และเป็นความต้องการการดูแลในระยะยาว³

จากสถานการณ์ของภาวะสมองเสื่อมนำมาสู่ความท้าทายของนักวิจัยและบุคลากรสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดำรงชีวิตอย่างคล่องแคล่วและมีสุขภาพดี การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถส่งผลทางบวกต่อสมรรถภาพทางสมอง ความแข็งแรงของร่างกาย การดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ การมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาวะทางอารมณ์ และคุณภาพชีวิต⁴ จากประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายที่มากมาย แต่กลับพบว่า มีจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพียงส่วนน้อยมีการทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ขาดการ

มีกิจกรรม หรือใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ⁵ การขาดการมีกิจกรรมทางกาย ส่งผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย จำนวนของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมาก⁶ ดังนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยเป็นสมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกัน⁷ ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีหน้าที่ในการดูแลตั้งแต่การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานจนถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน⁸ นอกจากนี้ การวิจัยจากต่างประเทศ พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกาย⁹ แต่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์¹⁰ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ คือ ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย ดังนั้นผู้ดูแลถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการสนับสนุน ให้กำลังใจผู้สูงอายุ ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้เห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อรูปกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ยังมีความขัดแย้งในปัจจัยที่มีผลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาในบริบทการศึกษาที่ต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัว และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวข้างต้น และนำไปวางแผนพัฒนา

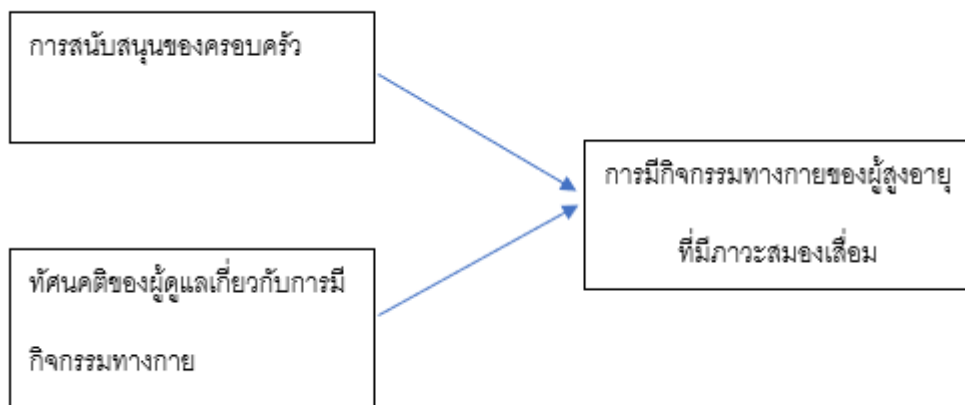
โปรแกรมการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายใน
ผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุน
ของครอบครัว และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการมี
กิจกรรมทางกาย ต่อการมีกิจกรรมทางกายของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิด
จากการทบทวนวรรณกรรม และผลงานที่เกี่ยวข้องกับ
การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง
เสื่อม โดยการสนับสนุนจากครอบครัว และทัศนคติ
ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกาย
ของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง
เสื่อมในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 1,150 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ระหว่าง
เดือนกุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน 2567 คำนวณหาขนาด
ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์
ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) โดย
กำหนดค่า Power เท่ากับ .80 และกำหนดค่า Effect

Size จากการคำนวณได้ค่าเท่ากับ .30 ได้ค่าขนาด
ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด
(Purposive sampling) ตาม เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusive
criteria) ดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย
ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตั้งแต่
6 เดือนขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารอ่านและเขียน
ภาษาไทยได้ และ 3) สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusive criteria) คือ
กลุ่มตัวอย่างขอยกเลิก หรือไม่สะดวกใจในการเข้า
ร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้

2. แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ ของ Amara¹² มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 1-7 ระดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 0.92 และแบ่งระดับคะแนนของแบบสอบถามไว้ 3 ระดับ คือ คะแนน 76 – 105 หมายถึง มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับมาก คะแนน 45 – 75 มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับปานกลาง และคะแนน 15 – 44 มีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับน้อย

3. แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือ ของ Suthichai¹¹ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0-2 คะแนน และแบ่งระดับคะแนนของแบบสอบถามไว้ 3 ระดับ คือ คะแนน 13.35 – 20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูง คะแนน 6.68- 13.34 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 0 – 6.67 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือ ของ Siwaporn¹⁴ มีข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน แบ่งระดับคะแนนของแบบสอบถามไว้ 3 ระดับ คือ คะแนน 29.36 – 40 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีทัศนคติของการมีกิจกรรมทางกายในระดับสูง คะแนน 18.68 – 29.35

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีทัศนคติของการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง และ คะแนน 8-18.67 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีทัศนคติของการมีกิจกรรมทางกายในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย และแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งสองชุด มีค่าเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือที่นำไปหาความเชื่อมั่น ประกอบด้วย แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย และแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำมาตรวจสอบความหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .79, .80 และ .82 ตามลำดับ

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2566 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ PTU-REC 011/2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งตอบข้อสงสัย รวมถึงผลกระทบที่ได้รับพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้ มีการนำเสนอรายงาน

ผลการวิจัยเป็นภาพรวม รักษาไว้เป็นความลับ โดยไม่มีการระบุตัวอย่างเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัย ของมหาวิทยาลัยปทุมธานีแล้ว ผู้วิจัยขอ อนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมาย และพบเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอ ดูรายละเอียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ ประสานงานกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่เพื่อ นัดหมาย กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเอง โดยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้ง พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการ วิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึก ข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาคนละ ประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว ทักษะชีวิตของผู้ดูแล ต่อการมีกิจกรรมทางกาย ต่อการมีกิจกรรมทางกาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้สถิติสัมพันธ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 55.68 เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.64 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.25 มีอาชีพรับจ้าง ทั่วไป ร้อยละ 50 ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นบุตร ร้อยละ 62.50 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 และรายได้อยู่ระหว่าง 10,000-14,999 บาท ร้อยละ 61.36

2. ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว อยู่ในระดับมาก ทักษะชีวิตของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรม ทางกาย และการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ สมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนของครอบครัว ทักษะชีวิตของผู้ดูแล ต่อการมีกิจกรรมทางกาย และการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม (n = 88)

ตัวแปร	Mean	SD.	ระดับ
การสนับสนุนของครอบครัว	80.00	1.68	มาก
ทักษะชีวิตของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย	28.50	1.51	ปานกลาง
การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม	13.10	1.21	ปานกลาง

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ต่อการมีกิจกรรม

ทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .507, .502$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยแสดงในรูปตารางแมทริก สหสัมพันธ์

ตัวแปร	การสนับสนุนของครอบครัว	ทัศนคติต่อการมีกิจกรรมทางกาย	การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ
การสนับสนุนของครอบครัว	1		
ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย	.470*	1	
การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ	.507*	.502*	1

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .507$) แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.64 และเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.50 ทำให้มีการสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม^{9,15} การสนับสนุนจากครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบอีกว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย

ล้วนมีผลช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสทำกิจกรรมทางกายมากขึ้นด้วย¹⁶

ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .502$) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้รับรู้ถึงการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ทัศนคติที่ดีของผู้ดูแล เช่น การเห็นความสำคัญของการเคลื่อนไหวร่างกาย มีผลทำให้ผู้ดูแลมุ่งเน้นการกระตุ้นและจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกาย และเข้าร่วมการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น¹⁷ นอกจากนี้ทัศนคติของผู้ดูแลและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการทำกิจกรรม

ดังกล่าวช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ
นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมขึ้นได้¹⁸

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป การสนับสนุนของครอบครัว และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมตั้งแต่ในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสนับสนุน ช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีกิจกรรมทางกายที่มากขึ้น อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลและส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

References

1. World Health Organization. Dementia. Retrieved February 3, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. 2019. (September 19).
2. Thai Alzheimer Association. Diagnosis of dementia. In: Tasanee Tantirittisak., editor. Clinical practice guidelines: dementia. Bangkok: Tanapress; 2014. Thai.
3. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Diseases International; 2016.
4. Brasure M, Desai P, Davila H, Nelson V. A, Calvert C, Jutkowitz E, Kane R. L. Physical activity interventions in preventing cognitive decline and Alzheimer-type dementia: A systematic review. Annals of Internal Medicine, 2017; 167(12): 17- 28.
5. Boulton E, Hawley-Hague H, French D. P, Mellone S, Zacchi A, Clemson L, Todd C. Implementing behavior change theory and techniques to increase physical activity and prevent functional decline among adults aged 61-70: The prevent IT project. Progress in Cardiovascular Diseases, 2019. 62(2), 147–156.
6. Wichai Aekplakorn. Thai National Health Examination Survey, NHES V in 2014. Bangkok: Health Systems Research Institute. 2016. Thai.
7. Wongsawang N., Lagampan S., Lapvongwattana P & Bowers B.J. Family caregiving for dependent older adults in Thai families. Journal of Nursing Scholarship, 2013. 45(4): 336-343.

8. Connors M. H, Seeher K, Teixeira P. A, Woodward M, Ames D, Brodaty H. Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020.35(2), 250–258.
9. Smith G L, Banting L, Eime R, O'Sullivan G, van Uffelen J. G. Z. The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 2017.14, 1–21.
10. Park C., Elavsky S, Koo K. M. Factors influencing physical activity in older adults. *Journal of exercise rehabilitation*, 2014. 10(1), 45–52.
11. Kim E, Ullrich-French S, Bolkan C, Hill L. G. The role of caregivers in physical activity for older adults with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 2018. 33(2), 122–130.
12. Amara Chupolsat. Relationship between sense of coherence, burdence, social support, and depression among caregivers of dementia patients. Master of Psychiatric and mental health nursing. Chonburi: Burapha University; 2016. Thai.
13. Sutthichai Jitapunkul. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University.1998. Thai.
14. Siwaporn Chumyen. Factors influencing role performance among the caregivers for caring of the dependent elderly people in Uttaradit Province. Master of Public Health Program. Pitsanulok: Naresuan University, 2022. Thai.
15. Harvey I. S, Alexander K. Perceived social support and preventive health behavioral outcomes among older women. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 2012. 27(3): 275–290.
16. Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N., & Hauck, W. W. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: The COPE randomized trial. *JAMA*, 2010. 304(9), 983–991.
17. Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., & Muñoz, R. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2010. 30(2), 161–178.
18. Yu, F., Swartwood, R. M., Wang, X., & Kolanowski, A. M. The effects of aerobic exercise for dementia patients: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2018, 19(7), 579-588.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน

จลลักษณ์ โกมุทศิริกุล*

พ.ย.บ.

ทิพนันท์ บุรณะกิติ**

พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 12 กันยายน 2567, แก้ไข: 26 ตุลาคม 2567, ตอรับ: 23 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 15 – 75 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน
ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด แบ่งเป็น กลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมการ
สนับสนุนและการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้
และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ
0.97, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดความรู้และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.75 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ
ทดสอบที

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้
และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม
การดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา
รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรค
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ ภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมการดูแลตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Email: Tipanan@bcnph.ac.th

Effects of a Support and Education Program on Self-care Behaviors among Heart Failure Patients at Lamphun Hospital

Jongluck Komutsirikun*

B.N.S.

Tipanan Buranakiti**

M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: September 12, 2024, Revised: October 26, 2024, Accepted: November 23, 2024)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a support and education program on self-care behaviors among heart failure patients, guided by Orem's Self-Care Theory. The sample consisted of 60 heart failure patients (aged 15–75 years) admitted to the Internal Medicine Ward at Lamphun Hospital. Participants were selected based on inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to experimental ($n = 30$) and control ($n = 30$) groups. The research instruments included: 1) a support and education program based on Orem's Nursing System Theory, 2) a demographic data interview form, 3) a knowledge measurement form, and 4) a self-care behavior measurement form. The content validity indices of these instruments were .97, 1, 1, and 1, respectively, as assessed by experts. Reliability testing yielded Cronbach's alpha coefficients of .75 for the knowledge form and .71 for the self-care form. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that the experimental group's mean posttest scores for knowledge and self-care behaviors were significantly higher than their pretest scores ($p < .001$). Additionally, the experimental group's mean scores for knowledge and self-care behaviors were significantly higher than those of the control group ($p < .001$). The findings suggest that the support and education program effectively improve self-care behaviors among heart failure patients. Implementing this program could enhance symptom control, prevent complications, and reduce hospital readmissions.

Keywords: support and education program, heart failure, self-care behaviors.

* Registered Nurse, Professional Level, Lamphun Hospital

** Professor of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Phrae, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute Email: Tipanan@bcnph.ac.th

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก เนื่องจากอุบัติการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 1.2 ล้านคน¹ และในประเทศแถบเอเชียพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 1-3 ของประชากร² สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2563 พบจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 244,121 คน³ และมีอัตราการเข้ารับการรักษเป็นอันดับ 5 ของสาเหตุการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาล ส่งผลให้ประเทศสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละคนสูงถึงประมาณ 3,606 เหรียญต่อคนต่อปี⁴ แม้ว่าการรักษาในปัจจุบันจะพัฒนาและมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังคงพบอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 49 และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 30 วัน 60 วัน และ 90 วัน ร้อยละ 28, 34 และ 37 ตามลำดับ⁵ ซึ่งส่งผลทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นตลอดจนอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลลำพูน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 585,617 และ 813 คน ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล 42, 45 และ 62 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าเฉลี่ยการนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน คือ 5.6 วัน และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล

สูงถึงร้อยละ 64.28⁶

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติ ประสิทธิภาพการบีบตัวและการคลายตัวของหัวใจลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ตามปกติ ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เกิดการคั่งของสารน้ำทั่วร่างกายจากการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว⁷ เกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรง ได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขน ขาบวม นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงไม่ใช่เพียงแค่ให้อาการดีขึ้น แต่เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการชะลอความก้าวหน้าของโรค รักษาและควบคุมโรคที่เป็นไม่ให้อาการกำเริบ ลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการทำงานผิดปกติของโรคหัวใจที่ทำให้ภาวะของโรคมีความรุนแรงขึ้น โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ได้แก่ การรับประทานยา การลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือมีเกลือสูง การควบคุมปริมาณน้ำดื่มอย่างเหมาะสม การเฝ้าระวังอาการและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการมาตรวจตามนัด^{8,9} ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ ลดอัตราการเสียชีวิต และการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{10,11} อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง ยังไม่เพียงพอ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองต่ำสุด ทั้งในการจัดการกับอาการและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม¹²

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง ตามแนวทางการรักษา คือ ความรู้¹³ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ขาดความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และความรู้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นและร่วมมือในการรักษา¹⁴ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของอาการภาวะหัวใจล้มเหลว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ในประเทศไทยรูปแบบการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีทั้งการสอนเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มย่อย โดยจะเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การควบคุมการบริโภคเกลือและน้ำ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การติดตามอาการด้วยตนเอง เผื่อระวังอาการกำเริบจากภาวะการคั่งของน้ำและเกลือ การชั่งน้ำหนัก การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย โดยมีสื่อการให้ความรู้ เช่น ภาพพลิก แผ่นพับ โปสเตอร์ และคู่มือการดูแลตนเอง¹⁵ อย่างไรก็ตามการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อความมั่นใจและการตัดสินใจจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เนื่องจากในระยะแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา แต่เมื่อเวลาผ่านไปร่วมกับอาการของโรคที่ทุเลาลง ผู้ป่วยจะละเลยการดูแลตนเอง¹⁶ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือเยี่ยม

บ้าน มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งการส่งเสริมจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายแนวทางการดูแลที่เป็นไปได้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ การช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะประเมินความรุนแรงของอาการและการเก็บรวบรวมข้อมูลของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของตนเอง และสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อเฝ้าระวังจัดการอาการของตนเองได้¹⁷

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวคิดที่เน้นการดูแลตนเองระดับบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ หลีกเลียงจากโรคหรือภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือลดลงได้เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย¹⁸ พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดตามความเหมาะสม โดยพัฒนาความสามารถผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่พยาบาลให้ผู้ป่วยทั้งวิธีการสอนและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายและให้ความร่วมมือในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง ตลอดจนการช่วยชี้แนะให้แนวทางและสนับสนุนผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมหรือคงไว้ซึ่งกิจกรรมตามความสามารถของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจในภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี

พฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี ลดอัตราการกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเป็นแนวทางใน การปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวที่คลินิกโรคหัวใจและหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลลำพูนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. **วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและ หลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ ความรู้

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่าง

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้และพฤติกรรมการดูแล ตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

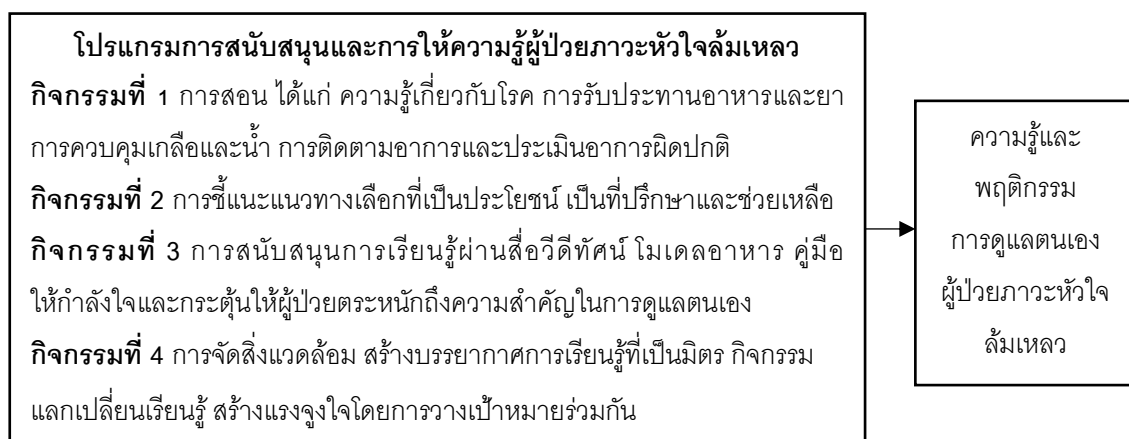
1. หลังการให้โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและ การให้ความรู้มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

3. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การสนับสนุนและการให้ความรู้ มีคะแนนสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุน และการให้ความรู้ จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแล ตนเองของโอเร็ม ที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) นี้ แบ่งตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 15 – 75 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลลำพูน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis¹⁹ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง²⁰ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่า Power of test เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยป้องกันจำนวนที่ออกจากการวิจัย (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหรืออายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลลำพูน อาการดีขึ้นมีสถานะการจำหน่ายกลับบ้าน มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ดูแลหลัก อายุ 18 ปีขึ้นไป และอยู่ดูแลใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง และมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการของโรครุนแรงขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล เช่น มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ต้องใช้ออกซิเจนช่วยใน

การหายใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดลง ไม่สามารถนอนราบได้ มีอาการบวมตามร่างกาย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้ในระหว่างการทดลองหรือเข้าร่วมวิจัยไม่ครบ 4 ครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม 30 ราย ให้ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ให้ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านระดับการศึกษา เพศและอายุ หลังจากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. **เครื่องมือดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผู้วิจัยนำมาสอนให้ความรู้และเน้นการฝึกทักษะผ่านสื่อคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Power Point คู่มือการดูแลตนเอง “อยู่อย่างไร ใส่ใจตนเอง กับภาวะหัวใจล้มเหลว” และสมุดบันทึกน้ำหนักตัวประจำวันของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 **แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก น้ำหนัก จำนวนยาที่รับประทาน ผู้ดูแลหลัก

โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

2.2 แบบวัดความรู้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารตำราที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูกผิด เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การรับประทานยา การควบคุมการบริโภคเกลือและน้ำ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การติดตามอาการด้วยตนเอง และการประเมินอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 – 5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับต่ำ 6 – 10 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับสูง

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้ 10 – 20 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับไม่ดี 21 – 30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง 31 – 40 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรม

การสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ พยาบาลและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินโปรแกรมดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย

นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์หัวใจ พยาบาลและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบวัดความรู้ทดสอบความเที่ยงด้วย KR-20 ได้เท่ากับ 0.75 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองทดสอบความเที่ยงด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.71

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน ผ่านการพิจารณา วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2566 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ LPN 0107/2566 เมื่อได้รับการพิจารณาแล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงผลกระทบที่ได้รับพร้อมทั้งตอบข้อสงสัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวหรือไม่สะดวกใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและจะนำเสนอรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 ราย เพื่อป้องกันอคติของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มต้นจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายและแนะนำตัว เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยประเมินความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้โรงพยาบาลตามปกติจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ ใน 4-6 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายหลังการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะ

ได้รับคำขอบคุณและคู่มือการดูแลตนเอง “อยู่อย่างไร ใส่ใจตนเอง กับภาวะหัวใจล้มเหลว” และสมุดบันทึกน้ำหนักตัวประจำวัน

ในกลุ่มทดลอง เริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทายและแนะนำตัว เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยประเมินความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้โปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้เป็นรายบุคคลในระยะก่อนกลับบ้าน ซึ่งผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างข้างเตียง จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 30 -40 นาที ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสอน ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเผชิญ ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ให้ความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Power Point ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหารและยา การควบคุมเกลือและน้ำ การติดตามอาการและประเมินอาการผิดปกติ ภายหลังจากการให้ข้อมูลความรู้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับ กิจกรรมที่ 2 แจกคู่มือการดูแลตนเอง “อยู่อย่างไร ใส่ใจตนเอง กับภาวะหัวใจล้มเหลว” และสมุดบันทึกน้ำหนักตัวให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแนะนำทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ กิจกรรมที่ 3 สนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผ่านสื่อวีดิทัศน์ โมเดลอาหาร และเอกสารประกอบการบรรยาย ผู้วิจัยสนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองและการลงบันทึกน้ำหนักประจำวัน กิจกรรมที่ 4

สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร ยินดีให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจและเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มแรงจูงใจให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการสนับสนุนติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย พร้อมทั้งให้คำปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ครั้งจะใช้เวลา 10-15 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ ใน 4-6 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต จำนวนยา โรคร่วมและระดับความรุนแรงของโรค ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square) และการทดสอบที (t-test) และมีการทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบโคโมโกรอฟสมีนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

จากการวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 และ 56.67 มีอายุระหว่าง 61-75 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 46.67 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 60 มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 และ 53.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 26.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 33.33 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีน้ำหนักระหว่าง 61-70 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 36.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีน้ำหนักระหว่าง 41-50 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักในการดูแลเรื่องอาหารและจัดยาให้รับประทาน คือ บุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 60 ตามลำดับ ผลของการเปรียบเทียบความเท่าเทียมของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ $p > .05$

ข้อมูลสภาวะโรคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนยาที่รับประทาน 3-4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 63.33 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 50 และ 43.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระดับ 3 คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามปกติ จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก แต่จะไม่มีอาการขณะพัก และเมื่อได้พัก

อาการหายใจหอบเหนื่อยจะดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 46.67 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ระดับ 2 คือ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย แต่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 53.33 ผลของการเปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูลสภาวะโรคของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ข้อมูลสภาวะโรคของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ $p > .05$ และผลการทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ

โคโมโกรอฟสมีนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่ามีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

การทดสอบสมมติฐาน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ส่วนกลุ่มควบคุมมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P value
	(n=30)		(n=30)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้						
กลุ่มทดลอง (n=30)	4.03 (ต่ำ)	1.63	8.27 (สูง)	0.69	-14.99	.000*
กลุ่มควบคุม (n=30)	4.40 (ต่ำ)	1.33	5.30 (ต่ำ)	1.99	-2.79	.009
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง (n=30)	20.43 (ไม่ดี)	1.98	34.97 (ดี)	1.81	-30.20	.000*
กลุ่มควบคุม (n=30)	19.83 (ไม่ดี)	1.82	20.23 (ไม่ดี)	1.52	-1.51	.142

* $P < .05$

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน

และการให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลอง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	5.30 (ต่ำ)	1.99	8.27 (สูง)	0.69	-5.634	.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	20.23 (ไม่ดี)	1.52	34.97 (ดี)	1.81	-6.685	.000*

* P < .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ดังนี้ รูปแบบของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งประกอบได้ด้วย 1) การสอนได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหาร การควบคุมการบริโภคเกลือและน้ำ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การติดตามอาการด้วยตนเอง และการประเมินอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ 2) การชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็นประโยชน์ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือ 3) การสนับสนุนการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โมเดลอาหาร คู่มือ ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง 4) การจัดสิ่งแวดล้อม สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างแรงจูงใจโดยการวางเป้าหมายร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเมื่อมีความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคของตนเอง เพิ่มพลังความสามารถ เพิ่มความมั่นใจและตระหนักรู้ในการกระทำของตนเอง ผู้ป่วยจะมีการตั้งเป้าหมายและสามารถเลือกตัดสินใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง

ที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว และช่วยควบคุมความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ เทิดสุทธิธินภูมิ²¹ ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้รูปแบบของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลวและฝึกทักษะในการดูแลตนเองเป็นรายบุคคล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และการศึกษาของ พารุณี วงษ์ศรี และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล²² ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และข้อแนะนำแก่ผู้ป่วยในระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผลลัพธ์ที่ได้พบว่าภายหลังผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลด้วยวิธีการสอน การชี้แนะแนวทาง การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อ

สนับสนุนพัฒนาการ ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองตามที่พยาบาลให้คำแนะนำได้อย่าง เคร่งครัด ไม่เกิดกลุ่มอาการกำเริบของภาวะหัวใจ ล้มเหลวและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมี ความสุข

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทั้งสองกลุ่ม ตัวอย่างขาดการเรียนรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ที่อาจเป็นผลมาจากระดับการศึกษา เนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ทำให้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้อยู่ใน ระดับต่ำ อาจไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาและเรียนรู้ การดูแลตนเองได้²³ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการ สนับสนุนและการให้ความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่าผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และ 3 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและ การให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้สร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การสอนเป็นรายบุคคล การชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็น ประโยชน์ การสนับสนุนเรียนรู้ และการจัดสิ่งแวดล้อม โดยกิจกรรมที่ใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคล ทำให้ พยาบาลสามารถประเมินความรู้และทักษะของผู้ป่วยได้ การชี้แนะแนวทางเลือกที่เป็นประโยชน์หรือคำปรึกษา จึงเหมาะสมตามความต้องการและความสามารถของ ผู้ป่วยแต่ละราย การสนับสนุนเรียนรู้โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ โมเดลอาหาร และคู่มือนำมาประกอบการสอนทำให้ ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น การจัด สิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตร

การวางเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกันระหว่าง พยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแล ตนเองปฏิบัติตามแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ ตั้งไว้ นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์จะ ช่วยเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และใช้ใ้ การติดต่อกับเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือ เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคและให้แนวทางการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยทำให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติ พฤติกรรมที่ดีขึ้น

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา, พัทธินทร์ และทัศนีย์²⁴ ที่ใช้โปรแกรม การสนับสนุนและการให้ความรู้ประกอบด้วยการให้ ความรู้และการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยวิธีการ สอนเป็นรายบุคคลและมีการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ภายหลังการสอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นเตือน เรื่องการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน และการให้ความรู้ มีความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และการศึกษาของ อัมราภัสร์ และคณะ²⁵ ที่ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย การสอนพร้อมให้คู่มือการดูแลตนเอง การชี้แนะให้ ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเอง การสนับสนุน ติดตาม และการสร้างสิ่งแวดล้อม ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนความรู้และ พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาลดลงใน

โรงพยาบาลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
ภายหลังใช้โปรแกรม

สรุปว่าผลการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุน
และการให้ความรู้ในครั้งนี้ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลวมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมดูแล
ตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ
ที่เพียงพอ และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก
บุคลากรสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจใน
การดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม
แนวทางการรักษา และมีพฤติกรรมดูแลตนเอง
ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพ
ตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และมี
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนและ
การให้ความรู้ในการศึกษานี้ สามารถนำไปปรับใช้
เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม
การดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและ
การให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย
ภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อติดตามความรู้และพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่าง
ต่อเนื่องภายหลังได้รับโปรแกรมในช่วง 3 เดือน และ
6 เดือน เพื่อศึกษาความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้
มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่หอผู้ป่วย
อายุรกรรม โรงพยาบาลลำพูน เพื่อส่งเสริมคุณภาพ
การให้การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์
ที่ดีต่อผู้ป่วย

References

1. Agarwal MA, Fonarow GC, Ziaeian B. National trends in heart failure hospitalizations and readmissions from 2010 to 2017. JAMA Cardiol. 2021; 6:952–956.
2. Reyes EB, Ha J., Firdaus I., et al. Heart failure across Asia: Same healthcare burden but differences in organization of care. Int J Cardiol. 2016; 223: 163-167.
3. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Annual Action Plan 2023 Ministry of public health. Nonthaburi: Strategy and planning division; 2023. Thai.
4. Yingchoncharoen T, Wu T.C., Choi D.J., Ong T.K., Liew H.B., Cho M.C., Economic burden of heart failure in Asian countries with different healthcare systems. Korean Circulation Journal. 2021; 51(8): 681-693.
5. Preenuch Poncharoen, Niphawan Samartkit and Pawana Keeratiyutawong. Factors related to discharge readiness in patients with congestive heart failure. Nursing journal of the Ministry of public health. 2015; 25(2): 130-143. Thai.
6. Lamphun Hospital Diagnostic statistic of Lamphun Hospital. 2023. Thai.
7. Phongpan Arunsang. Nursing care for patients with cardiovascular disease. 5th PIM. Khon Kaen: International Library. 2008. Thai.

8. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2021; 23(1):157-174.
9. The Association of Cardiologists of Thailand under the Royal Patronage. Diagnostic Practice Guidelines and Treatment of patients with heart failure. 2019. Bangkok: Neck Step Design Ltd., 2019.Thai.
10. Teranut Yindesuk, Wariya Wachirawat and Pawana Keeratiyutawon. Clinical pathway for promoting self-management of patients with congestive heart failure at Sappasittiprasong hospital. *Thai Journal of Nursing Council.* 2011; 26(4): 70-81. Thai.
11. Rigel B., Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2008; 23(3): 190-196.
12. Koirala B., Dennison Himmelfarb CR., Budhathoki C., Davidson PM., Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon.* 2020; 6(2): e03412.
13. Ok J. S., and Choi, H. Factors affecting adherence to self-care behaviors among outpatients with heart failure in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing.* 2015; 27(2): 242-250.
14. Waiyaporn Promwong, Jaroonsree Meenongwah, Sangduan Ginggeaw and Rungthip Charoensri. Knowledge and Self-Care Behavior among Patients with Heart Failure in The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health and Nursing Research.* 2022; 38(1): 172-185. Thai.
15. Chanjira Kiatsisakul, Suprida Mankong, Orsaphan Phakdee and Thanarat Chunngam. Self-care behavior and the severity of heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing.* 2008; 19(2): 23-39. Thai.
16. Juntima Rerkluenrit, Orasa Panpakdee, Porntip Malathum, Margarete Sandelowski and Supachai Tanomsup. Self - Care among Thai People with Heart Failure. *Thai journal of nursing research.* 2009; 13(1): 43-54. Thai.
17. Uraivan Sridama, Tasanee Daekhunthod and Suksitorn Poolchai. Development of Heart Failure Self-Management Promotion Model for Patients at Heart Failure Clinic, Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital.* 2020; 23(1): 38-51. Thai.
18. Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.M. *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. Saint Louis: Mosby. 2001.
19. Faul F., Erdfelder E., Buchner A., and Lang AG. Statistic power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods.* 2009; 41: 1149-1160.
20. Cohen J. *Statistical power analysis of the behavioral science.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Larence Erlbaum. 1988.

21. Phonphan Therdsuthiranaphum Effects of self-care promotion program on self-care behavior and quality of life of patients with heart failure, Prachuap Khiri Khan Hospital. Journal of Cardiovascular Disease. 2015; 26 (1): 2-14. Thai.
22. Parunee Wongsri and Teepatad Chintapanyakun. Utilization of Orem's theory with caring and advice for patients with heart failure. Journal of the police nurses. 2018; 10(1): 209-219. Thai.
23. Aree Saengratsamee, Sirinan Charoenphol and Suttatip Tummee. Nursing intervention to enhance self-care among patients with heart failure: A systematic review and narrative synthesis. Journal of health science research. 2022; 16(2): 149-160. Thai.
24. Chantima Rerkmunrit, Patcharin Kwanchai and Tasanee Soi-on. Effects of a support and education program on activity and self-care abilities of people with heart failure. Ramathibodi Nursing Message. 2012; 18 (1): 102-118. Thai.
25. Armarapas Atthachaiwat, Sophis Suwankesawong, Sirima Leelawong, Sasamon Srisuthisak and Hatairut Boonkaew. Effectiveness of health promotion program in heart failure patients. Journal of Nursing Division. 2020; 47(3): 185-202. Thai.

ผลของรูปแบบการเตรียมพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อสมรรถนะการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล และความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อม

ศุภวรรณ บัอมจันทร์* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อรญา ศรีนารอด** พย.บ.

ณชพัฒน์ จินหลักร้อย*** พย.ม. (การผดุงครรภ์)

(รับ: 24 กันยายน 2567, แก้ไข: 1 ธันวาคม 2567, ตอรับ: 12 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยที่ทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการเตรียมความพร้อมฯ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 36 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบการเตรียมพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะของนักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 1.0 และ .97 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .86 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลหลังเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าก่อนเตรียมความพร้อมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.59, p < .05$) นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจด้านการสร้างความมั่นใจในการประเมินผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด (Mean 4.80, SD .40) ดังนั้น ผู้สอนควรใช้รูปแบบการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อให้ผู้เรียนได้เตรียมความพร้อมฝึกปฏิบัติโดยใช้ความรู้และมีสมรรถนะในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตามมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพ

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม, การเตรียมพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงาน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Email: oraya@bcnsprnw.ac.th

*** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effects of preparation for nursing practice model for elderly people in the community using simulation-based learning on comprehensive geriatric assessment competency of nursing student and satisfaction with the preparation.

Supawan Pomchan* M.N.S (Adult Nursing)

Oraya Srinarod** B.N.S.

Nachaphat Jeenlakroy*** M.N.S (Midwifery)

(Received: September 24, 2024, Revised: December 1, 2024, Accepted: December 12, 2024)

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to compare the mean scores of comprehensive geriatric health assessment competencies before and after the preparation on the geriatric nursing practice using simulation-based learning and satisfaction of the nursing students with the preparation. The purposive sample of 36 fourth-year nursing students were recruited. The research instrument was the pre- geriatric nursing practice preparation model using simulation-based learning. Data collection tools consisted of the competency assessment form on comprehensive geriatric health assessment and the satisfaction assessment form, yielding content validity of 1.0 and .97, respectively. The Cronbach's alpha coefficient was .86 and .72, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that the mean score on the comprehensive geriatric health assessment of the nursing students after the pre- geriatric nursing practice preparation using simulation-based learning was significantly higher than before the preparation (t 23.59, $p < .05$). The nursing students reported the highest satisfaction on the confidence in geriatric assessment (M 4.80, SD .40). Therefore, the instructors should use a simulation-based learning model to prepare the students for practice using their knowledge and competencies on assessing the health status of the elderly in the community according to academic and professional standards.

Key words: simulation-based learning, comprehensive geriatric assessment, pre-practice preparation

* Senior professional nurse, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

** Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Corresponding Email: oraya@bcnsprnw.ac.th

*** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

บทนำ

การเรียนการสอนทางการพยาบาลในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและความท้าทายของการดูแลสุขภาพในยุคปัจจุบัน หนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญที่นำมาใช้มากขึ้นในการเรียนการสอนทางการพยาบาล ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านการสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-based learning) การจำลองสถานการณ์เป็นหนึ่งในรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถฝึกปฏิบัติในสภาพแวดล้อมที่จำลองเสมือนจริง การจัดให้นักศึกษามีสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ย่อมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีแก่นักศึกษา เช่น การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองก่อนการลงมือปฏิบัติจริง ถือเป็นวิธีที่ช่วยให้นักศึกษาเพิ่มความมั่นใจและสามารถปรับตัวเข้ากับกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น¹ ส่งเสริมให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการพยาบาล การแก้ปัญหา การตัดสินใจทางคลินิก รวมถึงทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น สามารถเปลี่ยนแปลงผู้เรียนได้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด (Reflection) และการกระทำ (Action) ภายใต้สถานการณ์จริงที่ผู้เรียนเผชิญอยู่²

การฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลซึ่งนับว่าเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลและการให้บริการการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลจริงตามมาตรฐาน จรรยาบรรณ และจริยธรรมของวิชาชีพ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจจากประสบการณ์การฝึกปฏิบัติจริง³ อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์การสอนในหอผู้ป่วย พบว่า นักศึกษามักขาดความมั่นใจ กลัวว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย จึงไม่กล้าลงมือให้การพยาบาล นอกจากนี้ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงและวิกฤตที่ผู้เรียนไม่เคยเจอสถานการณ์จริง ส่งผลให้ผู้เรียน

ไม่กล้าที่จะตัดสินใจ สื่อสาร หรือลงมือปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่า การเตรียมความพร้อมของผู้เรียน ผู้สอน และสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย สามารถลดความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลได้ ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจและสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁴ สำหรับการจัดการเรียนการสอนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จำเป็นต้องอาศัยแนวทางการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และกระบวนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ โดยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและภาวะสุขภาพ ปรับพฤติกรรมเสี่ยง ดูแลโรคเรื้อรังหรือภาวะทุพพลภาพ ภายใต้เงื่อนไขและข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น⁵

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพมากกว่าช่วงวัยอื่น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ความเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ความท้าทายนี้ต้องการการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน⁶ ในทางเดียวกันด้านจิตใจและสุขภาพจิตก็เป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ความโดดเดี่ยวและความรู้สึกถูกทอดทิ้งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ หลายคนต้องเผชิญกับความเศร้าโศก การสูญเสีย และการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล⁷ ซึ่งกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เป็นลักษณะเฉพาะที่พบในผู้สูงอายุ ไม่แสดงอาการปรากฏอย่างจำเพาะเจาะจง มีความซับซ้อน

ส่งผลต่อพยาธิสรีรวิทยาหลายระบบ จำเป็นจะต้องมีแบบประเมินหรือเครื่องมือเพื่อช่วยในการคัดกรอง ดังนั้น การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม หรือ Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) จึงเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานสามารถคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วนครอบคลุมและเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินกิจกรรมที่ต้องใช้เครื่องมือในกิจวัตรประจำวัน การคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้มีภาวะอ้วน, โภชนาการ เพศและการเจริญพันธุ์ การได้รับภูมิคุ้มกัน ความบกพร่องของการได้ยิน ความบกพร่องในการมองเห็น, แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และการกลืนปัสสาวะไม่ได้ของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยสมรรถนะในการซักประวัติ ตรวจร่างกายและใช้เครื่องมือพิเศษในการประเมิน⁸ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตผู้สูงอายุ⁹

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมมีหลายระบบ และมีความละเอียด ต้องใช้ระยะเวลาทำความเข้าใจ ตลอดจนต้องอาศัยการเตรียมความพร้อมก่อนการใช้ เพื่อความถูกต้องของข้อคำถามและการแปลผลที่ถูกต้องแม่นยำ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุมถึงการใช้คำถามและการสื่อสารเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและเป็นองค์รวม ดังนั้นเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาล ได้เกิดการเรียนรู้และมีสมรรถนะในการใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมในชุมชน การเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

จึงเป็นรู้แบบการเรียนรู้การสอน ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกกระบวนการคิด การตัดสินใจ ทักษะการสนทนาและการแก้ปัญหา¹⁰ เกิดการเรียนรู้ตามผลลัพธ์ที่คาดหวังของรายวิชา ตลอดจนเกิดความพึงพอใจของผู้เรียน ทำให้เกิดความมั่นใจในการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น¹¹

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการเตรียมพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อสมรรถนะการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ความเข้าใจเชิงลึก มีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและให้การพยาบาลตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพสำหรับผู้สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรีในการพยาบาลผู้สูงอายุ¹² และเกิดความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ด้วยรูปแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงก่อนการปฏิบัติการพยาบาลจริงในชุมชน เกิดความมั่นใจทั้งความรู้และสมรรถนะพร้อมให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเป็นไปตามมาตรฐานจรรยาบรรณและจริยธรรมวิชาชีพและเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมก่อนและหลังเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล

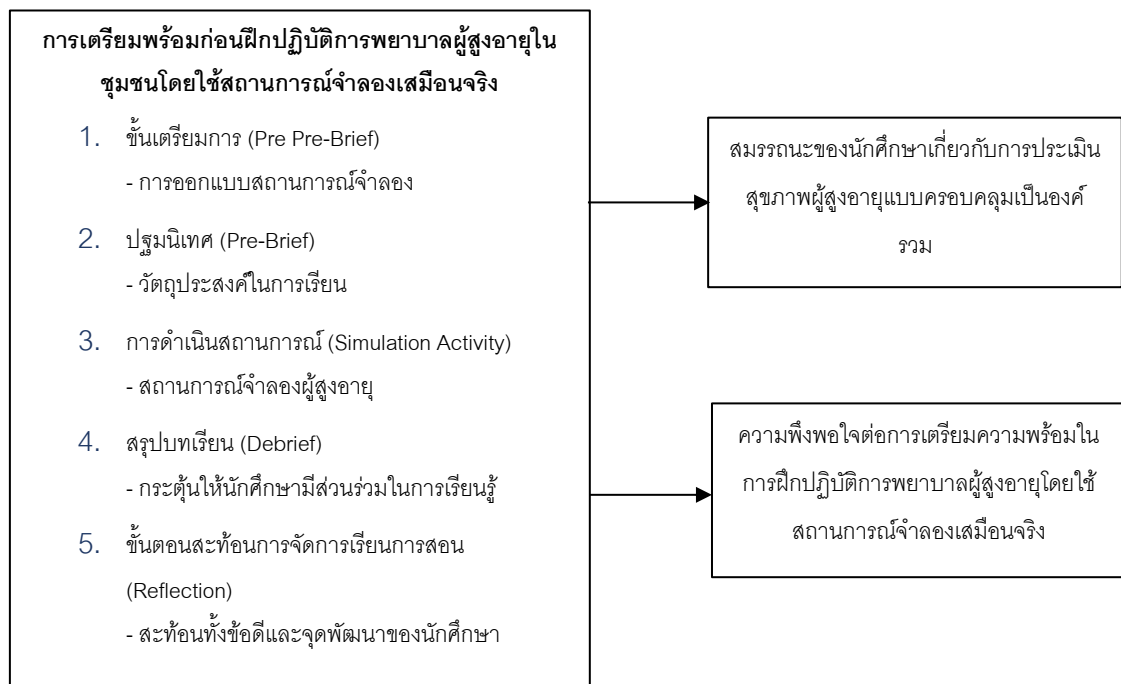
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Lertlum et al.² ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดย

วารสารกองการพยาบาล

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ (Pre Pre-Brief) การออกแบบโจทย์สถานการณ์ เตรียมผู้ป่วยจำลอง อุปกรณ์ต่างๆ และการทดลองดำเนินสถานการณ์ว่าเป็นไปตามที่ออกแบบไว้หรือไม่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่ 2) ปฐมนิเทศ (Pre-Brief) 3) การดำเนินสถานการณ์ (Simulation

Activity) และการสะท้อนการเรียนรู้ 4) สรุปบทเรียน (Debrief) และ 5) ขั้นตอนสะท้อนการจัดการเรียนการสอน (Reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเรียนการสอน ในขั้นตอนนี้ ทั้งนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อประเมินผลเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและผลลัพธ์การเรียนรู้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) นี้ เป็นแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2567 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ 140 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ระหว่าง 26 สิงหาคม – 13 กันยายน 2567 จำนวน 36 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะการวิจัยใกล้เคียงกัน โดยคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่เท่ากับ .95² โดยใช้ โปรแกรม G*Power 3.1.19 สำหรับสถิติ t-test แบบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อิสระต่อกัน (dependent sample t-test) วิเคราะห์อำนาจการ

วารสารกองการพยาบาล

ทดสอบก่อนการวิจัย (power analysis) โดยการทดสอบแบบทางเดียวกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (power of test) .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 17 คน แต่เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ดำเนินกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่เป็นธรรมชาติ (inclusive participation) และป้องกันอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่าง (Selection bias)¹³ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยกับนักศึกษาทั้งหมด จำนวนทั้งสิ้น 36 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ และ 2) ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ นักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ หมายเลขเอกสารรับรอง SPRNW-REC 022/2024 วันที่ 14 สิงหาคม 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรม โดยผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการ และชี้แจงสิทธิในการบอกเลิกหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเตรียมพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการพัฒนารูปแบบการ

จัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (2PPSDR)² ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่สามารถประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มอาการผู้สูงอายุได้ครอบคลุมครบถ้วน กิจกรรมประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ (Pre Pre-Brief) โดยการวางแผนออกแบบโจทย์สถานการณ์ 2) ปฐมนิเทศ (Pre-Brief) โดยการอธิบายวัตถุประสงค์การเรียนรู้และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง 3) การดำเนินสถานการณ์ (Simulation Activity) และการสะท้อนการเรียนรู้แก่ผู้เรียน 4) สรุปบทเรียน (Debrief) และ 5) สะท้อนการจัดการเรียนการสอน (Reflection) ให้นักศึกษาได้แสดงสมรรถนะในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมและเกิดความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ก่อนไปฝึกในสถานการณ์จริง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ เชื้อชาติ สัญชาติ รูปแบบการเรียนรู้ (Learning styles) และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ ตอบแบบสอบถามโดยผู้เข้าร่วมวิจัย

2. แบบประเมินสมรรถนะของนักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย สมรรถนะ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข ด้านวิชาการและวิชาชีพ และด้านพฤติกรรมบริการ รวม 27 ข้อ ตอบแบบสอบถามโดยผู้เข้าร่วมวิจัย ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่ควรปรับปรุงเพื่อพัฒนา และ 5 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติชัดเจนได้ดีมาก คะแนนสมรรถนะในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

รวมอยู่ระหว่าง 27 – 135 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับแบบอิงเกณฑ์ของ Best¹⁴ระดับต่ำ (27-62 คะแนน) ระดับปานกลาง (63-98 คะแนน) ระดับมาก (99-135 คะแนน)

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ตอบแบบสอบถามโดยผู้เข้าร่วมวิจัย ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูง หมายถึง นักศึกษามีความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการเตรียมพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ ก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 20 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองเพื่อประเมินรูปแบบดูความชัดเจนและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสมรรถนะของนักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

แบบครอบคลุมเป็นองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1.0, 1.0, และ .97 ตามลำดับและหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และนำมาคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .73, .86, และ .72 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียม

1. ผู้วิจัยเตรียมผู้สอน อาจารย์ผู้สอนทบทวนขั้นตอนตามกระบวนการการเรียนรู้ และทำความเข้าใจกับโจทย์สถานการณ์

2. เตรียมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ เพื่อจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการพยาบาล ผู้สูงอายุจำลอง (standardized patient) สื่อการเรียนการสอน และห้องสังเกตการณ์

3. เตรียมกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าก่อน 1 วัน โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเวลาทำวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นเตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

4. ให้กลุ่มตัวอย่างลงตารางการเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

ขั้นสอน

1. จัดการเรียนรู้การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยแบ่งกลุ่มนักศึกษากลุ่มละ 4 คน เป็น 12 กลุ่ม และให้ส่งตัวแทน 2 คน/กลุ่ม เพื่อใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมสถานการณ์จำลองจะเป็นผู้สังเกตการณ์

2. ขั้นเตรียมการ (Pre Pre-Brief) เป็นการเตรียมสถานการณ์จำลอง โดยกำหนดวัตถุประสงค์ประสงค์การเรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียน

3. ปฐมนิเทศ (Pre-Brief) เป็นการแนะนำผู้เรียนเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ การสอน วัตถุประสงค์การเรียนรู้ แนะนำเครื่องมือ อุปกรณ์ และผู้สูงอายุจำลอง โดยให้บทบาทสมมติแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน ใช้เวลา 10 นาที

4. การดำเนินสถานการณ์ (Simulation Activity) นักศึกษาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง โดยตัวแทนของแต่ละกลุ่มสามารถเลือกใช้แบบประเมินตามหัวข้อที่กำหนด โดยมีลำดับขั้นตอนในการเข้าตามระยะเวลาที่กำหนด โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ เรียงลำดับความสำคัญ เพื่อวางแผนตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพ หากผู้เรียนยังไม่แสดงพฤติกรรมการเรียนรู้ตามตัวชี้วัดที่กำหนด อาจารย์ผู้สอนจะช่วยกระตุ้นเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักในการปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 35 นาที

5. สรุปบทเรียน (Debrief) นักศึกษาจะสะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อาจารย์ใช้คำถามกระตุ้นให้นักศึกษาสรุปความคิดรวบยอด เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุรายใหม่ รวมทั้งวางแผนในการพัฒนาตนเอง เพื่อนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติจริงตามบทบาท

ของพยาบาล และสามารถเชื่อมโยงการปฏิบัติกับเนื้อหาวิชาที่เรียน

6. ขั้นตอนสะท้อนการจัดการเรียนการสอน (Reflection) อาจารย์ผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม 1) กลุ่มสังเกตการณ์ 2) กลุ่มปฏิบัติการ สะท้อนคิดสิ่งที่ได้เรียนรู้ ภายหลังดำเนินสถานการณ์เสร็จสิ้น (Reflection-on-Action) โดยอาจารย์รับฟังความรู้สึกของนักศึกษา และจำแนกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ ทำความเข้าใจในบทเรียน อาจารย์ตั้งคำถามเพื่อให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนอภิปรายร่วมกัน สะท้อนการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาการพยาบาลของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

ระยะเวลาขั้นตอนสรุปบทเรียนและขั้นตอนสะท้อนการจัดการเรียนการสอนใช้เวลารวมกันประมาณ 1 ชั่วโมง

ภายหลังการสอน

1. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการประเมินสมรรถนะของนักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม (Post-test) จำนวน 25 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 10 ข้อ ใช้เวลา 30 – 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบประเมินสมรรถนะของนักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมก่อนและหลังเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถิติ Pair-t-test และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดย

วารสารกองการพยาบาล

ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงโดยใช้สถิติใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 36 คน มีอายุระหว่าง 21-23 ปี ร้อยละ 100 มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.00-3.25 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25 มีความชอบในการเรียนรู้ แบบ Kinesthetic Learning (เรียนผ่านการลงมือทำ) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.60 โดยส่วนใหญ่ นักศึกษามีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะ มีญาติหรือ

คนใกล้ชิดเป็นผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 72.20

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็น องค์กรวมหลังเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการ พยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล จำแนกราย ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด ได้แก่ ด้าน พฤติกรรมบริการ (M=5.00 SD = 0.00) รองลงมา คือ ด้านการสื่อสาร (M=4.81 SD = 0.25) และน้อยที่สุด คือ ด้านวิชาการวิชาชีพ (M=4.35 SD = 0.24) ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของนักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบ ครอบคลุมเป็นองค์กรวม จำแนกรายด้าน

ด้าน	ก่อนการเรียนรู้ (n=36)		หลังการเรียนรู้ (n=36)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการสื่อสาร	3.38	0.41	4.81	0.25	18.48	0.000*
ด้านการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข	2.66	0.49	4.37	0.41	18.25	0.000*
ด้านวิชาการ และวิชาชีพ	2.81	0.40	4.35	0.24	19.25	0.000*
ด้านพฤติกรรมการบริการ	3.34	0.62	5.00	0.00	16.02	0.000*

* p < .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของ นักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แบบครอบคลุมเป็นองค์กรวมระหว่างก่อนเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล กับหลังเตรียมความพร้อม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน สมรรถนะการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบ ครอบคลุมเป็นองค์กรวมหลังการเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 23.59, p < .05) ดัง ตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของนักศึกษาเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบ ครอบคลุมเป็นองค์กรวมระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการเรียนรู้การสอน	78.64	8.96	-23.59	0.000*
หลังการเรียนรู้การสอนด้วยสถานการณ์จำลอง ฯ	120.72	5.12		

* p < .05

3. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจในการสร้างความมั่นใจในการประเมินผู้สูงอายุมากที่สุด ($M = 4.80, SD = 0.40$) รองลงมา คือ ความพึงพอใจวัตถุประสงค์สอดคล้องกับรายวิชา ($M = 4.72, SD = 0.45$) และ ความพึงพอใจสามารถเอาไปใช้ได้ สถานการณ์จริงได้ ($M = 4.69, SD = 0.47$) ตามลำดับ ความพึงพอใจน้อยที่สุด คืออุปกรณ์และเครื่องใช้ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ผู้สอนเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ($M = 4.25, SD = 0.77$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า การเตรียมพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีผลให้สมรรถนะการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้านพฤติกรรมบริการ ประกอบด้วย การแสดงออกถึงพฤติกรรมให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเอาใจใส่ ทุ่มเท อดทน คำพูดแสดงเจตคติที่ดี และการให้การพยาบาลผู้สูงอายุด้วยความระมัดระวัง คำนึงถึงความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด สำหรับสมรรถนะรายด้านวิชาการและวิชาชีพ ประกอบด้วย การซักประวัติที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม การวิเคราะห์ การแปลผลการสรุปปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนการพยาบาล และการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตามกลุ่มอาการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยรายด้านน้อยที่สุด เมื่อพิจารณารูปแบบกิจกรรมการดำเนินสถานการณ์ (Simulation Activity) ซึ่งให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการเรียนการสอนที่ใกล้เคียงกับการเรียนผ่านการลงมือทำและมีขั้นตอน

การสรุปบทเรียน และขั้นตอนสะท้อนการจัดการเรียนการสอนร่วมกับอาจารย์ผู้ควบคุม การเลือกใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ เรียงลำดับความสำคัญ วางแผนตัดสินใจแก้ปัญหาสุขภาพ ยังส่งเสริมให้สมรรถนะการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย^{9,15} เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ดังกล่าว ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เสริมสร้างความมั่นใจก่อนการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้สูงอายุจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phormpayak¹⁶ ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงรวมกับการสะท้อนคิดนั้น ช่วยทำให้ผู้เรียนนั้นสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ รวมถึงช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่จำลองใกล้เคียงกับความเป็นจริงมาดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการขาดประสบการณ์หรือทักษะที่เพียงพอ และสอดคล้องกับ Jeffries¹⁷ ที่พบว่าการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมีส่วนช่วยให้นักศึกษาได้รับการฝึกฝนทักษะทางวิชาชีพในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและปราศจากความเสียหาย การจำลองสถานการณ์ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาทักษะในการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้นักศึกษาเข้าใจการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเกิดสมรรถนะที่ดีขึ้นในการสื่อสารเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย

สำหรับความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล พบว่า สามารถสร้างความมั่นใจในการประเมินผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ วัตถุประสงค์

สอดคล้องกับรายวิชาและสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับ Sinthuchai, Sawekngam, และ Pasiphol¹ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจ เนื่องจากผู้เรียนตระหนักว่าต้องนำความรู้นี้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ได้ลงมือปฏิบัติโดยมีแนวทางกำกับและมีอาจารย์ดูแล ซึ่งผู้เรียนสามารถจดจำความรู้จากประสบการณ์ที่ได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลองได้นาน รวมถึงการคิดและการตัดสินใจที่เร็วขึ้น และในกิจกรรมการเรียนรู้ได้ใช้ผู้สูงอายุจำลองเพื่อให้นักศึกษาได้เห็นภาพจริงและใช้สมรรถนะในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Irwin และ Colella¹⁸ ที่พบว่าการใช้ผู้ป่วยจำลองในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลต่อความปลอดภัยทั้งของนักศึกษาและผู้รับบริการ ส่งผลให้นักศึกษารู้สึกความมั่นใจและลดความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติ จึงกล่าวได้ว่าการใช้สถานการณ์จำลองช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับนักศึกษาในการประเมินผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นทำให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยจริง ช่วยพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Pumput และ Puriwitthayattira¹⁹ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยทำให้เข้าใจลักษณะอาการและอาการแสดงของมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการเรียนในรายวิชาทฤษฎี ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาการเรียนและสามารถนำไปใช้ดูแลและให้การพยาบาลได้จริง

สรุป

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสื่อสาร ด้านการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข ด้านวิชาการและวิชาชีพ และด้านพฤติกรรมบริการ นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลองการ จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจที่ลึกซึ้ง มีการพัฒนาตนเอง ตลอดจนมีความพร้อมในการประยุกต์ใช้ทักษะต่าง ๆ ดังกล่าวในสถานการณ์จริงกับผู้สูงอายุ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมเป็นองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีเป้าหมายเพื่อชะลอและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงคุณค่าและเพิ่มการใส่ใจต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เกิดสมรรถนะการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมองค์รวม
2. ควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อนำมายกระดับการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนและผู้ใช้บัณฑิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากอาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชา และอาจารย์ผู้สอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ขอขอบคุณนักศึกษาทุกคนทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

Reference

1. Somchit Sinthuchai, Kanyarat Ubolwan. Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):29-38. Thai.
2. Lamad Lertlum, Chanida Tanasansutee, Supapen Panawatthanapisuit, Chadcharee Bumrungsri. Development of a Simulation-Based Learning Model. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2019;6(Special Issue): 43-58. Thai.
3. Suphaporn Udomlak, Pimpimon Wongchaiya, Suthinee Mahamit, Wongsaeen Hatairat Bannakit. Perceptions of humanized health care behaviors and the educational management for promoting humanized health care behaviors among graduate nurses of Boromarajonnani College of Nursing, Phayao in Academic year 2014. JNHR. 2016;17(1): 64-79. Thai.
4. Suparat Chaemchaeng, Wirada Atthamethakul, Duangkhae Phithaksin. The Effect of Readiness Preparation for Nursing Practice in Ward of 2nd year nursing students, Borommarajonnani college of Nursing, Ratchaburi. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University. 2018;20(3):147-163. Thai.
5. Niruwan Turnbull, Wilawun Chada, Wipa Chuppawa, et al. Health Status and Factors Associated with Self-Care among Older Adults. NJPH. 2020;30(3):35-49. Thai.
6. Waranipa Krungkaew, Chutima Rukbanglaem, Arunrat Yotinwattanabumrung, Nisakhon Jantawee, Nannapath Saramad. The Effects of a Simulation-Based Learning on Knowledge and Practicing Skills of Nursing Students in Nursing Care of Patients with Ventilators. SCNJ. 2024;11(2):e268238. Thai.
7. Sunisa Khakhuen, Haruethai Kongmaha, Prangthip Thasanoh Elter, Wichitr Phantong. Activities of Daily Living and Quality of Life Among Older Adults in Nakhon Ratchasima Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020;30(2):104-20. Thai.
8. Kulyaporn Cheypho. The Study of Comprehensive Geriatric Assessment and Evaluation of A Health Assessment Procedure for Elderly Health. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 2018;64(3):85-88. Thai.
9. Lalita Kaewwilai. Comprehensive Geriatric Assessment in Community: Roles of Nurse Practitioner. Journal of Public Health Nursing. 2022;36(1):136-152. Thai.
10. Wandee Kaewsaeng-on, Uthoomporn Dulyakasem, Sutut Hemtanon. Simulation-based learning in nursing education: classroom to online program. Journal of MCU Nakhondhat. 2021;8(11):96-111. Thai.

11. Somchit Sinthuchai. Kanyarat Ubolwan. Suneerat Boonsin. Effects of High-Fidelity Simulation Based Learning on Knowledge, Satisfaction, and Self-Confidence among the Fourth Year Nursing Students in Comprehensive Nursing Care Practicum. Rama Nurs J. 2017;23(1): 113-127. Thai.
12. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of registered nurses. 2nd ed. Bangkok: Siriyoed Publishing; 2018.
13. Durlak JA. How to select, calculate, and interpret effect sizes. J Pediatr Psychol. 2009 Oct;34(9):917-28. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp004>
14. Best JW, editor. Research in education. New Jersey: Prentice-Hall; 1997.
15. Bagnasco A, Timmins F. The impact of simulation-based training on nursing students' confidence and skill application in real-world situations. Nurse Education Today. 2021;99: 1048-11.
16. Duangjai Phormpayak, Waraporn Sattayawong, Juthamas Rattana-Umpa, PawadeeHamtanon, Viliporn Rungkavat. The Effects of Using Simulation Based Learning and Reflective Thinking Skill Promoting on Nursing Students' Reflective Thinking Behavior and Clinical Decision-Making Abilities. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2019;25(2):57-71. Thai.
17. Jeffries PR, Rodgers B, Adamson K. NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. Nurs Educ Perspect. 2015;36(5):292-293. doi:10.5480/1536-5026-36.5.292.
18. Irwin A, Colella C. Use of standardized patient in mental health simulation. J Ment Health Addict Nurs. 2020;4(1):26-29.
19. Panida pumput, Kwanta Puriwitthayatra. The Effects of Simulation-Based Learning for Preparation of Mental Health and Psychiatric Practicum in Nursing Students. NHEJ. 2022;5(3):37-46. Thai.

การพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่อำนาจการสมรรถนะสูง

วรลักษณ์ พ้องวงศ์ พย.ม. การพยาบาลเด็ก

สุกัญญา พินหอม พย.ม. การพยาบาลเด็ก

พิราลักษณ์ ลาภหลาย พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่

(รับ: 28 ตุลาคม 2567, แก้ไข: 24 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 9 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่อำนาจการสมรรถนะสูง ดำเนินการ 3 ระยะ คือ (1) การศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนาการบริการพยาบาล และ (3) ประเมินประสิทธิผลการบริการ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาล 30 คน ผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 30 คน และญาติผู้ดูแลหลัก 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ การบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพการสมรรถนะสูงของกระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินคุณลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและญาติผู้ดูแลหลัก และแบบบันทึกความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ตรวจสอบความเที่ยงตรงได้ .88 - .99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า การบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่อำนาจการสมรรถนะสูงที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผล 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านคุณภาพ ประกอบด้วย 1.1 คะแนนการประเมินคุณภาพผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.00 เป็นร้อยละ 81.00 1.2 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 86.00 (2) ด้านการยอมรับ ประกอบด้วย 2.1 คะแนนสมรรถนะของพยาบาลก่อนและหลังพัฒนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2.2 คะแนนเฉลี่ยการพัฒนาศักยภาพการสมรรถนะสูง เพิ่มขึ้นจาก 3.78 เป็น 4.21 (3) ด้านประสิทธิผล ประกอบด้วย 3.1 อุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้การบริการพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3.2 ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลักต่อการบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.00

คำสำคัญ : การบริการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด องค์การสมรรถนะสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา;

Email: ha.ayh09@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

Development of a Nursing Care Service for Neonatal Intensive Care Unit to High-Performance Organization

Woraluck Kongwong* M.N.S. (Pediatric Nursing)

Sukanya Pinhom** M.N.S. (Pediatric Nursing)

Piraluk Laplai** M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: October 16, 2024, Revised: November 24, 2024, Accepted: December 9, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to develop and study the effectiveness of the developed nursing care services for neonatal critical care patients towards a high-performance organization. This study consisted of 3 phases: (1) situation analysis; (2) development of the nursing care services for neonatal critical care patients; and (3) evaluation the service effectiveness. The sample consisted of 30 registered nurses, 30 neonatal critical care patients, and 30 primary caregivers. The research instrument was the developed nursing service. Data collection tools included the Ministry of Public Health's High Performance Organization Development Assessment Form, the patient and family characteristics and needs assessment form, the nurse competency assessment form, the nurse and primary caregiver satisfaction assessment form, and the neonatal critical care patient safety recording form. The content validity was checked, yielding values of .88 - .99. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results revealed that the developed nursing care services for neonatal critical care patients had 3 effective aspects: (1) quality consisted of 1.1 inpatient quality assessment score had increased from 62.00% to 81.00%, 1.2 satisfaction score of the nurses towards the developed nursing care services was very high level at 86.00%; (2) acceptability included 2.1 the competency scores of the nurses before and after the development were significantly different ($p < .05$), 2.2 the average score of the development of high-performance organizations had increased from 3.78 to 4.21; (3) effectiveness consisted of 3.1 the incidence and complications before and after using the developed nursing services were significantly different ($p < .05$), 3.2 the satisfaction of the primary caregivers towards the developed nursing care services was the highest level at 96.00 percent.

Keywords: nursing care services, neonatal critical care patients, high-performance organizations

* Specialty Registered Nurse, Nursing Mission Group, Ayutthaya Hospital;

Email: ha.ayh09@gmail.com

** Registered Nurse, Nursing Group, Ayutthaya Hospital

บทนำ

ทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง และต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะทารกแรกเกิดวิกฤตที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ในปี 2022 ระบุว่าทารกแรกเกิดทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 2.4 ล้านคนต่อปี โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ ในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข (2565) พบว่า อัตราทารกเสียชีวิตในช่วง 28 วันแรก เท่ากับ 8.5 ต่อพันการเกิดมีชีพ² และจากสถิติ 3 ปี ย้อนหลังของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (พ.ศ.2563-2565) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ยปีละ 260–300 ราย³ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิด ซึ่งมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับทั้งมารดาและทารก โดยปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ไม่เพียงพอ และภาวะพร่องโภชนาการ ส่วนในทารกแรกเกิด สาเหตุสำคัญคือ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และภาวะแทรกซ้อนระหว่าง การคลอด นอกจากนี้ ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา⁴ ซึ่งปัจจัยและสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ ยังส่งผลกระทบต่อตัวทารกแรกเกิด ครอบคลุม และสังคมแวดล้อม

ผลกระทบต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ จากรายงานองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าทารกที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตมักประสบปัญหาสุขภาพระยะยาว เช่น ความล่าช้าในการ

พัฒนาการทางร่างกายและจิตใจ และภาวะทุพพลภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท¹ สำหรับมารดาและครอบครัว การมีทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นภาวะที่สร้างความเครียด และภาระทางจิตใจอย่างมาก มารดามักเผชิญกับ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถปกป้องสุขภาพของทารกได้⁵ ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษา เช่น ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ การดูแลระยะยาว และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทางการเงินในระยะยาว สังคมต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการจัดหาทรัพยากรและบริการสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) ซึ่งมีต้นทุนสูงมาก⁶ หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด มักประสบปัญหาทรัพยากรที่จำกัดทั้งในด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง การขาดแคลนพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตไม่เต็มประสิทธิภาพ⁴

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดมีหน้าที่สำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน หรือทารกที่ประสบภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด สถานการณ์ในปัจจุบันมีความต้องการเพิ่มขึ้น แต่ในหลายพื้นที่ขาดแคลนบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล⁴ พยาบาลใน NICU ต้องมีทักษะเฉพาะทาง ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด และการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน เช่น การให้การพยาบาลทารกในภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว นอกจากนี้ พยาบาลต้องมีความสามารถในการทำงานร่วมกับทีม

วาระการสาธารณสุข

สหวิชาชีพ เช่น กุมารแพทย์ เภสัชกร และ นักกายภาพบำบัด รวมถึงมีคุณสมบัติด้านการสื่อสาร และการสนับสนุนครอบครัวที่มีภาวะเครียดสูง⁵ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดในประเทศไทย สามารถพัฒนาเพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแล และ สอดคล้องกับแนวทางการสร้างองค์กรสมรรถนะสูง ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการเน้นการนำหลัก MoPH-4T มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลในหอผู้ป่วย วิกฤตทารกแรกเกิด

หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา มี 10 เตียง และมีทารกถึงวิกฤต อีก 10 เตียง โดย 5 อันดับโรคที่พบบ่อย คือ ทารกเกิด ก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก (Preterm RDS) ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรคปอดอักเสบใน ทารกแรกเกิด (Congenital Pneumonia) ภาวะที่ทารก ในครรภ์สูดน้ำคร่ำเข้าปอดหรือหลอดลม (MAS) และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) และพบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในการ ดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจ เลื่อนหลุด 5.51 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ การ หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ร้อยละ 22 อัตราการ ติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 10.13 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น อัตราการครองเตียงเฉลี่ย ร้อยละ 106.6 Nursing Productivity เท่ากับ ร้อยละ 113 อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้าง สูง เป็นสาเหตุให้บุคลากรทางการพยาบาลลาออก โยกย้าย ขาดอัตรากำลัง พยาบาลวิชาชีพใน NICU จึงเป็นระดับเริ่มต้น (Novice) และ เริ่มต้นขั้นสูง (Advance Beginner) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.26 จากการประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific competency) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด พบว่า มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาล

กำหนด ร้อยละ 60 พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรม เฉพาะทางวิกฤต ร้อยละ 68.75 การพัฒนาการบริการ พยาบาลใน NICU สู้องค์กรสมรรถนะสูง จึงเป็นความ สำคัญ โดยเฉพาะการปรับตัวให้สอดคล้อง กับความต้องการทางคลินิกที่ซับซ้อน และการเพิ่ม จำนวนของทารกที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางเพิ่ม มากขึ้น

องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข ตามหลัก MoPH-4T⁷ เป็นนโยบายและทิศทางการ ดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ 2566-2568 หมายถึง องค์กรที่มี ชีตความสามารถในการบริหารจัดการให้เป็นไปตาม แนวทางที่กำหนด สามารถตอบสนองความต้องการ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมี ประสิทธิภาพ มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพา องค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีแนวทาง คือ Trust, Teamwork & Talent, Technology และ Target⁷ ในประเทศไทย พบการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์⁸ การพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี⁹ การบริหารจัดการสู้องค์กรสมรรถนะสูงของคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร¹⁰ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการสู้องค์กรพยาบาลสมรรถนะสูง: กรณีศึกษา โรงพยาบาลศิริราช¹¹ ซึ่งยังไม่พบ การศึกษาในระบบบริการพยาบาลของสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเขตสุขภาพที่ 4 มีการ ขับเคลื่อนองค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง เพื่อให้

วาระการสาธารณสุข

สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (Excellence Center) และสาขาทารกแรกเกิดเป็นสาขาหนึ่งในการบริการที่เป็นเลิศของโรงพยาบาล โดยมีความมุ่งหวังในการช่วยรักษาชีวิตเด็กแรกเกิด ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญต่ออนาคตของประเทศชาติ ด้วยการลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขระดับประเทศ และเป็นองค์กรที่มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง พร้อมที่จะพัฒนาเป็นองค์กรสมรรถนะสูง

การพัฒนาแบบแผนการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ให้ก้าวไปสู่องค์กรสมรรถนะสูง (High-Performance Organization: HPO) ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการบริการที่มีประสิทธิภาพสูงช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์ความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของทารกแรกเกิด ด้วยการใช้กระบวนการแนวคิดองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T⁷ ตามแนวปฏิบัติ 4T ร่วมกับแนวคิดรูปแบบการประสานพลัง (Synergy Model) ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/Family Needs) และเพิ่มสมรรถนะของพยาบาล (Nurse competencies)^{12,13} รวมทั้งการวิเคราะห์สภาพการณ์ในปัจจุบัน โดยนำการศึกษาไปพัฒนาเป็นการบริการพยาบาล ร่วมกับการวัดประสิทธิผลของการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาล มองเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนางานบริการพยาบาล จึงได้จัดทำการวิจัย เรื่อง การพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง เพื่อยกระดับมาตรฐานในการดูแลเด็กทารกแรกเกิด

และพัฒนาองค์กรให้ก้าวสู่ความเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง

วิธีการดำเนินการ

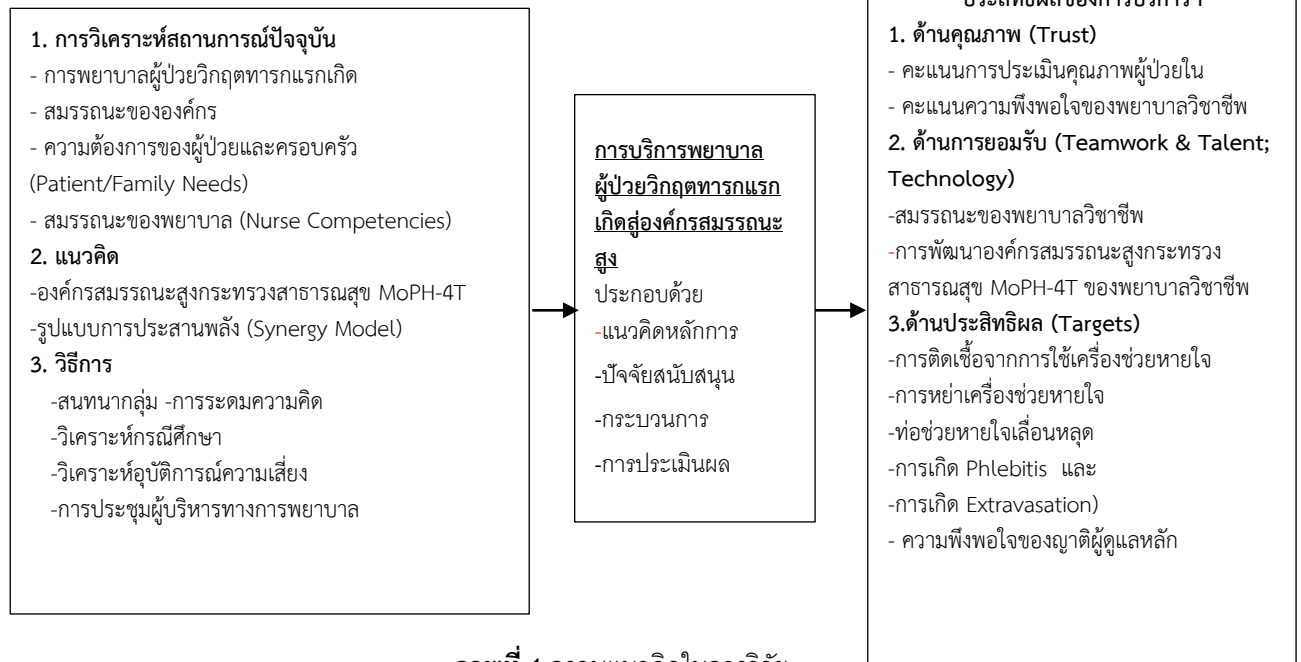
การวิจัยและพัฒนานี้ ศึกษา ที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)

การศึกษวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) สมรรถนะองค์กร ปัญหาและอุปสรรคในการนำไปสู่องค์กรสมรรถนะสูงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เพื่อให้ได้ข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สมรรถนะของพยาบาล และสมรรถนะขององค์กรโดยการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group) การระดมความคิด (Brain Storming) โดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ซึ่ง 5 คนแรกอยู่ในการสนทนากลุ่ม และอีก 5 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด วิเคราะห์กรณีศึกษา โดยคัดเลือกจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป จำนวน 5 คน คัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้ เป็นแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดอย่างน้อย 5 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงนาม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ดังนี้

วาระสํารองการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review: SR) ประกอบด้วย การตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้นเพื่อกำหนดขอบเขตของการค้นคว้าข้อมูล ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ PICO (PICO Framework)¹⁴ ใช้หลักฐานที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015-2023 มีการใช้คำสำคัญในการสืบค้น ประกอบด้วย Nursing care model for neonatal intensive care unit, neonatal intensive care unit, intensive care unit, High-performance organization โดยกำหนดแหล่งในการสืบค้นประกอบด้วย การสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล CINAHL, OVID, ProQuest, PubMed, และ Science direct การสืบค้นในฐานข้อมูลที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับใหม่ของสมาคมวิทยาลัยพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา (American association of colleges of nursing; AACN)

2. เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้ร่วมสนทนา ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 4 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 6 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 5 คน 2) ญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 5 คน แนวคำถามการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ 5 ข้อ และญาติผู้ดูแลหลัก 5 ข้อ แนวคำถามนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ตามแนวปฏิบัติ 4T⁷ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลสมรรถนะพยาบาล

วาระการสาธารณสุข

วิชาชีพที่เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มสนทนา 10 คน โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดตามแบบ Benner's model¹⁵ มี 5 ข้อ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยลักษณะองค์กรสมรรถนะสูงตามแนวปฏิบัติ 4T 11 ข้อคำถาม ข้อมูลที่ได้ มาจากกลุ่มเดียวกับกลุ่มสนทนา 10 คน โดยใช้แบบประเมินการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T⁷ การประเมินคุณลักษณะความต้องการผู้ป่วยมี จำนวน 8 ข้อ โดยใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มสนทนา

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Design and Development: Development) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงนโยบายการพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ให้กับคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล 17 ท่าน

2. ประชุมชี้แจงให้คณะผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์สูงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 1 คน พยาบาลกลุ่มงานวิจัย และพัฒนาการพยาบาล 1 คน เพื่อให้มีความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ร่างการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย รูปแบบการประสานพลัง (Synergy Model)¹² เมื่อความต้องการหรือลักษณะของผู้ป่วย (Patient/Family Needs) มีความสอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาล (Nurse competencies) และแนวปฏิบัติ 4T ตามแนวคิดองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T⁷

4. นำร่างการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

ทารกแรกเกิดไปตรวจสอบคุณภาพ ด้วย AGREE II¹⁶ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กและทารกแรกเกิด (APN) 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 1 ท่าน) ประกอบด้วยหัวข้อการประเมิน ดังนี้ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ และการประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวม เท่ากับ 85.7, 82.9, 88.6, 92.9, 78.6, 81.4 และ 88.4 ตามลำดับ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้รับการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 ด้านอรรถประโยชน์ (Utility) ด้านที่ 2 ด้านความถูกต้อง (Accuracy) ด้านที่ 3 ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) และด้านที่ 4 ด้านความเหมาะสม (Propriety)¹⁷ พบว่า แนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดมีความตรงเชิงโครงสร้างในระดับดี ค่าเฉลี่ยรวม 85.75% โดยเฉพาะด้านความถูกต้อง (Accuracy) และด้านอรรถประโยชน์ (Utility) มีคะแนนสูง

5. การนำการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดที่ได้ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและญาติผู้ดูแลหลัก เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ประเมินผลการทดลองใช้ พบว่า 1) Trust คะแนนการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยใน ร้อยละ 62.00 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล ร้อยละ 80.00 2) Teamwork & Talent, 3) Technology ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 4) Targets

วาระการสาธารณสุข

พบอุบัติการณ์ และภาวะแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 คน ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 4 คน ยังพบว่าไม่เป็นไปตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ จึงมีการปรับปรุงการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด แล้วนำไปทดลองใช้ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบใช้และปรับปรุงการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

1. การทดลองใช้การบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เป็นการนำการบริการพยาบาลที่ผ่านการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปใช้ครั้งที่ 2 ดำเนินการ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

2. การปรับปรุงการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดย 1) ประชุมระดมสมองคณะผู้วิจัย 2) จัดทำคู่มือ สื่อวีดิทัศน์ และ Care plan ให้สอดคล้องกับความต้องการหรือลักษณะของผู้ป่วย (Patient/Family Needs) กับสมรรถนะของพยาบาล (Nurse competencies)

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Evaluation)

การนำการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดที่สมบูรณ์ไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดและญาติผู้ดูแลหลัก ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 3 คือ เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** มี 3 กลุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการแจกแจงปกติ ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน¹⁸ ได้แก่

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 30 คน มีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และ 2) ยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนาม

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) 30 คน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีภาวะระบบทางเดินหายใจ หรือคลอดก่อนกำหนด หรือทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย หรือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือและภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 2) มีผู้ปกครองหรือญาติผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนามแทน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ปกครองหรือญาติผู้ดูแลหลัก 30 คน มีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ปกครองหรือญาติผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับกลุ่มที่ 2 เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น 2) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานที่แผนกวิกฤตทารกแรกเกิด ตำแหน่งปัจจุบัน ผ่านการอบรมหลักสูตรต่อยอด และระดับกลุ่มตามช่วงอายุ (Generation)

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุครรภ์ น้ำหนัก APGAR Score แรกคลอด และระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจ (On Ventilator)

วาระการสาธารณสุข

2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ผู้ดูแลหลัก 5 ข้อ ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน สถิติการด้านการรักษาพยาบาล และสถานภาพในครอบครัว

2.4 แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T⁷ จำนวน 11 ข้อ คำถาม ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale)¹⁹ 5 ระดับ แบ่งเป็น Trust 5 ข้อ Teamwork Talent 5 ข้อ Technology 2 ข้อ และ Target 2 ข้อ การแปลผลคะแนน แต่ละข้อคำถามอยู่ที่ระดับ 1 ถึง 5 คะแนน ข้อที่มีคะแนน 5 แสดงว่าในประเด็นข้อคำถามนั้น เป็นองค์ประกอบที่สมบูรณ์

2.5 แบบประเมินคุณลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามรูปแบบซินเนอจี และปรับเครื่องมือจากจิวรรณรุ่งชัย²⁰ เพื่อให้เข้ากับบริบทการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 8 ลักษณะ แบ่งค่าระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับสูง

2.6 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามรูปแบบซินเนอจี และปรับจากงานวิจัยของ Asghar Khalifehzadeh และคณะ¹² ประกอบด้วย 8 ลักษณะ แบ่งค่าระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีสมรรถนะหรือความสามารถอยู่ในระดับสูง

2.7 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Satisfaction Questionnaire; CQS-8)²¹ ที่แปลเป็นภาษาไทย²² ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับภาษาให้เข้ากับการศึกษาครั้งนี้ โดยมี

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567

ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale)¹⁹ 4 ระดับ การแปลผล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนนมาก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีความ พึงพอใจมาก

2.8 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ ผู้ดูแลหลักต่อการบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบความพึงพอใจของผู้รับบริการของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale)¹⁹ 5 ระดับ แปลผลคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก

2.9 แบบบันทึกความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย การติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การเกิด Phlebitis มากกว่าระดับ 2 และการเกิด Extravasation มากกว่าระดับ 2

2.10 แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหนักของกองการพยาบาล ประกอบด้วย ด้านการบริหาร 13 ข้อ ด้านการบริการ 11 ข้อ และด้านผลลัพธ์การบริการ 4 ข้อ คำตอบมี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) คือ 1) แบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของสูงกระทรวงสาธารณสุข 2) แบบประเมินคุณลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 3) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาการบริการพยาบาล และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลัก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

วาระการสาธารณสุข

ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 1 ท่าน และพยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กและทารกแรกเกิด (APN) 2 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไข ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) โดยมีค่าเท่ากับ 0.70, 0.88, 0.90, 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ

ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการพัฒนาศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินคุณลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริการพยาบาลฯ และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลักต่อการบริการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.80, 0.97, 0.90, 0.98 และ 0.99 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเลขที่ 063/2566 ในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายจนเข้าใจ และแจ้งสิทธิในการปฏิเสธรวมทั้งถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกิดผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ พบว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลมีความคิดเห็นตรงกันว่า “เจ้าหน้าที่พยาบาลขาดแคลน เกิดการลาออก ขอย้าย ทำให้ไม่เพียงพอกับปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

การให้บริการ และพยาบาลส่วนใหญ่เป็นน้องใหม่ ยังไม่มีประสบการณ์ และความชำนาญงาน ยังไม่ตอบโจทย์กับนโยบายองค์กรสมรรถนะสูง ความต้องการของญาติมีมากขึ้น และญาติมีการค้นข้อมูลความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ ทำให้เกิดความคาดหวังในการดูแล”

จากการระดมความคิด ทั้งแพทย์และพยาบาลพบว่า มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดความรักในวิชาชีพ ความรักในงานที่ทำ สร้างคนเก่งโดยการจัดทำโครงการ การพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ ในกลุ่ม Novice และ Advance Beginner โดยการส่งเสริมให้ไปอบรมเฉพาะทางการพยาบาลวิกฤตทารกแรกเกิด จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการแบบ Journal Club มีระบบการดูแลการปฏิบัติการพยาบาลแบบพี่สอนน้อง คอยช่วยเหลือดูแล ควบคุมกำกับ พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อพบสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ซับซ้อน

จากการประชุมผู้บริหารทางการพยาบาล พบว่า มีความต้องการพัฒนาศักยภาพพยาบาล ให้มีเป็นเลิศทางการพยาบาล และพัฒนาให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง เพื่อตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาและอุบัติการณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจเคลื่อนหลุด หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ทำการวิเคราะห์ปัญหาแบบ RCA ส่วนใหญ่พบในพยาบาลระดับ Advance Beginner และเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจำนวนมาก มีภาระงานมาก ความต้องการของญาติผู้ดูแลสูง และพยาบาลขาดทักษะการบริหารจัดการความเสี่ยง

ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า **1. ลักษณะองค์กรสมรรถนะสูงตามแนวปฏิบัติ 4T** หัวข้อการสร้างเสริมคุณธรรม และจริยธรรมในองค์กร (Moral) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.44 หัวข้อการดูแลสุขภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร (Happy workplace)

มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.16 **2. คุณลักษณะความต้องการผู้ป่วย** หัวข้อความสามารถในการรักษาสมดุลของชีวิต (Stability) คือ ตอบสนองต่อการรักษาหรือความเสี่ยงในการสูญเสีย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.60 หัวข้อความพร้อมของทรัพยากร (Resource availability) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.80 **3. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ** หัวข้อการตอบสนองต่อความแตกต่างของคุณลักษณะและความต้องการของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.10 ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgment) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.60 วิเคราะห์ข้อมูล พบว่า 1) ควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ภายใต้กรอบแนวคิดของ MoPH-4T 2) จาก MoPH-4T พบว่า หัวข้อ Trust และ Technology มีค่าเฉลี่ยต่ำ 3) จากการประเมินคุณลักษณะความต้องการผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลต้องการความพร้อมของทรัพยากร (Resource availability) เทคโนโลยี งบประมาณ บุคลากร การสนับสนุนด้านจิตสังคม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) คือ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ นำไปสู่การพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง

2. การบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง ประกอบด้วยแนวคิดหลักการ ปัจจัยสนับสนุน กระบวนการ และการประเมินผล ดังนี้

2.1 แนวคิดหลักการ 1) แนวคิดองค์กรสมรรถนะสูงกระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ตามแนวปฏิบัติ 4T คือ Trust, Teamwork & Talent, Technology, Targets และแนวคิดการประสานพลัง (Synergy Model) Patient/Family Needs, Nurse

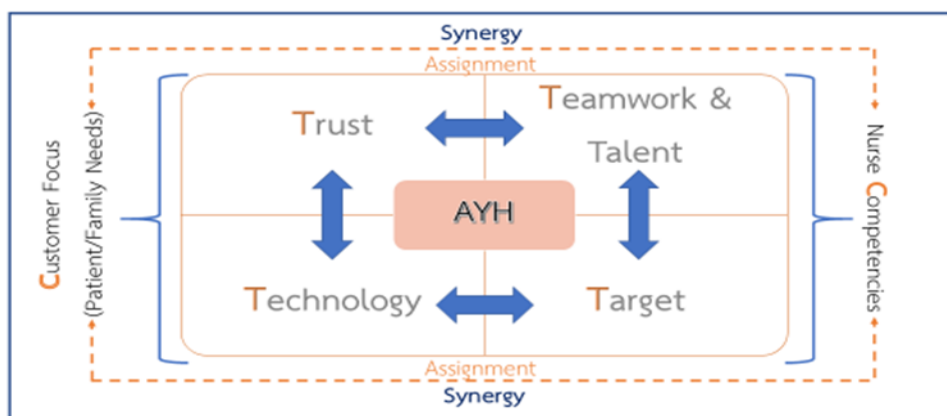
competencies เกิดขึ้นเมื่อความต้องการหรือลักษณะของผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ดังนี้ 1) Trust คือ การยอมรับของครอบครัวและการยอมรับสมรรถนะของพยาบาลตั้งแต่ระดับ competent ขึ้นไป จากการสอนหน่วยงานและเป็น Role model โดยผู้นำทางการพยาบาลมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และแผนการดำเนินการวิจัยอย่างชัดเจน 2) Teamwork & Talent คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของทีมการดูแลมีคณาจารย์สร้างการเปลี่ยนแปลงในการทำงานที่ดี ผู้นำทางการพยาบาลมีการวางแผนงานโครงการและแผนปฏิบัติการวิจัย ที่สอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาล กำกับ ติดตาม ดูแล และสนับสนุน 3) Technology คือ การจัดทำสื่อในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพระดับ Novice และ Advance Beginner ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยมีพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ระดับ Competence ขึ้นไปสอนหน่วยงานและเป็น Role model อำนวยความสะดวกให้มีการศึกษาวิเคราะห์ภาระงานโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วม และ 4) Targets คือ ตัดสินใจสั่งการ และจัดการให้มีการบริการพยาบาลที่ครบถ้วน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient/Family Needs) เป็นรายกรณีและมอบหมายงาน (Assignment) ตามสมรรถนะของพยาบาล (Nurse competencies) ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ถ้าพบว่าค่าคะแนน 32-40 ต้องให้พยาบาลระดับ Expert เป็นผู้ดูแล แต่พบว่าในแต่ละเวรไม่สามารถ มอบหมายงานตามระดับคะแนนที่ประเมินได้ จึงต้องมีการสร้างทีม การ

วาระการสาธารณสุข

ดูแลโดยให้พยาบาล ตั้งแต่ระดับ Competent ขึ้นไป มีการควบคุมกำกับพยาบาลระดับ Novice และ Advance beginner โดยมีการจัดทำสื่อในการสอน หน่วยงาน เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถนะและความสามารถ ของพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ในแต่ละเวรไม่ให้ เกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีการจัดทำ สื่อให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลหลัก

2.2 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ นโยบายที่ชัดเจน และมีการถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติการ

2.3 กระบวนการ ประกอบด้วย 1) ทวนสอบ ความเข้าใจนโยบายการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง AYH-4T2C 2) เตรียมความพร้อมการใช้การบริการพยาบาลฯ โดยการเตรียมพยาบาล บุคลากร เตรียมสิ่งสนับสนุนที่ เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด และ นำเสนอต่อผู้บริหาร พิจารณาก่อนเริ่มดำเนินการ 3) ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางการบริการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง AYH-4T2C ที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง AYH-4T2C

2.4 ประสิทธิภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วย

วิกฤติทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง

1) **ด้านคุณภาพ (Trust)** ได้แก่ 1) คะแนน การประเมินคุณภาพผู้ป่วยใน พบว่า เพิ่มขึ้นจากร้อย ละ 62 เป็นร้อยละ 81 2) คะแนนความพึงพอใจของ พยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการบริการพยาบาล ฯ อยู่ใน ระดับมากที่สุด ร้อยละ 86 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความสามารถของทีมแพทย์ และ พยาบาลด้านการกระบวนการในการติดตามรักษาดูแล ด้านการสนับสนุนแหล่งเรียนรู้และให้คำปรึกษา มี ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับการบริการพยาบาลผู้ป่วย วิกฤติทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง ($n = 30$)

2) **ด้านการยอมรับ (Teamwork & Talent; Technology)** ได้แก่ 1) คะแนนสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพ 30 คน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อน และหลังได้รับการบริการพยาบาลฯ พบว่า ค่าเฉลี่ย คะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนได้รับ บริการพยาบาล ฯ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด มี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.67 (SD. 5.74) ภายหลังได้รับ บริการพยาบาล ฯ อยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 35.60 (SD. 3.19) และมีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ดังแสดง ในตารางที่ 1

วาระสารกองการพยาบาล

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ	M (SD)	SD _d	df	t	p-value
ก่อนได้รับการบริการพยาบาล ฯ	29.67 (5.74)	3.43	29	-9.47	< .01
หลังได้รับการบริการพยาบาล ฯ	35.60 (3.19)				

2) คะแนนการพัฒนางานองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T⁷ ของพยาบาลวิชาชีพ 30 คน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน และหลังได้รับการบริการพยาบาล ฯ พบว่า ข้อที่ 1 Trust ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมก่อนได้รับการบริการพยาบาล ฯ เท่ากับ 3.74 หลังได้รับการบริการพยาบาล ฯ เท่ากับ 4.31 ข้อที่ 2 Teamwork & Talent ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมก่อนได้รับการบริการพยาบาล ฯ เท่ากับ 3.84 หลังได้รับการบริการพยาบาล ฯ เท่ากับ 4.18 ข้อที่ 3 Technology ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมก่อนได้รับการบริการพยาบาล ฯ เท่ากับ 3.66 หลังได้รับการบริการพยาบาล ฯ เท่ากับ 4.13 และข้อที่ 4 Targets ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมก่อนได้รับการบริการพยาบาล ฯ เท่ากับ 3.88 หลังได้รับการบริการพยาบาล ฯ เท่ากับ 4.20 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนองค์กรสมรรถนะสูงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สูง (n= 30)

หัวข้อ	ก่อนการ พัฒนา	หลังการ พัฒนา
	ค่าระดับ คะแนน	ค่าระดับ คะแนน
Trust		
1. การสร้างเสริมค่านิยมองค์กร (Core Value)	4.04	4.10
2. การสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร (Moral)	4.44	4.50
3. ความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน (Work Life Balance)	3.52	3.60
4. การดูแลคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร (Happy Workplace)	3.16	3.20
5. สภาพแวดล้อมที่ดี และความปลอดภัยในการทำงาน (Safety Workplace)	3.56	3.80
รวม	3.74	4.31
Teamwork & Talent		
1. การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม (Team Building)	3.76	4.43
2. การสร้างสรรค์การดำเนินงานขององค์กร (Creative Thinking)	3.52	4.10
3. การปรับปรุงและขั้นตอนวิธีการทำงาน เพื่อให้บริการแก่ประชาชนหรือผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lean Process)	3.88	4.00
4. การสนับสนุนคนเก่งที่สร้างความเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี (Talent Management)	4.12	4.20

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนองค์กรสมรรถนะสูงก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
ทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สูง (n= 30) (ต่อ)

หัวข้อ	ก่อนการ พัฒนา	หลังการ พัฒนา
	ค่าระดับ คะแนน	ค่าระดับ คะแนน
5. การยกย่องชมเชยและส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ (Reward & Career Path)	3.92	4.15
รวม	3.84	4.18
Technology		
1. การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (ICT: Information and Communications Technology)	3.76	4.18
2. การใช้นวัตกรรมในการทำงาน (Innovation)	3.56	4.08
รวม	3.66	4.13
Targets		
1. การนำองค์กรที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง (Leadership)	3.84	4.08
2. การปรับปรุงผลการดำเนินงานองค์กรอย่างต่อเนื่อง (CQI: Continuous Quality Improvement)	3.92	4.32
รวม	3.88	4.20
คะแนนเฉลี่ย	3.78	4.21

3.3 ด้านประสิทธิผล (Targets) ได้แก่

1) อุบัติการณ์ และภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการใช้การบริการพยาบาลฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยพบว่า ไม่เกิดอุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการใช้การบริการพยาบาลฯ คือ การเกิด Phlebitis มากกว่าระดับ 2 และการเกิด Extravasation มากกว่าระดับ 2 ดังแสดงในตารางที่ 3

2) ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.00 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หัวข้อพยาบาลเปิดโอกาสให้พูดคุยแสดงความรู้สึกและการให้คำแนะนำของพยาบาลเป็นหัวข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 208.00 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 96.70

ตารางที่ 3 ตารางอุบัติการณ์ และภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้การบริการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด
สู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง (n=30)

ตัวแปร	ภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์				X ²	p-value
	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา			
	(n=30)		(n=30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	3	10	2	6.7	19.2	<.001
2. การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ	3	10	5	16.7	19.2	<.001
3. ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	5	16.7	3	10	13.3	<.001
4.การเกิด Phlebitis มากกว่าระดับ 2	2	6.7	0	0	22.5	<.001
5. การเกิด Extravasation มากกว่าระดับ 2	2	6.7	0	0	22.5	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาการบริการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. การบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง ที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อคุณภาพ (Quality) พบว่า คะแนนการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยใน มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62 เป็นร้อยละ 81 อุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้การบริการพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ อภิปรายได้ว่าการพัฒนาภายใต้กรอบองค์กรสมรรถนะสูงและการประสานพลังอย่างสอดคล้อง (Synergy model) ที่มีการมอบหมายงานตามสมรรถนะศักยภาพพยาบาลที่สอดคล้องคุณลักษณะและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการทำงานที่มุ่งเป้าหมาย (Target) การปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กรอย่างต่อเนื่องทำให้ผลลัพธ์ (Result) ขององค์กร แสดงความสำเร็จเป็นองค์กรที่มีคุณภาพ (Quality)⁷ และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กร

สมรรถนะสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์⁸ โดยมีมติผลผลิตการมุ่งผลสัมฤทธิ์ และมีเป้าหมายผลลัพธ์ ความมุ่งมั่นทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด^{7,18} มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง จากการศึกษา การพัฒนาการบริหารจัดการองค์กรสมรรถนะสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี⁹ การบริหารจัดการสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร¹⁰ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง: กรณีศึกษา โรงพยาบาลศิริราช¹¹ พบว่าสามารถพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้อย่างยั่งยืน

2. การบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่อุบัติการณ์สมรรถนะสูง ที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อการยอมรับของสังคมชุมชนหรือผู้มารับบริการ (Acceptability) พบว่า คะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.98 เป็น 4.21 การพัฒนาภายใต้กรอบองค์กรสมรรถนะสูง และการประสานพลังอย่างสอดคล้อง (Synergy model)

วาระการสาธารณสุข

อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการและเห็นว่ามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด และพบว่ารูปแบบกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะการทำงานเป็นทีม การประสานงาน การสื่อสาร และการคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม²³ ซึ่งสัมพันธ์กับรูปแบบที่ศึกษาในครั้งนี้ การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้ที่มีความสามารถโดดเด่นในงานที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี (Teamwork Talent) โดยมีการมอบหมายงาน (Assignment) ให้พยาบาลตั้งแต่ระดับ Competence ขึ้นไป สอนหน้างานเป็น Role model ให้พยาบาลในระดับ Novice และ Advance Beginner และมีการใช้เทคโนโลยี (Technology) ให้เกิดผลผลิตภาพการบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการสื่อสารภายในองค์กรที่แม่นยำ⁷ ที่มีการจัดทำสื่อการสอนพยาบาลและญาติผู้ดูแลหลักในรูปแบบแผนภาพเคลื่อนไหวและวีดิทัศน์ นอกจากนั้นพบว่าคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาลมีค่าระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 95.30 เป็นร้อยละ 96.00 อภิปรายได้ว่ามีการสร้างความไว้วางใจให้แก่ประชาชน บุคลากรขององค์กรและเครือข่าย (Trust) จากการที่มีการสร้างเสริมค่านิยมขององค์กร C2G (Customer Creative Governance) คุณธรรมจริยธรรมขององค์กร อัตลักษณ์จริยธรรมพยาบาล ชื่อสัตย์ เคารพสิทธิ รับผิดชอบ มอบประโยชน์^{1,23}

3. รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง ที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อการวัดประสิทธิภาพการบรรลุเป้าหมายของ

หน่วยงาน (Efficiency) พบว่าคะแนนความพึงพอใจรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง มีค่าระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (ร้อยละ 85.08) อภิปรายได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาภายใต้กรอบองค์กรสมรรถนะสูง และการประสานพลังอย่างสอดคล้อง (Synergy model) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การนำองค์กรที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง (Target)⁷ ที่เน้นการพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้และทักษะที่หลากหลายและส่งเสริมให้บุคลากรเห็นประโยชน์การนำแนวคิดกระบวนการและวิธีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการพัฒนางาน²⁴

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบการพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูง ขึ้นไปเผยแพร่หรือขยายผลการใช้รูปแบบอย่างบูรณาการ และคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกันในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านอื่น ๆ ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและสถานพยาบาลอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในอนาคต

ในการนำรูปแบบการพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ทารกแรกเกิดสู่องค์กรสมรรถนะสูงไปใช้นั้นผู้บริหารต้องกำหนดนโยบายให้มีการส่งเสริมการทำวิจัยที่มีการติดตามประสิทธิภาพและประสิทธิผลไปถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่สถานพยาบาลที่ดูแลต่อเนื่องและชุมชนรวมทั้งคุณภาพชีวิตในระยะยาว

Reference

1. World Health Organization. Newborn mortality statistics; 2022 [cited 2024 Nov 10]. Available from: www.who.int.
2. Ministry of Public Health. Report on the situation of maternal and child health for the year 2022. Bangkok: Office of Health Policy and Strategy; 2022. Thai.
3. Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Report on patient statistics at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Medical Records and Statistics Group Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. 2022. Thai.
4. Thai Neonatal Society. Report on the situation of newborn care in Thailand. Bangkok: Pediatric Association of Thailand. 2022. Thai.
5. Beck, C. T., & Harrison, L. Postpartum depression: A meta-analysis of the effects on parenting and child development. *Journal of Maternal Health*. 2020;15(2),123-35.
6. March of Dimes. The economic and social impact of preterm births; 2021. [cited 2024 Sep 15]. Available from: www.marchofdimes.org.
7. Ministry of Public Health. Guidelines for developing high performance organizations Ministry of Public Health MoPH - 4 T; 2 0 2 3. [cited 2024 Nov 10]. Retrieved from: <chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/04/MoPH-4T.pdf>. Thai.
8. Burin Jindaphan. Factors influencing being a high-performance organization of the Kalasin Provincial Public Health Office. *Journal of Health Research and Innovation Development*. 2023;4(3):102-11. Thai.
9. Sarayut Phanumonwathi Uthai Nipaccakarnsunthorn and Kanyarat Kanyakarn. Development of a high-performance organizational management model for the Public Health Office, Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province. *Environmental Health Journal. and community health*. 2024;9(5):813-17. Thai.
10. Maliwan Sisan, Peeraphong Thipanak and Phonthep Muangman. Improving the quality of management towards a high-performance organization of the Faculty of Nursing. Private universities in Bangkok. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2566;8(12),224-40. Thai.
11. Dusanee Yotthong. Guidelines for developing management quality towards a high-performance nursing organization: A case study of Siriraj Hospital. Bangkok: Siam University; 2018. Thai.
12. Khalifehzadeh A, Jahromi MK, Yazdannik A. The impact of Synergy Model on nurses' performance and the satisfaction of patients with acute coronary syndrome. *Iran J Nurse Midwifery Res*. 2012;17(1):16-20.

13. Curley MA. Patient-nurse synergy: optimizing patients' outcomes. *Am J Crit Care*. 1998; 7(1):64-72.
14. Kummatid A, & Markrat M. Using the Systematic Review to Provide a Complete Summary on a Research Question in Evidence-Based Practice: A 3-Step Method. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2016;3(3):246-59.
15. Benner, P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley, 1983: pp. 13-34.
16. Institute of Medical Research & Technology Assessment. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 18]. Available form: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>. Thai.
17. Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation theory, models and applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
19. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;22(140):1-55.
20. Chaweewan Thongchai. Apply the synergy model for caring critical ill patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery practice* 2015;2(1):5-18. Thai.
21. Larsen DL, Attkison, CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/ patient satisfaction: Development of a general scale. *EvalProgramPlann*. 1979;2(3):197- 207.
22. Ronnachai Kongsakon, Teerakiat Jareonsettasin. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction (CSQ-8) Thai version with psychiatric care: *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2000;45(2):155-6. Thai.
23. Wimolrat Chaowinai, Sutteeporn Moolsart & Wonpen Kaewpan. The Model of Neonatal Nursing Competency Development of Professional Nurses at Neonatal Intensive Care Unit, Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(3):256-65. Thai.
24. Thanakit Yongyut, Phanompatt Smitananda, & Noppon Akahat. The Development Towards A High Performance Organization of Chaibadan District Prison, Lopburi Province. *Governance Journal* 2021;10(1):474-97. Thai.

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย” (NEST) จังหวัดอุบลราชธานี

ลักขณา ชอบเสียง *	พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)
นภัทร บุญเทียม **	ปร.ด. (การบริหารการศึกษา)
จลลลักษณ์ ทวีแก้ว ***	พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)
เรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์ ****	พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)
ทัศนัย พลไชย *****	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

(รับ: 16 ตุลาคม 2567, แก้ไข: 3 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 5 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 3 อำเภอเป้าหมาย จังหวัดอุบลราชธานี 74 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน ดำเนินการ เดือนมกราคม 2566 ถึง สิงหาคม 2567 เครื่องมือในการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย” (NEST) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมกรดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาและความน่าเชื่อถือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คะแนนพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ($M=4.31$, $SD=.38$, $Max=4.90$, $Min=3.50$) ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันในชุมชน และประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ต้องการการดูแลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** Corresponding author: อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: napat@bcnsp.ac.th

*** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

The Effects of Utilizing the Caregiving Model for The Elderly, Where Elderly Individuals Serve as Caregivers, Through The Participation of The Community and Network Partners “NEST” (Network for Elder Support) in Ubon Ratchathani Province.

Lakhana Chopsiang*	M.N.S (Family Nursing)
Napat Boontiam **	Ph.D (Education Administration)
Chonglak Taveekaew ***	M.N.S (Nursing Science)
Ruangrit Thoraphan****	M.N.S (Pediatric Nursing)
Tattapon Palachai *****	M.N.S (Community Nursing Practitioner)

(Received: October 16, 2024, Revised: November 3, 2024, Accepted: December 5, 2024)

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design to assess the impact of a caregiving model for elderly caregivers, supported by community and network partners. Conducted from January 2023 to August 2024 across three districts in Ubon Ratchathani Province, the study included 74 participants (37 in the experimental group and 37 in the control group). The intervention, the "NEST" model (Network for Elder Support), was designed to improve caregiving knowledge and practices among elderly caregivers. Data collection included assessments of caregiver knowledge, caregiving behavior, and satisfaction with the model, and the tools were validated for content and reliability using Cronbach's alpha coefficient. Descriptive statistics and independent t-tests were applied for data analysis.

The results indicated significant improvements in knowledge and caregiving behavior scores in the experimental group ($p < .05$), with elderly caregivers reporting high satisfaction with the model ($M = 4.31$, $SD = .38$, range: 3.50–4.90). These findings suggested that the NEST model was an effective framework for community-based elderly care and could be adapted for chronic illness and long-term care contexts.

Keywords: The elderly who have caregivers as the elderly, The participation of the community and network, Network for Elder Support

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

** Corresponding author: Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute E-mail: napat@bcnsp.ac.th

*** Lecturer, Department of Maternal and Child Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**** Lecturer, Department of Pediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

***** Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โลกมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) โดยในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 18.97 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปีพ.ศ.2574¹ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ แบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.9 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.3¹ การพักอาศัยของผู้สูงอายุอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 43 อยู่กับญาติ ร้อยละ 29 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 16 อยู่คนเดียว ร้อยละ 11 และอยู่กับผู้ดูแลร้อยละ 1 โดยที่ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีปัญหาในการดูแลตัวเองเพิ่มมากขึ้น ขาดบุคคลที่สามารถพึ่งพิงได้ ทั้งนี้เป็นผลมาจากลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวต่างคนต่างอยู่ มีสภาพเป็นสังคมเมืองมากขึ้น แตกต่างจากเดิมที่สภาพครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีญาติพี่น้องคอยดูแลซึ่งกันและกัน ชุมชนสังคม มีความเอื้ออาทร² จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ต้องดูแลตนเองโดยลำพังและอาศัยอยู่กับคู่สมรสซึ่งเป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในตนเอง มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงทางสังคมยาวนาน³ และพบว่าปัญหาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง ส่วนใหญ่จะมีปัญหาความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย โดยร้อยละ 75 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลเพียงลำพัง การดูแลในระยะยาว (Long Term Care) จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านการประกอบอาชีพ และพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้น

ศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว⁴

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เห็นได้ว่ามีผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อลดภาระของครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ⁵ โดยที่แนวโน้มของปัญหาสูงขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ภาระการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น⁶ จึงมีความต้องการระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2565) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นวาระแห่งชาติในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุตลอดระยะเวลา 20 ปี⁷ ซึ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ ให้เกิดรูปธรรม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ครอบครัว ชุมชนและสังคมหรือหน่วยงานรัฐ²

จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด 252,280 คน ในปีพ.ศ. 2564⁸ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long term care) จำนวน 13,776 คน คิดเป็นร้อยละ 5.46 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด โดยสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มติดสังคม (ADL มากกว่า 12 คะแนน) ร้อยละ 91.91 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) ร้อยละ 7.46 และกลุ่มติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน) ร้อยละ 0.63⁸ และพบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ผู้สูงอายุมีปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา หรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น การติดตามเยี่ยมบ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย ขาดการ

ดูแลแบบองค์รวมที่มีรูปแบบชัดเจน และพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการของโรงพยาบาล ในชุมชน การจัดบริการหรือสวัสดิการสังคม อุปกรณ์ทางการแพทย์ การบริการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวัน^๑ และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับปัญหาจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย เชื่อมโยงกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นให้การดูแลผู้สูงอายุมีความเป็นรูปธรรมและสามารถเกิดขึ้นได้จริง สอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบันของประเทศ คณะผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน และภาคีเครือข่าย และเพื่อให้เกิดประโยชน์และมีความยั่งยืนยิ่งขึ้น

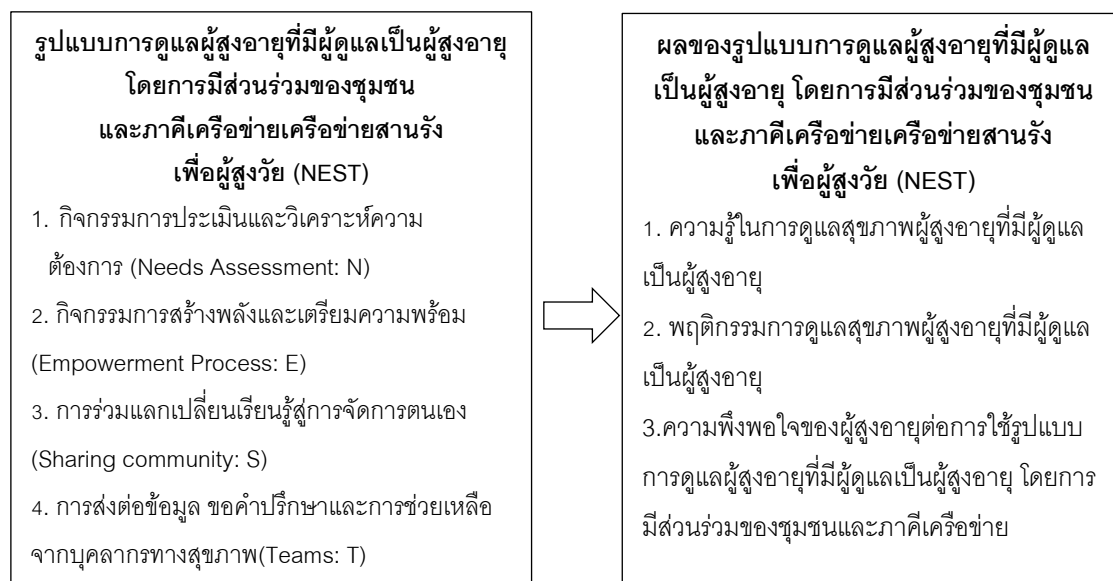
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่

พัฒนาภายใต้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ได้แก่ พลังสำรองของร่างกายลดลง (Reduced body reserve) อาการไม่ตรงไปตรงมา มีการเปลี่ยนรูปแบบของอาการแสดงของโรค (Atypical presentation) หลากโรคหลายปัญหา (Multiple pathology) ใ้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) มีการพึ่งพาสังคม (Social adversity) รวมเรียกว่า ลักษณะเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต่างจากรายอื่น ๆ (RAMPS) และปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Giant Geriatric Problems หรือ 6Is) ซึ่ง 6Is ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงสติปัญญาและการรับรู้ (Intellectual Impairment) การกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (Incontinence) ภาวะเคลื่อนไหวไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (Immobility) ภาวะไม่มั่นคงในการทรงตัว (Instability) ผลข้างเคียงจากการดูแล (Iatrogenesis) และปัญหาโภชนาการ (Inunition) โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” และศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยมีกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัตถุประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรคือ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการตั้งแต่ เดือนมกราคม 2566 ถึง เดือนสิงหาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 3 อำเภอเป้าหมาย ในจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรม G*power 3.1.9.7 จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันของปราณี ชัยวุฒิ และสุพิศ¹⁰ ได้คำนวณหาอิทธิพล เท่ากับ 0.86 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และค่า power of test เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุ ที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ค่า ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ ใช้โทรศัพท์สื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ จนครบระยะเวลา

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามตามลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ (RAMPS) และปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (6Is) ที่ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน 1) Needs assessment : N กิจกรรมการประเมินและวิเคราะห์ความต้องการ และการให้ความรู้และความเชื่อ 2)

Empowerment: E กิจกรรมการสร้างพลังและเตรียมความพร้อม 3) Sharing community : S การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการตนเอง 4) Teams : T การส่งต่อข้อมูล ขอคำปรึกษาและการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ 2) แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ 20 ข้อ ซึ่งเป็นการวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเองที่บ้าน เป็นข้อคำถามแบบตัวเลือกถูกและผิด โดยตอบถูกให้ค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน จำนวน 20 ข้อ แบ่งระดับผลการประเมินความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ระดับมาก คือ คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไป ระดับปานกลาง คือ คะแนน ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป ระดับน้อย คือ คะแนน น้อยกว่า 10 คะแนน 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ โดยเป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ข้อความด้านลบ 2 ข้อ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความ ด้านบวก 4 ข้อ ข้อความด้านลบ 2 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ข้อความด้านลบ 1 ข้อ โดยมีการให้ค่าคะแนน ตั้งแต่ 1-3 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ คะแนนตั้งแต่ 46 คะแนนขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับดีมาก คะแนนตั้งแต่ 29 คะแนน ถึง 45 คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับดี คะแนนน้อยกว่า 29 คะแนน มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับน้อย 4)

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ประกอบไปด้วยข้อคำถามประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบของแผนการจัดกิจกรรมในโครงการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Best¹¹ รายละเอียด ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานพลังเพื่อผู้สูงอายุ (NEST)” ประเมินสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบ โดยมีค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือและมีการปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 3 คน นำรูปแบบไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม หลังจากนั้นมีการนำมาปรับปรุงทั้งเนื้อหา และวิธีการในการจัดกิจกรรมให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความตรงตามเนื้อหา (Content of valid: CVI) 3 คน ได้ค่า CVI รายข้อ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ และทั้งฉบับเท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่น KR 21 ของ

แบบวัดความรู้ได้เท่ากับ 0.75 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ โดยเป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความตรงตามเนื้อหา (Content of valid: CVI) จำนวน 3 คน ได้ค่า CVI รายข้อและทั้งฉบับเท่ากับ 1 นำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขออนุมัติโดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 27/2565 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2565 ดำเนินการแจ้งอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาสาสมัครได้รับข้อมูลที่จริง อธิบายขั้นตอนให้ทราบ แจ้งสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมงานวิจัยและให้ผู้ที่มีสมัครใจลงลายมือชื่อเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ แต่สามารถขอยกเลิกการทำวิจัยได้ ถึงแม้ยังไม่สิ้นสุดการวิจัย ซึ่งจะไม่ได้รับผลเสียใดๆ และเครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลเป็นความลับส่วนบุคคล ข้อมูลเก็บไว้ในฐานข้อมูลผู้สมัครเข้าร่วมโครงการเป็นเอกสารและบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี โดยมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูล ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย นักสถิติและที่ปรึกษางานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาต เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ เมื่อได้รับอนุญาต ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วม การถอนตัวออกจากโครงการสามารถทำได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้อง

ชี้แจงเหตุผล และผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่เสียสิทธิใดๆ ในการได้รับการดูแล รวมทั้งแจ้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และประโยชน์จากงานวิจัย

2. ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการลงนามก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุก่อนเริ่มการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

3. กลุ่มทดลองเข้าร่วมการใช้รูปแบบการดูแลตามแผนการจัดกิจกรรม จนครบ 4 ขั้นตอน โดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน

4. หลังจากครบระยะเวลาในการดำเนินโครงการครบ 6 เดือน ผู้วิจัยทำการประเมินหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลแบบวัดความรู้ในการดูแล

ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้ระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test และเปรียบเทียบก่อนหลังในกลุ่มเดียวกันโดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากัน คือ 37 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($M=10.72$, $SD=1.90$ และ $M=11.21$, $SD=1.73$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และเมื่อหลังเข้าร่วมโครงการฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ความรู้ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล เป็นผู้สูงอายุ	ก่อนการใช้ รูปแบบฯ		หลังการใช้ รูปแบบฯ		MD	SD	df	t	p-value
	M	SD	M	SD					
-กลุ่มทดลอง	10.72	1.90	16.13	1.73	5.41	2.36	72	7.87	.000*
-กลุ่มควบคุม	11.21	1.73	12.21	1.58	1.49	1.89			

* p < .05

3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า คะแนนก่อนการใช้รูปแบบฯ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (M=40.16, SD=1.91 และ M=41.00, SD=1.72 ตามลำดับ) หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก (M=48.05, SD=4.05) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนน

เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M=42.46, SD= 2.33) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมหลังการใช้รูปแบบฯ เฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

พฤติกรรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่มี ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ	ก่อนการใช้ รูปแบบฯ		หลังการใช้ รูปแบบฯ		MD	SD	df	t	p-value
	M	SD	M	SD					
-กลุ่มทดลอง	40.16	1.91	48.05	4.05	7.89	4.29	72	7.83	.000*
-กลุ่มควบคุม	41.00	1.72	42.46	2.33	1.46	2.56			

* p < .05

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุมีระดับพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” ในระดับมาก

โดยด้านที่พอใจมากที่สุด คือ ด้านการขอรับคำปรึกษาจากเครือข่าย รองลงมา คือ ด้านการได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ที่ดีจากผู้อื่น ส่วนด้านที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านความสะดวกในการใช้รูปแบบฯ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรั้งเพื่อผู้สูงวัย (NEST)”

ข้อที่	หัวข้อประเมิน	M	SD	การแปลผล
1	ท่านได้รับความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ เป็นอย่างดี	4.21	.58	มาก
2	ท่านได้รับการประเมินความต้องการก่อนเข้าร่วมโครงการฯอย่างเหมาะสม	4.24	.59	มาก
3	ท่านได้รับการเสริมสร้างพลังและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุใน ความดูแลของท่านอย่างเพียงพอ	4.35	.58	มาก
4	ท่านได้รับความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากการเข้าร่วมโครงการฯ	4.24	.59	มาก
5	ท่านได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ที่ดีจากผู้อื่นในการดูแลผู้สูงอายุ	4.43	.55	มาก
6	ท่านมีเครือข่ายที่สามารถขอรับคำปรึกษาได้จากการเข้าร่วมโครงการนี้	4.45	.56	มาก
7	เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือท่านได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงที และสม่ำเสมอ	4.29	.57	มาก
8	ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใน ความดูแลของท่านได้	4.29	.57	มาก
9	ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเหมาะสม	4.27	.56	มาก
10	สิ่งที่ท่านได้รับจากโครงการ/กิจกรรมครั้งนี้ตรงตามความคาดหวังของท่าน	4.32	.62	มาก
รวม		4.31	.38	มาก

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย เป็นรูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เน้นไปที่การสร้างเสริมความสามารถของการจัดการตนเองของบุคคล ชุมชน ได้รูปแบบการดูแล คือ เครือข่ายสานรั้งเพื่อผู้สูงวัย “NEST” ประกอบด้วย กระบวนการประเมินความต้องการจำเป็นตามลักษณะปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแล และการให้ความรู้อย่างถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน โดยผลจากการประเมินความรู้ใน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันหลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของฉวีวรรณ อุปมานะ¹¹ ที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมในการเสริมสร้างความรู้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ในงานวิจัยนี้แม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ดูแล แต่เป็นผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ความรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับนอกจากนำไปใช้ในบทบาทการเป็นผู้ดูแลแล้ว ยังสามารถนำไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองด้วย นอกจากนี้กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งที่อยู่ในกระบวนการ คือ การฟื้นฟูอบรมให้ความรู้ ซึ่งในงานวิจัยนี้เน้นไปที่ให้ผู้สูงอายุเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมทุกด้าน (RAMPS)

และปัญหาที่พบบ่อย (6Is) สอดคล้องกับความต้องการ ด้านดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเอง

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบ ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกระบวนการของ รูปแบบที่มีการมุ่งเน้นไปที่การช่วยให้ผู้สูงอายุและ ครอบครัวตระหนักรู้ถึงอันตรายของการมีพฤติกรรม ที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเสริมพลังให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ดี ผิดทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล เช่นเดียวกับแผนการดูแลในรูปแบบการดูแลสุขภาพ ของจิตวิวัฒน์¹² ที่ใช้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและ ชุมชนในการจัดการตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ งานวิจัยของทิพยาภาและ เจทสริยา¹³ ที่พบว่าหลัง การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อน การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาของตนเอง สอดคล้องกับจรรยา¹⁴ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ปัจจัยที่กำหนด สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบหนึ่ง ปัจจัยที่สำคัญคือ เครือข่ายทางสังคมและชุมชน ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการ มีตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองจนทำให้มี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็น ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ที่เป็นผู้สูงอายุต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีผู้ดูแล เป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี เครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อผู้สูงวัย (NEST)” พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ฯ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมี ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมภาพรวมในระดับมาก

โดยด้านที่มากที่สุด คือ การขอรับคำปรึกษาจาก เครือข่าย ที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมได้มี การใช้การปรึกษาจากเครือข่ายที่เป็นส่วนหนึ่งของ รูปแบบ คือ การมีทีมให้คำปรึกษาและให้การ ช่วยเหลือผ่านหลากหลายช่องทางที่ผู้สูงอายุสามารถ เข้าถึงได้ มีการกำกับและติดตามประเมินผลอย่าง สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹³ ที่พบว่า การดำเนินงานผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องมี คณะกรรมการกำกับติดตามการดำเนินงานและติดต่อ ประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อขอรับการสนับสนุน ในการดูแลสุขภาพของชุมชน เช่นเดียวกับการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง¹⁴ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับดีมากที่มีรูปแบบ ของการมีทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมี ความพึงพอใจต่อการได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ ที่ดีจากผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ซึ่งในกิจกรรมการถ่ายทอดประสบการณ์ การดูแลสุขภาพจากผู้ที่มีประสบการณ์หรือปัญหา ร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในสถานการณ์ ร่วมกันได้มากขึ้น เป็นการสร้างคุณค่าให้กับผู้ที่มี โอกาสถ่ายทอดประสบการณ์เป็นการส่งเสริม ความสามารถของผู้สูงอายุในการทำตัวให้เกิด ประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมเพื่อสร้าง ความภูมิใจในการได้รับการยอมรับทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ รูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนและภาคีเครือข่าย “เครือข่ายสานรักเพื่อ ผู้สูงวัย” (NEST) เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพที่มี ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพและที่เกี่ยวข้องใน ชุมชน สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ ที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ตามลักษณะ ความต้องการ ของผู้สูงอายุในพื้นที่แตกต่างกันไป เสริมสร้างพลัง

อำนาจให้กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันให้เกิดคุณค่าในตนเองผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการมีทีมสนับสนุนผ่านช่องทางที่หลากหลายในการขอคำปรึกษา ช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป สามารถนำการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชุมชนและเครือข่ายที่ขยายกว้างขึ้น และมีการประเมินประสิทธิภาพด้าน

การพัฒนาหรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางคลินิกในระยะยาว นำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพกลุ่มอื่น และควรวัดผลลัพธ์การดูแลในกลุ่มผู้ป่วยด้วย ศึกษาความเป็นไปได้ในกลุ่มอื่นและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาว ควรมีการขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทุกกลุ่ม

References

1. Institute for Population and Social Research. Situation of The Thai Persons 2021. Nakhon Pathom : Mahidol University; 2022.
2. Wilai Tapasee, Prapaiwan Danpradit, & Seenuan Rattanawijit. Health Care Service Model for Elderly by Community Participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. Kuakarun Journal of Nursing KJN [serial online] 2017 Aug. [cited 2023 Aug 11; 24(1) : 42-54. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/95192>. Thai.
3. Khannistha Mahem, Piyanuch Phinyo, Ratchanee Potchana, Pasinee Thoin & Phatanee Srioad. The Experiences of Elderly Living Alone and Differences between Women and Men : Meta-Ethnography. Journal of Nursing and Health Care [serial online] 2020 Jun 10. [cited 2023 Jan 18]; 38(2) : 138-147. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/238977>. Thai.
4. Siranee Sihapark, Narong Kam-on, Phatanee Srioad, Ploylada Srihanoo, Wacharee Amornrojanavaravutti & Thippawan Tupsai. Problems and Needs of Long-Term Care for Elderly Community Dwellers Supported by Long Term Care Fund in Khon Kaen Province. Regional Health Promotion Center 9. [serial online] 2021 Jan 15. [cited 2024 Feb 18]; 15(36) : 44-62. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/245987/169475>. Thai.
5. Chaipat Pudchaun & Kantapat Pornsiriwacharasin. Solutions to the problem of an aging society in Thailand. Humanities and Social Science Research Promotion Network Journal. 2018. 1(1) : 25-36. Thai.
6. Napaporn Hawanon, & Teerawan Wattanothai. A new agenda for developing housing for elderly in Thai society. Bangkok : Faculty of Architecture Community, Rajamangala University of Technology Thanyaburi Foundation of Thai. 2009. Thai.
7. Department of Older Persons. Department of Older Persons Affairs 20-Year Strategy, 2018 – 2037. [Internet]. 2018 Sep 9 [cited 2023 Jan 21] ; Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539326153-138_0.pdf.

8. Department of Health. DOH dashboard . [Internet]. 2021 Oct 4 [cited 2023 Feb 18] ; Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/longtermcare?year=2021>.
9. Lavong A, Bootdeewong C, Siwina S, Keawpila J, & Yeesarapat B. Elderly with Dependency Care Model in Local Community of Roi-Et Province. Journal of Modern Learning Development. 2021. 6(2) : 268-277.
10. Supranee Boonmee, Chaiwut Bourneow & Supittras Selavattanakul. Development of an Elderly Care Model with Partipation of community networkinBan Nonphuey TambolHealth Promoting Hospital, Sanom District, Surin Province. Academic Journal of Community Public Health. 2019. 5(4) : 38-49. Thai.
11. Best, John W. Research in Education (3rd ed). Prentice-Hall Inc: New Jersey.1977; 204-208
12. Upmana C. The Development of the Health Care Model of District the Elderly Senior School Nongbua District Municipality Muang District, Udonthani Province. The 3rd National Conference; 2018 May 25; Udonthani: 2018; 564-576.
13. Daharn T & Duangrach J. Development of a Health Care Model for Elderly by Community Particapation, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2018. 2(3) : 42-54.
14. Janya Janesawatpong. Effectiveness of The Care Model for Dependent Elderly at Banpong Municipality, Banpong District, Ratchaburi Province. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2021. 1(3) : 49-58. Thai.

การพัฒนาบทเรียนออนไลน์การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์

อัญชลี จันทาโก*

กศ.ด. (วิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

มินกาญจน์ แจ่มพงษ์**

ศษ.ม. (เทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา)

(รับ: 3 พฤศจิกายน 2567, แก้ไข: 21 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 1 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาบทเรียนออนไลน์ การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพบทเรียนออนไลน์เรื่อง การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อบทเรียนออนไลน์ การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ดำเนินการวิจัยตาม 5 ขั้นตอน ของ ADDIE Model กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ปีการศึกษา 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเจาะจง จำนวน 79 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า 1) บทเรียนออนไลน์เป็นสื่อที่มีเดีย เรื่องการพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ มี 5 ตอน ตามลำดับเนื้อหาในรายละเอียดของวิชา 2) ประสิทธิภาพของบทเรียนออนไลน์ (E1/E2) มีค่า 70.74 /71.05 3) ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อบทเรียนออนไลน์โดยรวมในระดับมาก ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ด้วย ADDIE Model เป็นการพัฒนาบทเรียนอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้เชื่อมโยงระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา และการประเมินนำไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: บทเรียนออนไลน์ การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ การพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์

* Corresponding author: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ
ประเทศไทย E-mail: anchalee.ja@ssru.ac.th

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Developing Online Lessons on Nursing Care for Pregnant Women

Anchalee Jantapo* Ed.D. (Research and Curriculum Development)

Meenakan Jampong** M. Ed. (Educational Technology and Communications)

(Received: November 3, 2024, Revised: November 21, 2024, Accepted: December 1, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to: (1) develop online lessons on nursing care during pregnancy for the Maternal and Newborn Nursing and Midwifery 1 course, (2) evaluate the efficacy of these lessons, and (3) assess nursing students' satisfaction with the lessons. The study followed the five phases of the ADDIE Model for instructional design. A purposive sample of 79 nursing students enrolled in the course in 2022 was selected. Data were collected using tests and questionnaires and were analyzed using means and standard deviations.

The findings were as follows: (1) the online lessons consisted of five multimedia episodes designed according to the course specifications; (2) the efficiency scores (E1/E2) of the lessons were 70.74/71.05; and (3) students' satisfaction with the online lessons was rated at a high level. It was recommended that using the ADDIE Model for developing online lessons ensured a systematic process that aligned objectives, content, and assessments, ultimately enhancing learning outcomes.

Keywords: Online Lessons, Nursing Care for Pregnant Women, Maternal and Newborn Nursing and Midwifery

* Corresponding author: College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Bangkok, Thailand. E-mail: anchalee.ja@ssru.ac.th

** Nursing Faculty, Rajabhat University of Technology Thanyaburi, Bangkok, Thailand

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2562 ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วน ในภาคการศึกษามีการเปลี่ยนแปลงหลายมิติ การจัดเรียนการสอนแบบ On line แทนการเรียนแบบ On site แม้ว่าการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ลดความรุนแรงลงในปี 2564 สถาบันการศึกษาได้มีนโยบายให้จัดการเรียนการสอนเป็นแบบ On site แล้ว และให้ใช้แบบ on line ตามความจำเป็น มีการเรียนแบบผสมผสานทั้ง On site และ On line การเรียนการสอนแบบออนไลน์เป็นการสนับสนุนการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นทักษะทางด้านการสื่อสาร การใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต¹ การเรียนการสอนแบบออนไลน์มีหลากหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบ Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment (Moodle) วิธีการเรียนการสอนออนไลน์ผ่านโปรแกรมการประชุมออนไลน์ เช่น Zoom Google Meeting Hangout Microsoft Teams เป็นต้น เป็นการเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่น (flexible learning) เปิดให้เรียนรู้ด้วยวิธีการที่หลากหลายที่สอดคล้องกับเงื่อนไขชีวิต สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา (anytime anywhere) และได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning)²

การศึกษาที่มีความยืดหยุ่นเป็นวิธีการของการบรรลุความก้าวหน้าทางการเรียนผ่านทักษะของผู้เรียน วิธีการสอนที่มีความยืดหยุ่นมีประสิทธิภาพในการให้ความรู้เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นในด้านเวลา สถานที่ และรูปแบบของการศึกษา สถาบันการศึกษาให้ผู้เรียนเลือกช่วงเวลาที่ต้องการศึกษาได้มีตัวเลือกอื่น ๆ ที่มีความยืดหยุ่น และ

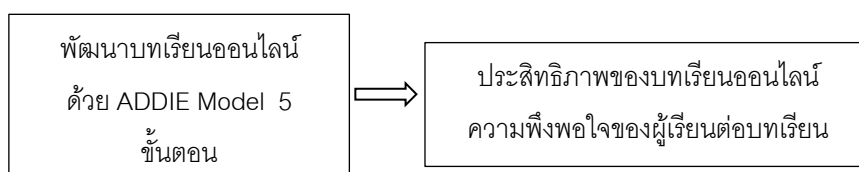
ตอบสนองความหลากหลายของผู้เรียนได้ ทั้งนี้มีงานวิจัยที่สนับสนุนประโยชน์ของบทเรียนออนไลน์ต่อการเรียนการสอน ดังเช่น จันทนา นามโยธา³ พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนที่เรียนด้วยบทเรียนออนไลน์โดยใช้ รูปแบบ ADDIE Model หลังเรียนสูงขึ้นจากก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ .01 และ นักศึกษามีความพึงพอใจ ในการเรียนด้วยบทเรียนออนไลน์ในระดับมาก เช่นเดียวกับที่ ขวัญชัย ช้วน และ ธารทิพย์ ช้วน⁴ ได้ใช้บทเรียนออนไลน์ในการเรียนการสอน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของนักศึกษาหลังเรียนบทเรียนออนไลน์ สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ผู้เรียนมีความพึงพอใจในการเรียนออนไลน์ ระดับมากที่สุด นอกจากนี้จากการศึกษาของ คมสิทธิ์ สิทธิประการ วิกรม ฉันทรางกูร ภาณุภา ทองใส⁵ พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนการอ่านภาษาอังกฤษของผู้เรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยบทเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมาก จากข้อมูลดังกล่าว แสดงว่านักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยบทเรียนออนไลน์

การเรียนการสอนด้วยบทเรียนออนไลน์ จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนที่จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ในวันเวลา และสถานที่ที่สะดวก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี (มทร.ธัญบุรี) มีนโยบายการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ควบคู่กับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ ดังนั้น เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มทร.ธัญบุรี เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยซึ่งเป็น

วาระการสาธารณสุข

อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ เห็นความสำคัญของพัฒนาบทเรียนออนไลน์ ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ในหัวข้อ การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ด้วย ADDIE Model 5 ขั้นตอนโดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่น (flexible learning) ให้มีการถ่ายทอดเนื้อหาในรูปแบบวิดีโอ ประเภท (multimedia) ร่วมกับการเรียนการสอนในห้องเรียน ให้นักศึกษาสามารถศึกษาเนื้อหาจากบทเรียนออนไลน์ได้ตลอดเวลา บทเรียนออนไลน์นี้จึงมีความยืดหยุ่นในด้านสถานที่ และเวลาที่นักศึกษาสะดวกในการทบทวนความรู้ สร้างเสริมให้มีคุณลักษณะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และการเรียนรู้ตลอดชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา

ตามแนวคิด ADDIE Model⁶ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) Analysis (การวิเคราะห์) เป็นขั้นตอนการวิจัย โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการการเรียนรู้ด้วยบทเรียนออนไลน์ และการวิเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ด้วยการกำหนดเป้าหมาย (target / goal) เช่น ความรู้ ทักษะ หรือพฤติกรรมในการทำงานที่ต้องการพัฒนา ระดับของการเรียนรู้ที่ต้องการ

5) Evaluation (การประเมินผล) เป็นขั้นตอนการประเมินและปรับปรุง ด้วยการทดสอบประสิทธิภาพของบทเรียน นำผลที่ได้มาปรับปรุง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาบทเรียนออนไลน์เรื่อง การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1

2. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพบทเรียนออนไลน์เรื่อง การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนบทเรียนออนไลน์เรื่อง การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา

2) Design (การออกแบบ) เป็นขั้นตอนการพัฒนา ออกแบบแผนการสอน กิจกรรมการเรียนรู้ การวัด การประเมินผล ที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

3) Development (การพัฒนา) เป็นขั้นตอนของการพัฒนา ดำเนินการสร้างบทเรียนตามที่ได้วิเคราะห์ และออกแบบไว้

4) Implement (การดำเนินการ) เป็นการใช้อย่างบทเรียนออนไลน์ตามกระบวนการที่ออกแบบไว้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

เทคโนโลยีราชชมงคลธัญบุรี ที่ลงทะเบียนเรียนการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 79 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง นักศึกษาลงทะเบียนเรียนการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 79 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็น บทเรียนออนไลน์ และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัย ประกอบด้วย แบบทดสอบวัดผลการเรียน และ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์

1. บทเรียนออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนา บทเรียนออนไลน์ 1) ด้านเนื้อหา เรื่องการพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ จากแผนการเรียน วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 บทที่ 4 การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ศึกษารายวิชา การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชชมงคลธัญบุรี (2) วิเคราะห์เนื้อหา แบ่งเนื้อหาเป็นหน่วยย่อย กำหนดจุดประสงค์การเรียนรู้ (3) วิเคราะห์ผลการเรียนรู้ตามเนื้อหา (4) กำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับเนื้อหา และผลการเรียนรู้ และ (5) ออกแบบแผนการจัดการเรียนรู้ด้วยบทเรียนออนไลน์ ให้ครอบคลุมเนื้อหา 2) ด้านการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ ดำเนินการดังนี้ นำเนื้อหาที่ได้วิเคราะห์และจัดทำเป็นหน่วยย่อย มาทำ story board ในส่วนของเนื้อหา ส่วนของเนื้อหา เนื้อหาและรูปภาพประกอบ การบันทึกในส่วนของผู้สอน ประกอบรูปภาพ นำ story board ที่ได้ปรับปรุง

ปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยและ คะแนน 1 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การแปลผลจากค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเป็นดังนี้

แก้ไขมาทำเป็นบทเรียนออนไลน์ โดยบันทึกไฟล์เสียงแยกระหว่างไฟล์เสียงของผู้สอนและไฟล์เสียงของวิดีโอที่ใช้งานการเรียนการสอน เพื่อนำมาใช้งานการปรับปรุงในอนาคต

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี จำนวน 3 คน ให้ความเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาในแต่ละหน่วยย่อย และด้านคุณภาพของสื่อมีความเหมาะสม โดยมีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ว่าควรจัดทำสื่อเป็นตอนๆ แต่ละบทเรียนย่อย ความยาวไม่ควรเกิน 30 นาที แต่ละบทเรียน และควรปรับขนาดของตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น

2. แบบทดสอบวัดผลการเรียนรู้ เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก เป็นแบบทดสอบเมื่อเสร็จสิ้นการเรียนการสอน จำนวน 36 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบ ด้วยการหาค่าอำนาจจำแนก พบว่า อยู่ระหว่าง 0.17–0.58 มีข้อที่ต้องปรับปรุง 3 ข้อ และค่าความยากง่ายของแบบทดสอบ พบว่าอยู่ระหว่าง 0.16–0.80 มีข้อที่ต้องปรับปรุง 2 ข้อ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อบทเรียนออนไลน์ ในด้านสื่อบทเรียนออนไลน์ ด้านการใช้งานบทเรียนออนไลน์ ด้านเนื้อหา ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน และด้านการวัดประเมินผล เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยที่ คะแนน 5 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง ความพึงพอใจมาก คะแนน 3 หมายถึง ความพึงพอใจ

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึงความพึงพอใจมาก

วารสารกองการพยาบาล

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึงความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึงความพึงพอใจน้อยที่สุด

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พบว่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเป็นการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Cronbach (α - coefficient) = 0.92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ การดำเนินงานและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ข้อมูลที่รวบรวมได้จะเก็บเป็นความลับและ

นำเสนอในภาพรวม การเข้าร่วมวิจัย การตอบแบบสอบถามเป็นความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัย ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์แบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก ด้วยการหาค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และวิเคราะห์แบบประเมินความพึงพอใจด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. บทเรียนออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ เรื่อง การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ด้วย ADDIE Model 5 ขั้นตอน รูปแบบบทเรียนออนไลน์ เป็นดังนี้

1.1 เนื้อหาสาระประกอบด้วย 10 หน่วยย่อยที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกัน ระยะเวลาการสอน 9 ชั่วโมง ดังนี้

บทเรียนออนไลน์

หน่วยย่อยที่	หัวข้อ	ระยะเวลา
1	ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	3 ชั่วโมง
2	การวินิจฉัยการตั้งครรภ์	
3	การประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	
4	การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์	3 ชั่วโมง
5	การส่งเสริมสุขภาพสตรีในระยะตั้งครรภ์	
6	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะไม่สุขสบาย	
7	การดูแลด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์	3 ชั่วโมง
8	การเตรียมตัวเพื่อเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา	
9	การเตรียมตัวเพื่อการคลอด	
10	การเตรียมบทบาทการเป็นมารดาบิดา	

1.2 บทเรียนออนไลน์ มีลักษณะเป็นมัลติมีเดีย (multimedia) เรียนรู้ผ่านช่องทาง YouTube แบบ private เผยแพร่ในระบบ learning management system ในห้องเรียนด้วยโปรแกรม Microsoft Teams

1) บทเรียนออนไลน์ แบ่งบทเรียนออนไลน์เป็น 5 ตอน ตามเนื้อหาสาระในหน่วยย่อย

ตอนที่ 1 เนื้อหาประกอบด้วย หน่วยย่อยที่ 1 และ 2 ความยาว 30.35 นาที

วารสารกองการพยาบาล

ตอนที่ 2 เนื้อหาประกอบด้วย หน่วยย่อยที่ 3 และ 4 ความยาว 31.44 นาที

ตอนที่ 3 เนื้อหาประกอบด้วย หน่วยย่อยที่ 5 และ 6 ความยาว 30.10 นาที

ตอนที่ 4 เนื้อหาประกอบด้วย หน่วยย่อยที่ 7 และ 8 ความยาว 28.01 นาที

ตอนที่ 5 เนื้อหาประกอบด้วย หน่วยย่อยที่ 9 และ 10 ความยาว 27.06 นาที

2) แต่ละตอน ประกอบด้วย จุดประสงค์การเรียนรู้ ตามลำดับเนื้อหาของบทเรียน ที่กำหนดไว้ในรายละเอียดวิชาและแผนการสอน เมื่อเรียนรู้เสร็จสิ้นในแต่ละตอน ให้ผู้เรียนทำแบบฝึกหัด ท้ายบท และงานมอบหมาย (formative evaluation) ลักษณะแบบฝึกหัดเป็นแบบทดสอบอัตนัยแบบคำตอบสั้น งานมอบหมายแบ่งผู้เรียนเป็นกลุ่มๆ ละ 5 คน แต่ละกลุ่มสรุปเนื้อหา ตามที่มอบหมาย และนำเสนอเป็นคลิป สรุปบทเรียน โดยให้ผู้เรียนทุกคนได้นำเสนอตามหัวข้อย่อย

2. ประสิทธิภาพบทเรียนออนไลน์ พบว่า $E1/E2 = 70.75 / 71.05$ แสดงว่าบทเรียนออนไลน์นี้มีประสิทธิภาพตามที่กำหนดไว้ คือ $E1/E2 = 70/70$ โดยที่ความคลาดเคลื่อนของผลลัพธ์ E1 อยู่ที่ 1.07 และความคลาดเคลื่อนของผลลัพธ์ E2 อยู่ที่ 1.5 %

ดังรายละเอียด ดังนี้

2.1 ค่า E1 ร้อยละของการวัดผลระหว่าง การเรียนการสอน = 70.75 เป็นผลจากคะแนนเฉลี่ยจากแบบฝึกหัดท้ายบท (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) = 13.08 คะแนน และ คะแนนเฉลี่ยจากการทำงานมอบหมาย (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) = 15.22 คะแนน

2.2 ค่า E2 ร้อยละของการวัดผลหลังเรียน หรือ ผลลัพธ์จากการเรียนการสอน = 71.05 เป็นผลจากคะแนนเฉลี่ยจากการสอบปลายภาค (คะแนนเต็ม 36 คะแนน) = 27.02 คะแนน

3. ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อบทเรียนออนไลน์

3.1 ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อบทเรียนออนไลน์ ด้านสื่อบทเรียนออนไลน์และการใช้งาน พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจด้านสื่อบทเรียนออนไลน์ โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}=4.45$ S.D.=.66) โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านสื่อที่ใช้สอดคล้องกับเนื้อหา ($\bar{X}=4.52$ S.D.=.65) ด้านการใช้งานบทเรียนออนไลน์โดยรวมผู้เรียนมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.45$ S.D.=.66) เช่นกัน โดยด้านที่ผู้เรียนพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}=4.53$ S.D.=.67) คือ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์ได้ด้วยตนเอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้เรียนต่อบทเรียนออนไลน์ด้านสื่อและการใช้งาน

บทเรียนออนไลน์ด้านสื่อและการใช้งาน	ความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
ด้านสื่อบทเรียนออนไลน์			
1 มีการใช้สื่อหลากหลายรูปแบบ	4.23	.91	มาก
2 สื่อที่ใช้สอดคล้องกับเนื้อหา	4.52	.65	มากที่สุด
3 สื่อที่ใช้ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้	4.44	.80	มาก
4 สื่อที่ใช้มีความเหมาะสม	4.41	.78	มาก
5 เสียงบรรยายชัดเจน	4.41	.81	มาก

บทเรียนออนไลน์ด้านสื่อและการใช้งาน	ความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
6 ลักษณะตัวอักษรเหมาะสม	4.48	.69	มาก
ด้านสื่อบทเรียนออนไลน์โดยรวม	4.45	.66	มาก
ด้านการใช้งานบทเรียนออนไลน์			
1 บทเรียนออนไลน์ง่ายต่อการใช้งาน	4.48	.75	มาก
2 บทเรียนออนไลน์มีความน่าสนใจ	4.30	.83	มาก
3 ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์ได้ด้วยตนเอง	4.53	.67	มากที่สุด
4 บทเรียนออนไลน์พัฒนาผู้เรียนตามผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง	4.47	.73	มาก
การใช้งานบทเรียนออนไลน์โดยรวม	4.45	.66	มาก

3.2 ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อบทเรียนออนไลน์ด้านเนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน และการวัดประเมินผล พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจด้านสื่อเนื้อหาของบทเรียนออนไลน์โดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.46 S.D. =.58) โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านที่เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ($\bar{X}$ = 4.56 S.D.=.62) สำหรับด้านกิจกรรมการเรียนการสอนโดยรวมผู้เรียนมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}$ =4. 40 S.D.=.60) โดยด้านที่ผู้เรียนพึงพอใจมากที่สุด มี 2 ด้านคือ ส่งเสริมให้ผู้เรียนค้นคว้าด้วยตนเอง และการเรียนการสอนเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ($\bar{X}$ =4.55 S.D.=.65 และ $\bar{X}$ =4.55 S.D.=.62 ตามลำดับ) ส่วนด้านการวัดและประเมินผลโดยรวม ผู้เรียนมีความพึงพอใจมาก ($\bar{X}$ = 4.50 S.D.=.83) โดยด้านที่ผู้เรียนมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านมีการวัดผลสอดคล้องกับเนื้อหา ($\bar{X}$ =4.59 S.D.=.78) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ของผู้เรียนในด้านเนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอนและ การวัดและประเมินผล

บทเรียนออนไลน์ของผู้เรียน	ความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
ด้านเนื้อหา			
1 ความเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขตการเรียนการสอน	4.40	.69	มาก
2 เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	4.56	.62	มากที่สุด
3 เนื้อหาเหมาะสมกับผู้เรียน	4.55	.62	มากที่สุด
4 ความชัดเจนของการนำเสนอเนื้อหาด้านเนื้อหา	4.38	.80	มาก
5 ลำดับเนื้อหาเหมาะสม	4.47	.65	มาก
ด้านเนื้อหาโดยรวม	4.46	.58	มาก
ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน			
1 ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน	4.38	.70	มาก
2 ส่งเสริมให้ผู้เรียนค้นคว้าด้วยตนเอง	4.55	.65	มากที่สุด
3 ส่งเสริมให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์	4.44	.69	มาก
4 ส่งเสริมให้ผู้เรียนสร้างสรรค์ความคิด	4.33	.75	มาก

บทเรียนออนไลน์ของผู้เรียน	ความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
5 การเรียนการสอนเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ	4.55	.62	มากที่สุด
6 ผู้เรียนมีช่องทางสื่อสารกับผู้สอน	4.29	.75	มาก
7 มีกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลาย	4.23	.91	มาก
8 กิจกรรมการเรียนสอดคล้องกับเนื้อหา	4.52	.65	มากที่สุด
ด้านกิจกรรมการเรียนการสอนโดยรวม	4.40	.60	มาก
4. ด้านการวัดประเมินผล			
4.1 วิธีวัดผลมีความหลากหลาย	4.34	.82	มาก
4.2 การวัดผลมีความชัดเจน	4.56	.98	มากที่สุด
4.3 มีการวัดผลสอดคล้องกับเนื้อหา	4.59	.78	มากที่สุด
4.4 การวัดผลครอบคลุมวัตถุประสงค์	4.49	.75	มาก
ด้านการวัดผลประเมินผลโดยรวม	4.50	.83	มาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบมาอภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. งานวิจัยนี้ เป็นการพัฒนามาบทเรียนออนไลน์ เรื่องการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดำเนินการ โดยการออกแบบและพัฒนาตามรูปแบบของ ADDIE Model ซึ่งเป็นการพัฒนามาบทเรียนอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้เชื่อมโยงระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา และการประเมิน นำไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัชชา คงเมือง และดวงพร โสมสุข^๑ ที่พัฒนาสื่อออนไลน์เพื่อเสริมทักษะการสอบภาษาอังกฤษ RMUTSV Test โดยพัฒนามาบทเรียนบทเรียนอีเลิร์นนิ่ง ด้วย ADDIE Model พบว่า ผลการเรียนรู้หลังเรียนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และงานวิจัยของอำภา หอมบุปผา และกิตติพงษ์ พุ่มพวง^๑ ที่พัฒนามาบทเรียนอีเลิร์นนิ่งแบบปัญหาเป็นฐาน วิชาการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับนักศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง โดยออกแบบและสร้างบทเรียนตามรูปแบบ ADDIE Model พบว่า

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

2. ผลการศึกษาประสิทธิภาพบทเรียนออนไลน์ พบว่า $E1/E2 = 70.75/71.05$ มีประสิทธิภาพเป็นไปตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเฉลิม พุนใจสม อรปรีชา คำแพง และสมบัติ ตันติสันติสม¹⁰ ซึ่งพัฒนามาบทเรียนออนไลน์ เรื่อง ไอพีวี 6 สำหรับ นักศึกษาศาสาวิทยาการคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร พบว่า บทเรียนออนไลน์มีประสิทธิภาพ $E1/E2$ เท่ากับ $82.50/81.74$ การทดสอบประสิทธิภาพบทเรียนออนไลน์นี้ แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น กระบวนการเรียนการสอนมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนรู้

3. ผลการวิจัย พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยที่มีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในหลายด้าน อาทิ ด้านผู้เรียนสามารถเรียนรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์ได้ด้วยตนเอง บทเรียนออนไลน์ส่งเสริมให้ผู้เรียนค้นคว้าด้วยตนเอง แสดงให้เห็นว่าการพัฒนามาบทเรียนออนไลน์

สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะของการเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวันเฉลิม พูนใจสม, อรปรียา คำแพงและหมักมิชา ต้นตีสันติสม¹⁰ ที่พบว่าความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อบทเรียนออนไลน์ เรื่อง ไอพีวี 6 สำหรับนักศึกษาสาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ งานวิจัยของสุพัสชา คงเมือง และดวงพร โสมสุข⁹ ที่ได้พัฒนาสื่อออนไลน์เพื่อเสริมทักษะการสอบภาษาอังกฤษ RMUTSV Test วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรมและการจัดการ พบว่า ความพึงพอใจต่อบทเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. สถาบันการศึกษาพยาบาล ควรพัฒนาบทเรียนออนไลน์ทางการพยาบาล ในรายวิชาอื่น ๆ รวมทั้งในแต่ละหัวข้อของรายวิชา เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เรียนในด้านต่างๆ หลายด้าน โดยเฉพาะทำให้ผู้เรียนมีโอกาสทางการเรียนรู้มากขึ้น สามารถเข้ามาทบทวน ศึกษาด้วยตนเองในบทเรียนได้ในวัน เวลาที่ผู้เรียนพร้อมส่งเสริมการเรียนรู้แบบยืดหยุ่นและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
2. ผู้สอนที่จัดการเรียนการสอนด้วยบทเรียนออนไลน์ ควรใช้บทเรียนออนไลน์ ในรูปแบบที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้รูปแบบและสื่อที่เป็นการสื่อสาร 2 ทาง เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนในการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นทักษะการเรียนรู้ที่สำคัญในศตวรรษที่ 21

3. การนำบทเรียนออนไลน์ไปใช้ ควรเพิ่มการใช้เกมที่เข้าใจให้ผู้เรียนได้ทดสอบความรู้ก่อนเรียนระหว่างเรียน และหลังเรียน เกมจะทำให้ผู้เรียนสนใจ การทดสอบมากขึ้น และการทำแบบฝึกหัดหรือการทดสอบแต่ละครั้งไม่ควรใช้เวลานาน อาจแบ่งการทดสอบเป็นหลายๆ ครั้ง แต่ละครั้งจำนวนไม่มาก

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยด้านการใช้บทเรียนในรูปแบบต่างๆ ร่วมกับวิธีการสอนที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างความสนใจให้ผู้เรียนได้เรียนรู้แบบ active learning
2. ควรมีการวิจัยศึกษาเปรียบเทียบ การใช้บทเรียนออนไลน์ในรูปแบบต่างๆ และศึกษาความต้องการเรียนรู้ของผู้เรียน เพื่อให้บทเรียนออนไลน์ เป็นบทเรียนที่ตอบสนองได้ตรงตามความต้องการเรียนรู้ของผู้เรียนมากขึ้น

สรุป

การพัฒนาบทเรียนออนไลน์การพยาบาลสตรี ในระยะตั้งครรรภ์ เป็นการพัฒนาบทเรียนออนไลน์ด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิด ADDIE Model ซึ่งเป็นการพัฒนาบทเรียนอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างเชื่อมโยงระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา และการประเมิน ได้บทเรียนออนไลน์ มัลติมีเดีย (multimedia) เรียนรู้ผ่านช่องทาง YouTube แบบ private ให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง นำไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

References

1. Cendon, E. Lifelong Learning at Universities: Future Perspectives for Teaching and Learning. Journal of New Approaches in Educational Research [serial online] 2018 Jul, [cited 2024 Aug 25]; 7(2): 81-87. Available from: URL:<https://link.springer.com/article/10.7821/naer.2018.7.320>
2. The Equitable Education Fund. What is Flexible Education? . [Internet]. [Cite 2024 Feb 26]; Available form: <https://flexiblelearning.eef.or.th/about-flexiblelearning/>. Thai.
3. Chantana Namyotha. The Development of Online Lesson Using the ADDIE Model for Occupational Learning Subject on General Vegetable Cultivation for Mathayomsuksa 3Students, Phrayuen Wittayakarn School. [Internet]. 2022 July 22 [cited 2024 Sep 24]; Available from: <http://pywk.ac.th/research/joo1.pdf>. Thai.
4. Kwanchai Khuana and Tanthip Khuana. Development of online lessons (E - LEARNING) in the subject of learning management for the 3rd year Educational Graduate Students Department of Education Kamphaeng Phet Rajabhat University. Journal of MCU Nakhondhat [serial online] 2020 [cited 2024 Aug 5]; 7(12): 295-306. Available from: URL:<https://research.kpru.ac.th/research2/pages/filere/1611202612.pdf>. Thai.
5. Komsit Sitipragan, Vikrom Chantarangul and Patchayapa Thongsai. Research report on Students' Achievement on Advanced Reading from Online Lessons. [Internet] 2018. [Cite 2023 Jan15]. Available form: <https://riss.rmuts.ac.th/upload/doc/201910/1bJCKseOmtazQsm1S7Uw/1bJCKseOmtazQsm1S7Uw.pdf>. Thai.
6. Pijitra Thongphanit. Learning Management and Classroom Management: ADDIE Teaching Model (ADDIE Model). [Internet] 2022 [Cite 2023 Jan15]. Available form: URL:<http://adi2learn.blogspot.com/2018/01/addie-model.html>. Thai.
7. Chaiyong Phromwong. Efficiency testing of media or teaching kits. Journal of Fine Arts and Education Research. [serial online] 2019 Aug 15 [cited 2024 Aug 27]; 5(1): 7-20 Available from: URL: <https://pubhtml5.com/sppx/pyzm/basic/>. Thai.
8. Supacha Kongmuang and Dongporn Somsuk. The development of E-learning to Enhance the Skills for RMUTSV Test. Journal of Applied Information Technology [serial online] 2020 [cited 2024 Aug 25]; 6(1): 18-28. Available from: URL: <https://www.repository.rmuts.ac.th/handle/123456789/2559> Thai.
9. Amphap Hombuppha and Kittipong Phumphueng. The Development of e-Learning Courseware with Problem-Based Learning on The Subject of Computer Programming for High Vocational Certificate Students. Liberal Arts Review [serial online] 2020 [cited 2024 Aug 25]; 15(2): 76-90. Available from: URL: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/larhcu/article/view/242815>. Thai.

10. Wunchalearm Poonjaisom, Ornpreeya Kampaeng and khumphicha Tantisantisom. Development of E-Learning on IPv6 for Computer-Science Students at Kamphaengphet Rajabhat University. Journal of Information Technology Management and Innovation [serial online] 2018 [cited 2024 Aug 25]; 5(2): 40-50. Available from: URL: <https://research.kpru.ac.th/research2/pages/filere/1556250373.pdf>. Thai.

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

อรุณญา น้อยสุข*	พย.บ.
วณิชชา เรืองศรี**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปองหทัย พุ่มระย้า**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วิธิรงค์ สุทธิกุล**	พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)
จันทร์นภา เพชรมณี**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สุรีย์พร กุมภาคม**	รป.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์)

(รับ: 9 พฤศจิกายน 2567, แก้ไข: 24 พฤศจิกายน 2567 , ตอรับ: 9 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (2) พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และ (3) ประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบการพยาบาลฯ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 390 ราย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 339 ราย จากหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ระบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น แบบวัดความรู้ การปฏิบัติ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI .88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Content analysis และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) นโยบาย; (2) คณะกรรมการ; (3) แนวปฏิบัติ; (4) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และ (5) องค์ความรู้ด้านการรักษา การบันทึกการรายงาน และการนิเทศติดตาม ผลลัพธ์การใช้ระบบการพยาบาลฯ พบว่า สมรรถนะด้านความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ร้อยละของการเกิดพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อปอดอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับสูง มากกว่าร้อยละ 90 สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการพยาบาลที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบการพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะแทรกซ้อน

* Corresponding author: รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Email: arunyanoysook@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Nursing System Development for Caring the Elderly Patients Nopparat Rajathanee Hospital

Arunya Noysook*	B.N.S.
Wanitcha Rounsri**	M.N.S. (Adult nursing)
Ponghatai Pumraya**	M.N.S. (Adult nursing)
Withirong Sutthigoon**	Ph.D. (Nursing Science)
Jannapa Petchmunee**	M.N.S. (Adult nursing)
Sureeporn Khumpakam**	D.P.A. (Public Administration)

(Received: November 9, 2024, Revised: November 24, 2024, Accepted: December 9, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to develop the elderly patient nursing care system at Nopparat Rajathanee Hospital based on the systems theory framework. The study was divided into three phases: (1) analyzing the current situation of the elderly patients care; (2) developing the elderly patient nursing care system; and (3) evaluating the results of using the developed nursing care system. The sample consisted of 390 elderly patients and 339 professional nurses from relevant inpatient units. The research instrument consisted of the developed nursing care system and the test on knowledge, practice, attitudes, and satisfaction of the patients and the nurses. The content validity of the instruments was checked by 3 experts, yielding a CVI of .88. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-tests.

The findings revealed that the developed elderly patient nursing care system at Nopparat Rajathanee Hospital consisted of 5 components: (1) policies; (2) the committee; (3) the practice guidelines; (4) professional nurse competency development; and (5) knowledge related to consultation, documentation, reporting, and supervision. The outcomes of using the developed nursing care system found that the knowledge and practice competencies of the nurses improved significantly ($p < .001$). The percentage of falls, pressure ulcers, and pneumonia infections decreased significantly ($p < .001$). The patients and the professional nurses had a high level of satisfaction, exceeding 90 percent. In conclusion, this research study showed that developing an appropriate nursing care system was quite important to prevent complications and enhance the elderly's quality of life.

Key words: nursing system development, elderly patients, complication

* Corresponding author: Deputy Director Nursing in Nopparatrajathanee Hospital

Email: arunyanoysook@gmail.com

** Register nurse in Nopparatrajathanee Hospital

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก สัดส่วนของประชากรโลกในช่วง 60 ปี มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 สถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรในทวีปเอเชีย¹ ทำให้แต่ละประเทศ มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น² อีกทั้งพบว่าภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับการศึกษา และภาวะเศรษฐกิจทางสังคม³ สำหรับประเทศไทย ในปี 2566 มีผู้สูงอายุ 13,064,929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20% ประชากร⁴ และคาดว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดเช่นเดียวกับญี่ปุ่นที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ในปี 2574⁵ ประชากรเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกายและระบบการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายจะเสื่อมถอยลง จึงมีแนวโน้มการเจ็บป่วยได้ง่ายและเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้⁶

โรงพยาบาลพระรัตนาราชธานีเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการระดับตติยภูมิ มีผู้ป่วยในเข้ารับบริการ ปี 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 30,364 ราย 32,095 ราย และ 32,810 ราย โดยเป็นผู้สูงอายุ 8,613 ราย 8,992 ราย และ 11,030 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.37, 28.02 และ 33.62 ตามลำดับ และพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรค 5 อันดับแรก คือ ภาวะปอดบวม ภาวะต่อกระเจก โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ โดยสภาวะของโรคดังกล่าว ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อปอดอักเสบ พัลดตทกหล้ม และแผลกดทับ ในระหว่างรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติพัลดตทกหล้ม มีการเคลื่อนไหวที่บกพร่อง และสิ่งแวดล้อมต่างๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ส่งผลต่อการพัลดตทกหล้ม มีรายงานอัตราการเกิด

ปี 2561, 2562 และ 2563 ร้อยละ 4.37, 3.88 และ 2.11 ต่อ 1,000 วันนอนกลุ่มเสี่ยง ตามลำดับอุบัติการณ์ดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ปี 2563 สูงถึง 1.74⁷ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กหรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และบางรายไม่สามารถผ่าตัดได้เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัด จำเป็นต้องนอนพักอยู่บนเตียง ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และจากการใส่ Skin traction เป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลกดทับร่วมด้วยได้อีกด้วย

ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระรัตนาราชธานี มีระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงและการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 โดยมีเป้าหมาย คือ อัตราแผลกดทับภาพรวมน้อยกว่า 3 ต่อ 1,000 วันนอน ตามตัวชี้วัด THIP (Thailand Hospital Indicator Program) ตัวชี้วัดของกองการพยาบาล จากสถิติ ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับ เท่ากับ 2.81, 3.00, 2.64 ตามลำดับ⁸ อย่างไรก็ตาม การเกิดแผลกดทับ ยังคงพบอุบัติการณ์สูงในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ระยะเวลาาน และ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง สำหรับการติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยสูงอายุ มีการรายงานอัตราการเกิดในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565 และ 2566 ร้อยละ 3.7 และ 4.0 ตามลำดับ⁹ โดยพบในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อ มีพยาธิสภาพของโรคที่มีข้อจำกัดในการไอหรือขับเสมหะ คะแนน Barthel's index ADL ≤ 4 ทูพโภชนาการ พิกการหรือทุพพลภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถจำแนกปัจจัยเสี่ยงต่อการพัลดตทกหล้มในผู้ป่วยสูงอายุ ออกเป็น 4 ปัจจัย คือ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทาง

ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุได้ต่อไป¹⁰ จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มหลังใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม และเมื่อทำการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้กับไม่ใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ¹¹ และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ อายุ อาชีพ การรับรู้ความรู้แรงของการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และสภาพความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ ร้อยละ 89.7¹² สำหรับการเกิดแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เป็น 1 ใน 10 ตัวชี้วัดที่สำคัญ บ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาลโดยตรง

สำหรับโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า มีการเกิดอุบัติการณ์ การเกิดพลัดตกหกล้มที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต มีการเกิดแผลกดทับเมื่อมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีการติดเชื้อมดอักเสบขณะนอนโรงพยาบาล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การเฝ้าระวังและการดูแลที่ชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล มีหน้าที่ในการพัฒนาระบบการพยาบาล เห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงพัฒนาระบบการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบ (System theory) ขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วย

ที่ได้มาตรฐาน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับมีส่วนร่วมในการออกแบบพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และวัดผลลัพธ์จากการใช้ระบบฯ ดังกล่าว เพื่อคุณภาพการพยาบาลที่ดี มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล กรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

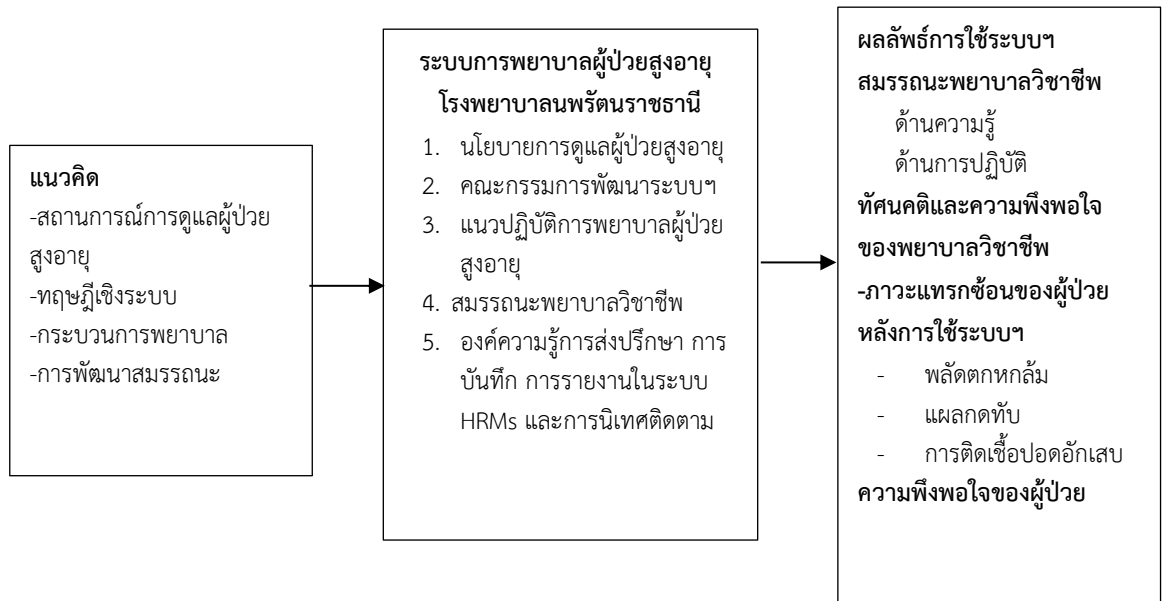
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุระหว่างเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory)^{13,14} และกระบวนการทางการพยาบาลมานุกรณาการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
- 2) พัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ และ
- 3) ประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบฯ ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่แพทย์เจ้าของไข้มีคำสั่งให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนพัฒนาระบบ (มีนาคม-พฤษภาคม 2567) 4,500 ราย หลังพัฒนาระบบ (มิถุนายน-สิงหาคม 2567) 4,500 ราย และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน ก่อนพัฒนาระบบ 72 ราย หลังพัฒนาระบบ 267 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling technique)¹⁶ ดังนี้ 1) กำหนดสาขาการพยาบาลที่มีผู้สูงอายุรักษาตัวในโรงพยาบาล มี 4 สาขา คือ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม สาขาการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม สาขาการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 2) เลือกหน่วยงานในแต่ละสาขา รวม 16 หน่วยงาน 3) ระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างในหน่วยงานส่วนปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

นำร่อง 72 ราย และส่วนขยาย 267 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณของเครซีและมอร์แกน¹⁵ ที่ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย

2. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เป็นผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในหน่วยงานนำร่อง และหน่วยงานขยาย ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยระยะวัดผลลัพธ์ก่อนการใช้ระบบฯ 390 ราย และหลังการใช้ระบบฯ 390 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณของเครซีและมอร์แกน¹⁵ ที่ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย

เครื่องมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ในแต่ละระยะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี ดังนี้

1. **ระยะวิเคราะห์สถานการณ์** (Input) ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นแบบ

วารสารกองการพยาบาล

มีโครงสร้าง สำหรับหัวหน้าหน่วยงาน 22 ราย จาก 22 หน่วยงาน ที่มีผู้สูงอายุมาอนพักรักษาตัว โดย Focus group ด้านระบบ บุคลากร และผู้ป่วย รวม 15 ข้อ 2) แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ 5 ระดับ สำหรับผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติ 3 ด้าน ได้แก่ การป้องกันพลัดตกหกล้ม 15 ข้อ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7 ข้อ และการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ 10 ข้อ รวม 32 ข้อ 3) แบบประเมินเวชระเบียน ตามกระบวนการพยาบาล และบันทึกทางการพยาบาล

2. ระยะกระบวนการ พัฒนาระบบฯ

(Process) ประกอบด้วย 1) เอกสารแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ และการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แสดง Flow chart ดังภาพที่ 3-5 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ ข้อที่เห็นว่าถูกต้อง ในจำนวน 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ 4) แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ถ้าไม่ปฏิบัติให้ใส่เหตุผล ประกอบด้วย 1) การป้องกันการพลัดตกหกล้ม 15 ข้อ 2) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7 ข้อ และ 3) การป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ 10 ข้อ รวม 32 ข้อ

3. ระยะประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบฯ

(Output) 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา วินิจฉัยโรค และการมีผู้ดูแล 2) แบบรวบรวมการเกิดพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ และการติดเชื้อปอดอักเสบ 3) แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 10 ข้อ ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

4) แบบประเมินความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุต่อการบริการ หลังการใช้ระบบฯ 5 ข้อ 5) แบบประเมินความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อระบบฯ 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามทั้งหมด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ได้ค่า CVI = 0.88

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ (ดังภาพที่ 2)

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ (เดือนกุมภาพันธ์ 2567) รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับหัวหน้าหอผู้ป่วย การสังเกตการปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพ 5 ระดับ และทบทวนเวชระเบียน

2. ระยะพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาและทดลองในหน่วยงานส่วนนำร่อง (เดือนมีนาคม-มิถุนายน 2567) และระยะปรับปรุงการพัฒนาในหน่วยงานส่วนขยาย (เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2567) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) ประกาศนโยบายจากรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ ในผู้ป่วยสูงอายุ ระหว่างนอนโรงพยาบาล 2) ทบทวนคณะกรรมการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุเลขที่ 782/2566 (14 พฤศจิกายน 2566) 3) พัฒนาแนวปฏิบัติ (Work Instruction) เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อปอดอักเสบ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบฯ 4) นำแนวปฏิบัติฯ

วารสารกองการพยาบาล

ไปทดลองใช้ ในหอผู้ป่วยในที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบท (Reliability) 5) ติดตามการรับรู้ภายใน 1 เดือนและประเมินการปฏิบัติภายใน 2 เดือนภายหลังประกาศใช้ 6) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาและหัวข้อจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้ ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลแผลกดทับ ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ โดยใช้ชื่อการอบรมว่า “การกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุผู้ป่วยใน” เนื้อหาประกอบด้วย การป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อปอดอักเสบ ในวันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ 2567 ซึ่งมีการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติ ของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมอบรม 7) ให้ความรู้การปรึกษาทีมสหวิชาชีพกรณีพบผู้ป่วยมีความเสี่ยงในด้านต่างๆ 8) ให้ความรู้การบันทึกทางการพยาบาลและการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ในระบบ HRMs ของโรงพยาบาล ระดับ C (ถึงตัวผู้ป่วยแล้วแต่ไม่ได้รับอันตราย) ขึ้นไป ไม่ต้องรักษาต่อ มีการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำและจัดการตามมาตรฐาน 9) ให้ความรู้การนิเทศติดตามทุกระดับ

3. ระยะประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบฯ (เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2567) ประเมินผลตามกระบวนการพัฒนา โดยเปรียบเทียบร้อยละการพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อปอดอักเสบ ก่อนและหลังการใช้ระบบฯ และความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มหลังการใช้ระบบฯ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบฯ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ 32/2567 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 พัททษสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผลดี ผลเสีย โดยให้อิสระ และความสมัครใจในตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับ ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ รายงาน และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการสัมภาษณ์ สังเกต และการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ Content analysis

3. ข้อมูล ความรู้ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้ระบบฯ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นคนเดียวกัน ทดสอบการกระจายค่าคะแนนความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov กระจายเป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบค่าคะแนนฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

4. ข้อมูลการประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบฯ 1) เปรียบเทียบการเกิดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบฯ ใช้จำนวน และร้อยละ 2) ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้ระบบฯ คะแนนทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ และค่าคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

วารสารกองการพยาบาล

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่านโยบายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน คณะกรรมการหรือผู้นำที่รับผิดชอบยังปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง แนวปฏิบัติยังล้าสมัย ขั้นตอนปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนไม่ชัดเจน การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนยังมีความสับสนระหว่างเขตพื้นที่และโรงพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพไม่ชัดเจน สมรรถนะของผู้ปฏิบัติยังพร่องหลายด้าน พยาบาลวิชาชีพที่อายุงานน้อยมีจำนวนมาก ซึ่งยังต้องปฏิบัติงานภายใต้เอกสารแนวปฏิบัติกำหนดและมีพยาบาลพี่เลี้ยงกำกับ แต่โรงพยาบาลยังขาดการพัฒนาทั้ง 2 ส่วน จึงขาดประสิทธิภาพและทักษะปฏิบัติ

2. ระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

2) การทบทวนคณะกรรมการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

3) มีแนวปฏิบัติ (Work Instruction) ที่คณะกรรมการร่วมกันพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคู่มือประกอบด้วย Flow chart และรายละเอียดแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน 3 ประเด็น ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อปอดอักเสบ สำหรับพยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคและรับไว้เป็นผู้ป่วยใน มีการประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ การวางแผนการดูแลตามระดับความเสี่ยง การประเมินซ้ำ การบันทึกทางการพยาบาล บันทึกการ

เปลี่ยนแปลง การประเมินอาการและการจัดการเบื้องต้น กรณีเกิดอุบัติการณ์ขึ้น เพื่อไม่ให้มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น และสามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว และการดูแลต่อเนื่อง โดยการส่งปรึกษาหน่วยเยี่ยมบ้านกรณีกลับบ้าน 99 ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว รวมถึงการเก็บตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลกองการพยาบาล และกรรมการแพทย์

4) มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้ครบ ทั้ง 3 ด้านและครบ 5 ขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ (1) การประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง (2) การวางแผนการดูแลตามระดับความเสี่ยง (3) การปฏิบัติการพยาบาล (4) การประเมินผลและดูแลต่อเนื่อง (5) การบันทึกทางการพยาบาล จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทุก 1 เดือน โดยให้คณะกรรมการมีส่วนร่วมในการนำเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ในวันประชุม และรวบรวมสิ่งที่ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ของหน่วยงานตนเอง พัฒนาสมรรถนะการส่งปรึกษาผู้ป่วยแบบมีประสิทธิภาพ ในกลุ่ม Line Application และพัฒนาสมรรถนะการรายงานตัวชี้วัดในระบบ Google Form รวมถึงการรายงานกรณีเกิดอุบัติการณ์ในระบบรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาล HRMs และ

5) ให้ความรู้การส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพกรณีพบผู้ป่วยมีความเสี่ยง ให้ความรู้การบันทึกและรายงานในระบบ HRMs ให้ความรู้กรณีเหตุติดตามทุกระดับ โดยกำหนดการนิเทศ 3 ระดับ คือ 1) ระดับผู้ปฏิบัติ โดย คณะกรรมการและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของตนเอง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายกรรมการและ Successor นิเทศติดตามปฏิบัติการพยาบาลตามเอกสารแนวปฏิบัติ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

วารสารกองการพยาบาล

2) ระดับผู้บริหารหัวหน้าสาขา นิเทศหัวหน้าหอผู้ป่วย และส่วนขยาย 267 ราย รวม 339 ราย เปรียบเทียบในการติดตามตัวชี้วัด ปัญหาอุปสรรค หาโอกาสพัฒนา และ 3) ระดับผู้บริหารภารกิจด้านการพยาบาล นิเทศหัวหน้าสาขา โดยระยะนี้ มีการพัฒนาสมรรถนะ และทดลองในพยาบาลวิชาชีพส่วนนาร่อง 72 ราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังของพยาบาลวิชาชีพส่วนนาร่อง (n=72) ส่วนขยาย (n=267)

คะแนนความรู้	$\bar{x}$	S.D.	df	t	P-value
ส่วนนาร่อง (N 72)					
ก่อนการอบรม	11.78	2.36	71	11.977	.000
หลังการอบรม	15.14	2.02			
ส่วนขยาย (N 267)					
ก่อนการอบรม	11.77	2.38	266	22.822	.000
หลังการอบรม	15.11	2.03			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้ระบบฯของพยาบาลวิชาชีพส่วนนาร่อง (n=72) และส่วนขยาย (n=267)

คะแนนการปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	df	t	P-value
ส่วนนำร่อง (N 72)					
ก่อนการพัฒนาระบบฯ	22.13	2.70	71	20.927	.000
หลังการพัฒนาระบบฯ	30.00	1.18			
ส่วนขยาย (N 267)					
ก่อนการพัฒนาระบบฯ	24.81	3.06	266	30.649	.000
หลังการพัฒนาระบบฯ	29.67	1.54			

3. ประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบฯ

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละ การเกิดการพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อปอดอักเสบ พบว่า หลังการใช้ระบบฯลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ดังตารางที่ 3

2) ทศนคติของพยาบาลวิชาชีพ เฉลี่ย ร้อยละ 92.30

3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล วิชาชีพ เฉลี่ยร้อยละ 90.99 และ ร้อยละ 93.40 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการใช้ระบบฯ

ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

ภาวะแทรกซ้อน	ระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ			
	ก่อนการใช้ระบบฯ (n=390)		หลังการใช้ระบบฯ (n=390)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดแผลกดทับ				
เกิด	19	4.87	10	2.56
ไม่เกิด	371	95.13	380	97.44
การติดเชื้อปอดอักเสบ				
เกิด	11	2.82	5	1.28
ไม่เกิด	379	97.18	385	98.72
การพลัดตกหกล้ม				
เกิด	1	0.26	0	0.00
ไม่เกิด	389	99.74	390	100.00

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติได้จริง และนำสู่ความสำเร็จในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระหว่างนอนโรงพยาบาล ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อปอดอักเสบได้ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหา การอบรมพยาบาลเพื่อเพิ่มสมรรถนะ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่าระบบการดูแลที่มีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้แก่ การศึกษาของ นิภาพร มีชิน และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาล แล้วพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบไม่พบพลัดตกหกล้ม และการศึกษาของวีระพรรณ บุญมีวิเศษ และคณะ¹⁸ เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย พบว่ามีการเกิดแผลกดทับลดลง นอกจากนี้จากการศึกษาเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล และอติพร สำราญบัว¹⁹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันปอดอักเสบ

ในผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดนครราชสีมา ผลพบว่าสามารถป้องกันภาวะการติดเชื้อปอดอักเสบได้

โดยปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาระบบการพยาบาลดังกล่าวประสบความสำเร็จ เนื่องจากใช้แนวคิด ของ Research and Development โดยผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาได้ชัดเจน ซึ่งเป็นการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ รวมถึงการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง และต้องการพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน หรือการพัฒนางานให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำระบบการพยาบาลนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในวงกว้าง การขยายผลดังกล่าวช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วประเทศ

2. ควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องและพัฒนาเนื้อหาเฉพาะทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ โดยมุ่งเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ และการติดเชื้อปอดอักเสบ เพื่อเพิ่มสมรรถนะและความมั่นใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล

3. ควรมีการติดตามและประเมินผลผลลัพธ์การใช้ระบบการพยาบาลที่พัฒนาไว้ในระยะยาว

วารสารกองการพยาบาล

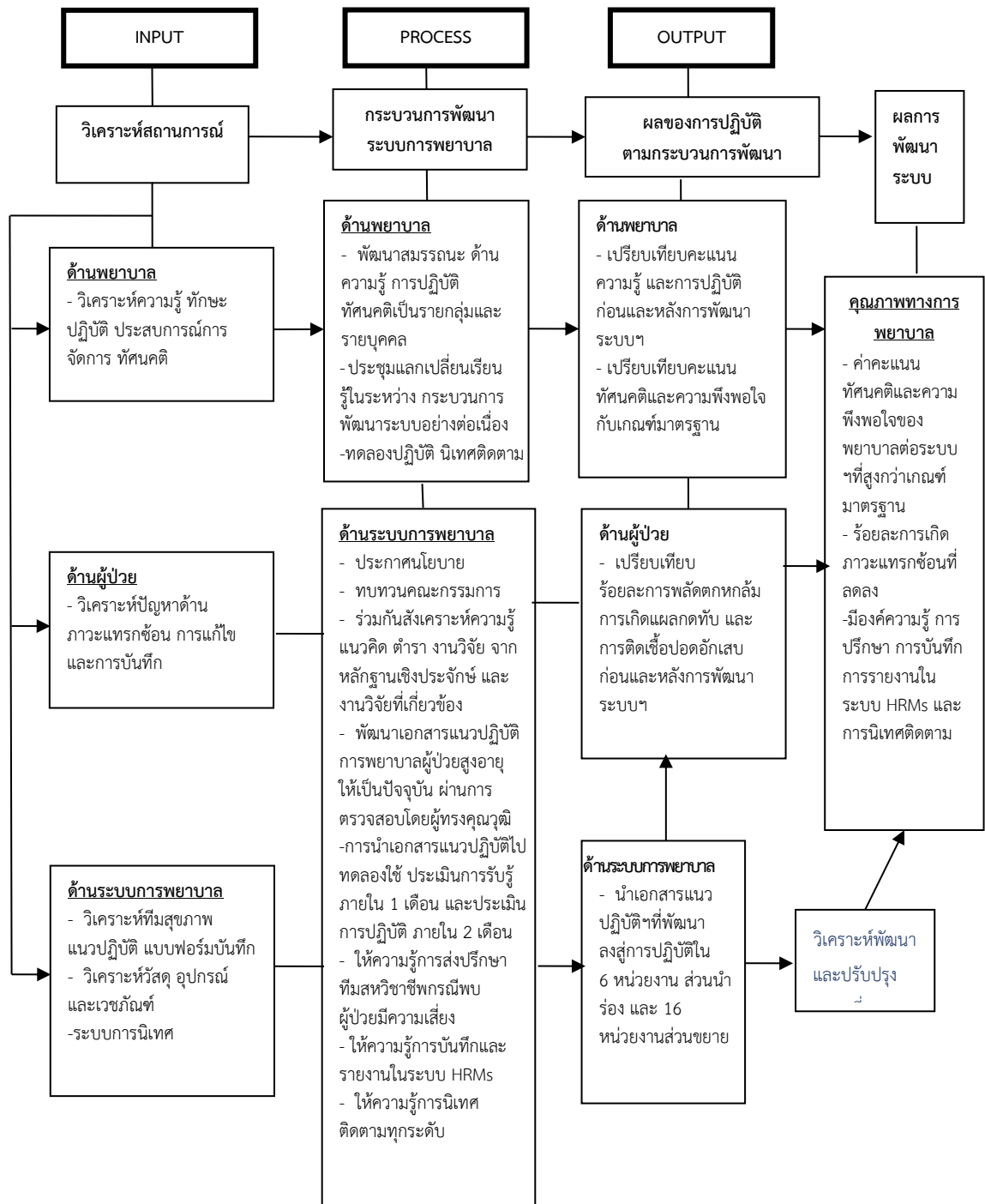
เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อน และเก็บข้อมูลเพื่อปรับปรุงระบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

4. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล และรายงานอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนในรูปแบบดิจิทัล เพื่อช่วยให้การติดตามผล และการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสะดวกและแม่นยำยิ่งขึ้น

5. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในโรงพยาบาลหลายแห่ง (Multi-Site Study) หรือในกลุ่มตัวอย่างที่มี

ขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อทดสอบความสามารถในการปรับใช้ระบบนี้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน รวมถึงการศึกษาผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายและประสิทธิภาพในระยะยาว

6. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนการพัฒนาระบบการพยาบาลในเชิงนโยบายและทรัพยากร เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย



ภาพที่ 2 แสดงกรอบการดำเนินงานพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

วารสารกองการพยาบาล

ผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการปฏิบัติ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

แพทย์

พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ/
ผู้ช่วยพยาบาล/
พนักงานช่วยเหลือคนไข้

พยาบาลวิชาชีพ/
ผู้ช่วยพยาบาล/
พนักงานช่วยเหลือคนไข้

พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ

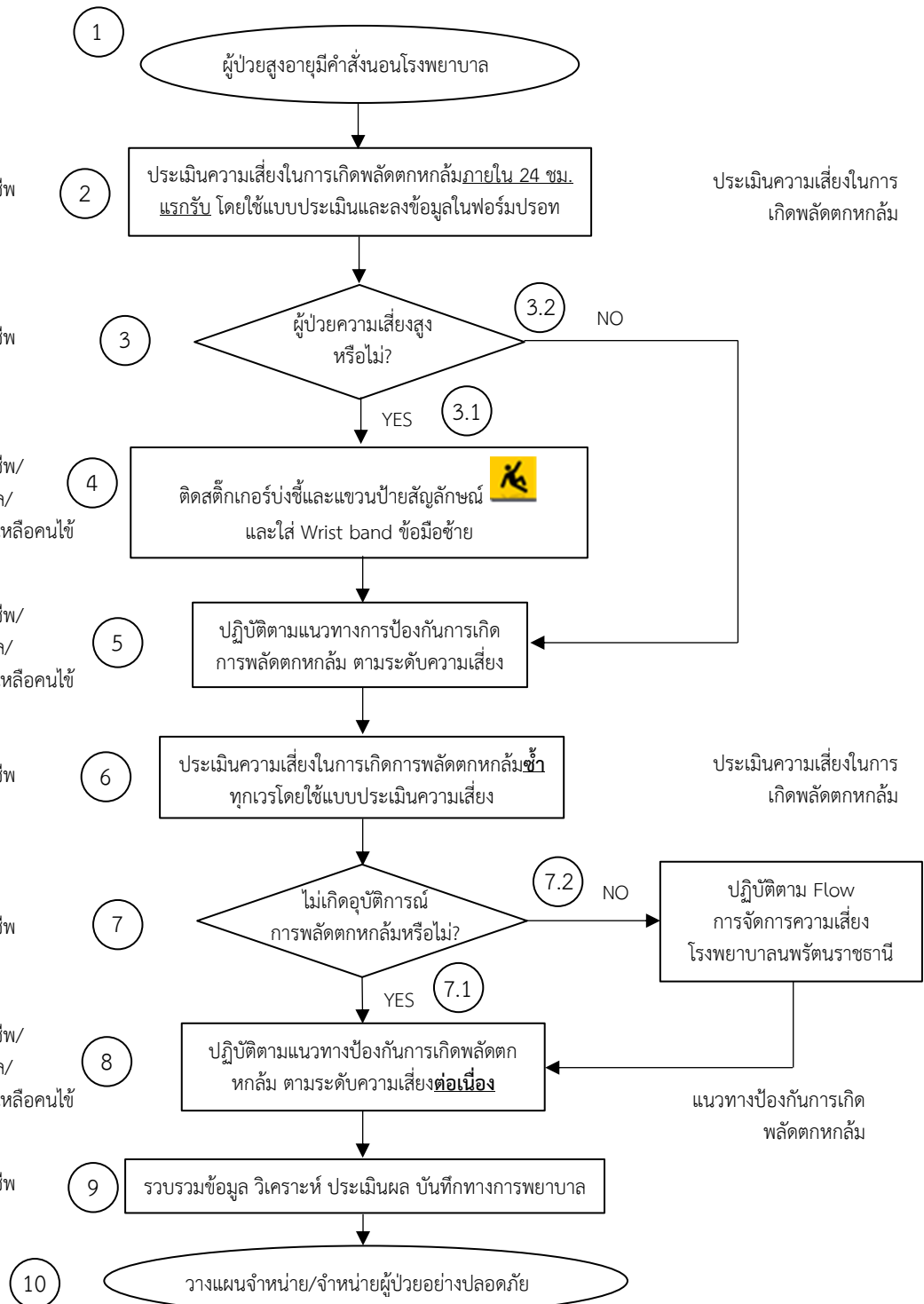
พยาบาลวิชาชีพ/
ผู้ช่วยพยาบาล/
พนักงานช่วยเหลือคนไข้

พยาบาลวิชาชีพ

ประเมินความเสี่ยงในการเกิด
พลัดตกหกล้ม

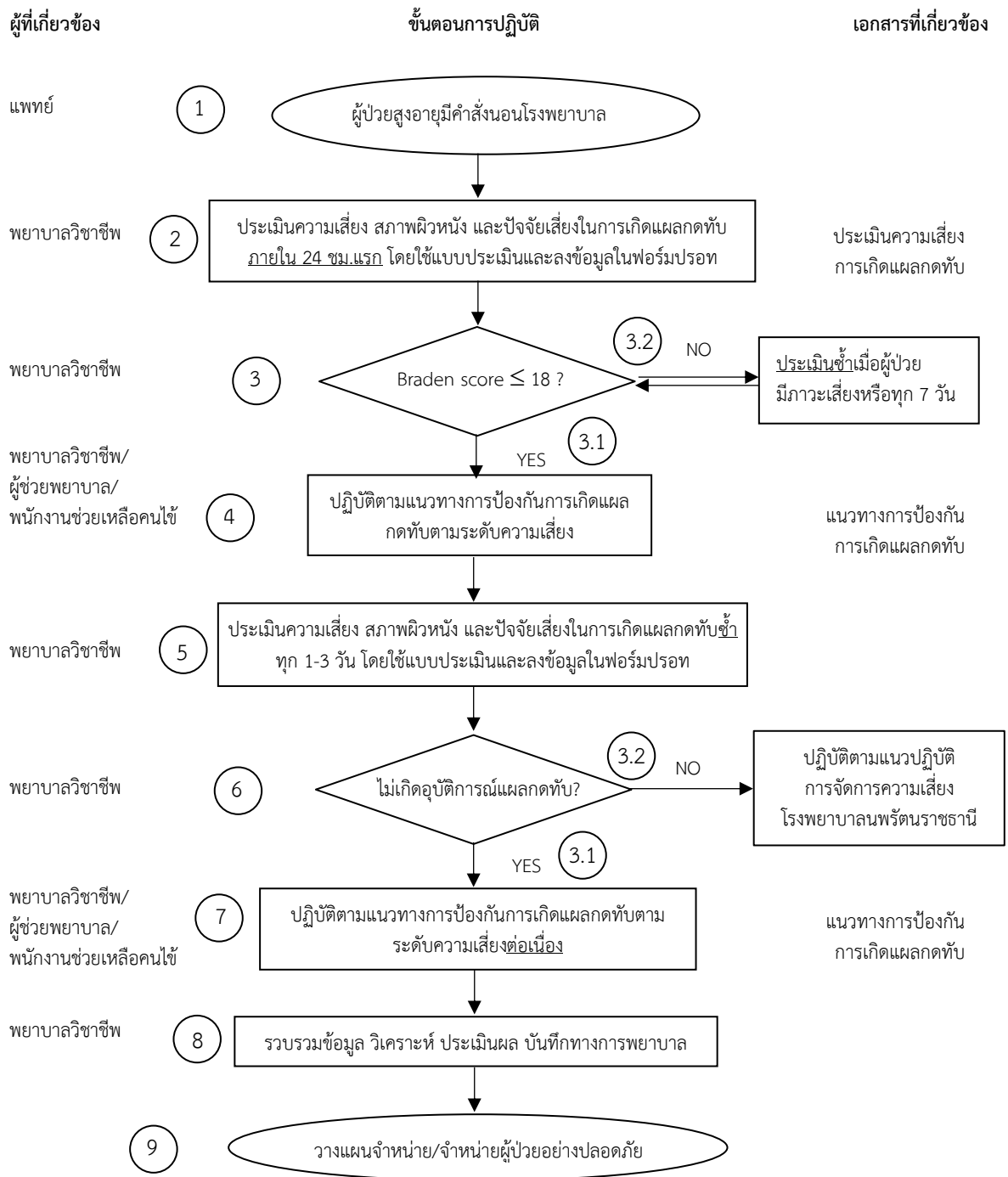
ประเมินความเสี่ยงในการ
เกิดพลัดตกหกล้ม

แนวทางป้องกันการเกิด
พลัดตกหกล้ม



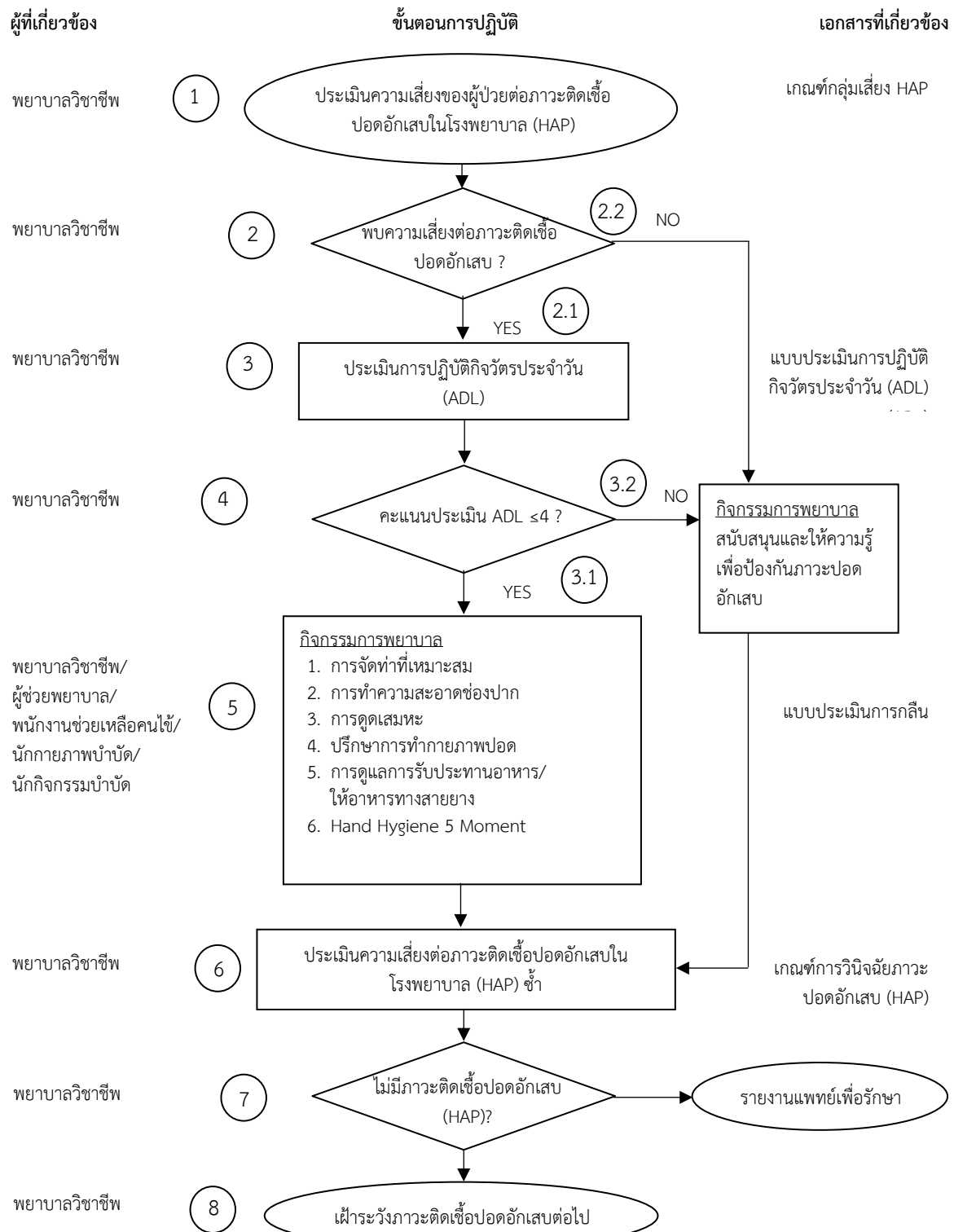
ภาพที่ 3 Flow chart แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

วารสารกองการพยาบาล



ภาพที่ 4 Flow chart แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วารสารกองการพยาบาล



ภาพที่ 5 Flow chart แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบ

References

1. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 31]; [2 screens]. Available from: URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Lopreitea M, Zhu Z. The effects of ageing population on health expenditure and economic growth in China: A Bayesian-VAR approach. *Social Science & Medicine*. 2020;38(265):1-14.
3. Rivadeneira MF, Mendieta MJ, Villavicencio J, Gallardo JC, Buendía P. A multidimensional model of healthy ageing: proposal and evaluation of determinants based on a population survey in Ecuador. *BMC Geriatric*. 2021;21(615):1-11.
4. Department of Older Persons. Elderly statistics. [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 31]; [2 screens]. Available from: URL: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>. Thai.
5. ThaiHealth Promotion Foundation. Facing the 'aging society', a challenging problem increased cost. [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 31]; [3 screens]. Available from: URL: <https://resourcecenter.thaiheal-th.or.th/article/> Thai.
6. Panuwat Wongtrakulruang. Common problems of the elderly. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 31]; [2 screens]. Available from: URL: <https://www.nakornthon.com/home>. Thai.
7. Medical record Nopparat Rajathane Hospital. Inpatient statistics. [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 18]; [1 screen]. Available from: URL: <http://122.155.196.119/document/view/document/link.php?id=E-FFAE554> Thai.
8. Working group to develop the quality of pressure ulcer prevention and care Nopparat Rajathane Hospital. Statistics on the incidence of pressure ulcers; 2024. Thai.
9. Infection Control Committee. Annual Report. Surveillance for Health Associated Infection. Nopparat Rajathane Hospital: The nursing of Infection prevention and control Department; 2023. Thai.
10. Jarupa Lethip, Teera Worathanarat, Sakkarin Phuphanil, Sarawut Lapmanee. Risk factors for falls in the elderly. *Journal Medicine Health Science*. 2022;26(1):85-103. Thai.
11. Phawadee Wimonpan, Khanitha Phitsalad. Effect of a Fall Prevention Program on Falls among Elderly People. Chiang Rai: Mae Fah Luang University; 2023. Thai.
12. Natthaya Puangthong. Factors Influencing Falls Prevention Behavior Among the Elderly in Thapthan District. Uthaithani: Naresuan University; 2021. Thai.
13. Gillies DA. Nursing management: A system approach. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994.
14. Sureeporn Khumpakam, Boonroun Choomjam, Wanitcha Rounsri, Napasorn Janphete, Nuchanard Keienukul. Development of a Nursing System for Patients Receiving Peripheral Intravenous Fluids Nopparat Rajathane Hospital. *Thai journal of nursing*, 2023;49(2):37-52. Thai.

15. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 1970; 607-610.
16. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis: A Global Perspective. 7th ed. Pearson Education: Upper Saddle River; 2010.
17. Nipaporn Meechin, Rujira Dongruangrach, Sureerat Daouruang. The Development of Model to Prevent Falls in Hospitalized Elderly Patients. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office, 2023;5(1):137-150. Thai.
18. Werapan Boonmewiset, Pichai Boonmewiset, Rapeepun Nuntana, Development of Nursing Practice Guideline for Prevention of Pressure Sores in Intensive Care Unit, Loei Hospital. Chaiyaphum medical journal, 2022;42(2):118-130. Thai.
19. Benjamas Thamcharoentrakul, Atiporn Samranbau. Development of a Pneumonia Preventive Model among Bed-ridden Older Adults in Nakhon Ratchasima. Journal of Health and Nursing Education, 2024;30(2):76-96. Thai.

การพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล

สุภาภรณ์ นากกลาง*

พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)

(รับ: 2 ตุลาคม 2567, แก้ไข: 1 ธันวาคม 2567, ตอบรับ: 11 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล (2) พัฒนามาตรการพยาบาลวิชาชีพ และ (3) ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 30 คน และพยาบาลวิชาชีพ 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติ และสื่อวีดิทัศน์ออนไลน์ เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุ (2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (3) แบบสอบถามความรู้ ทักษะการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (4) แบบวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล (5) แบบประเมินบทบาทพยาบาลตามแนวปฏิบัติ และ (6) แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ค่าอัลฟาครอนบาค เท่ากับ .89, .82, .86 และ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติ มี 4 ส่วน คือ (1) ผังการไหลของงาน: Work Flow (2) ทีมผู้ให้การดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย (3) บทบาทพยาบาลวิชาชีพ และ (4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ บทบาทพยาบาลวิชาชีพ มี 5 ด้านได้แก่ (1) การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล (2) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (3) การให้คำแนะนำ/ คำปรึกษา (4) การจัดระบบการให้บริการการพยาบาลทางไกล (5) บทบาทตามขั้นตอนการให้การพยาบาลทางไกล ผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean 4.43, SD .33) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามบทบาทการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ และมีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean 4.55, SD .09)

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพยาบาลทางไกล

* Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

Email: plaky2009@gmail.com

Development of professional nursing roles according to guidelines for preventing pressure ulcers among dependent elderly people with Tele-nursing

Supaporn Naklang*

M.N.S. (Nursing Administration)

(Received: October 2, 2024, Revised: December 1, 2024, Accepted: December 11, 2024)

Abstract

This research and development aimed to (1) develop a guideline to prevent pressure ulcers in dependent elderly using telenursing; (2) develop the role of professional nurses; and (3) study the results of using the guideline. The sample consisted of 30 dependent elderly and 30 professional nurses. The research instruments included the guideline and online video. The data collection tools consisted of (1) general data recording form and the elderly clinical outcomes recording form; (2) pressure ulcer risk assessment form; (3) knowledge and skills on self-management to prevent pressure ulcers questionnaire; (4) the elderly's satisfaction questionnaire; (5) the nurse's role assessment form according to the guideline; and (6) the nurses' satisfaction questionnaire. The content validity was checked by 5 experts and Cronbach's alpha was .89, .82, .86, and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results found that the guideline consisted of 4 parts: (1) work flow diagram; (2) caregiver team, multidisciplinary team and network partners; (3) the role of professional nurses; and (4) pressure ulcer risk assessment form. The role of professional nurses consisted of 5 aspects: (1) assessment of knowledge and understanding of the elderly/ caregivers; (2) risk assessment of pressure ulcers; (3) advice/ consultation; (4) telenursing service provision system; (5) role according to the steps on telenursing. The results of using the practice guidelines revealed that the elderly/ caregivers had an average pressure ulcer risk score, an average knowledge and practice score were significantly increased ($p < .01$), and had a high level of satisfaction (Mean 4.43, SD .33). Professional nurses performed their nursing role according to the practice guidelines and had a high level of satisfaction (Mean 4.55, SD .09).

Key words: nursing roles, pressure ulcers prevention, tele-nursing

* Corresponding author: Registered Nurse (Professional Level), Community Nursing Department, Phetchabun Hospital, Email: plaky2009@gmail.com

บทนำ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว แผลกดทับเป็น 1 ใน 10 ตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผิวหนังผู้ป่วยของพยาบาลโดยตรงของโรงพยาบาลทั่วโลก¹ พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงมีภาวะพึ่งพิงมีระดับความรู้สึกร่างกายเปลี่ยนแปลง มีปัญหาจำกัดการเคลื่อนไหวที่นอนนานทำให้ต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลาเป็นเวลานาน เนื่องมาจากสภาวะร่างกายที่เสื่อมตามวัยและการเจ็บป่วย ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 เมื่อผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับจะทำให้แผลหายช้า เนื่องจากเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง สาเหตุสำคัญของการเกิดแผลกดทับได้แก่ แรงเสียดสี แรงเฉือน ความชื้น โดยเฉพาะแรงกดทับ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและมีภาวะเคลื่อนไหวไม่ได้จะทำให้เกิดแผลกดทับมากขึ้น² ภาวะเคลื่อนไหวไม่ได้จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเมื่อเกิดแผลกดทับจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 4-6 เท่าและมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การเกิดแผลกดทับและการดูแลรักษาแผลกดทับส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง กล่าวคือ ด้านร่างกาย ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านสังคม ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และความผาสุกทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายจากสารคัดหลั่งที่เกิดจากแผลและกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ กลายเป็นบุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ปัจจุบันมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจาก

โรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 76 เป็นผู้มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวส่งผลให้ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในอัตราที่สูงขึ้น มีหลายหน่วยงานทำการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ถึงแม้มีแนวปฏิบัติที่ดี แต่ไม่มีผู้ใช้หรือใช้ไม่ครอบคลุมและการตอบสนองความต้องการใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดเพื่อป้องกันแผลกดทับไม่เพียงพอ รวมทั้งปัญหาอัตราค่าจ้างที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการ อุปสรรคการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรง³ ดังนั้นการป้องกันแผลกดทับจึงเป็นบทบาทที่สำคัญและท้าทายสำหรับพยาบาล

การป้องกันการเกิดแผลกดทับมีความสำคัญและเป็นความสามารถของพยาบาลในการที่จะทำการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกต้อง เพื่อคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วม เพื่อดูแลผู้สูงอายุและการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการให้บริการการดูแลสุขภาพโดยตรงในการให้ การพยาบาลที่บ้านและในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มที่ต้องนอนนาน มักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จึงเป็นหน้าที่หลักที่ต้องมีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ หากมีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง มีการทบทวนวิธีการและประเมินสมรรถนะสม่ำเสมอ จะทำให้นักวิชาการมีความ

ตระหนัก ช่วยให้ผู้สูงอายุปลอดภัย ลดอัตราการเกิด ผลกตทัพบและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

อุบัติการณ์การเกิดผลกตทัพบในโรงพยาบาล เพชรบูรณ์ ปี 2563, 2564, 2565 เท่ากับ 0.67, 1.41 และ 4.39 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ ในแต่ละปี มีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากการวิเคราะห์ระบบงานสำหรับการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง เครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอเมืองเพชรบูรณ์พบว่า มีข้อจำกัด ด้านอัตรากำลังในการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การออกนอกกระบวนการบริการสาธารณสุข การขาดแคลน วัสดุอุปกรณ์ในการทำแผล การบกพร่องในความรู้ ทักษะ สมรรถนะรวมทั้งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ที่เชี่ยวชาญและทันสมัยที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ ปัจจุบัน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลติดตาม เยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง การให้การดูแลสุขภาพ ที่เป็นบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อให้การ ดูแลพัฒนาผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้อุปการะ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของ ผู้รับบริการ รวมทั้งเป็นการช่วยลดความแออัดใน โรงพยาบาลตามความเหมาะสม ลดจำนวนวันนอน ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัว และภาครัฐ อีกหนึ่ง ปัญหาของการให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในยุคการ ระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ทำให้มีการติดตาม ดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดปัญหาการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ครอบคลุม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือ กลุ่มที่ต้องนอนนาน มักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การเกิดผลกตทัพบได้ง่าย เข้าไม่ถึงบริการ ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ทันท่วงที ส่งผลให้เกิดความรุนแรง มากขึ้น

รูปแบบของ Tele-medicine หรือการแพทย์ ทางไกล โดยระบบให้คำปรึกษา ระบบเฝ้าระวัง ระบบ ให้ข้อมูลสุขภาพ เป็นระบบที่ให้บริการสอบถามความรู้ เรื่องสุขภาพ หรือให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาพ การจัดการ

ตนเองต่อโรคหรือสภาวะที่เป็นการประยุกต์โดยใช้ เทคโนโลยี Mobile Tele-medicine เป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจและเป็นที่ยอมรับ วิธีการดังกล่าวผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เหมาะสมสำหรับรูปแบบการดูแลรักษาในสถานการณ์ ที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ แต่เห็นได้ว่า บริการสุขภาพยังคงมีช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้รับ บริการ ส่งผลกระทบต่อการดูแล โดยการให้บริการใน ปัจจุบันไม่เอื้อให้ผู้ป่วยรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลเข้าถึงบริการจากทีมสุขภาพได้ง่ายและ สะดวกรวดเร็ว ทันท่วงทีเหตุการณ์ ประกอบกับจำนวน บุคลากรสุขภาพยังไม่เพียงพอและระบบบริการที่มี อยู่ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ดังนั้นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้ เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยมีความจำเป็น อย่างยิ่ง การดูแลสุขภาพทางไกลช่วยเพิ่มผลลัพธ์ การดูแลและความพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองที่บ้านได้ ลดการใช้บริการของโรงพยาบาล และ ค่าใช้จ่ายในการดูแล มีการศึกษาอย่างเป็นระบบว่า การใช้ Telehealth หรือ eHealth มาเป็นเครื่องมือใน การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบของวิดีโอ สมาร์ทโฟน ข้อความเสียง โดยที่มีการสื่อสารสองทางระหว่าง ผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาสม่ำเสมอ เพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจุบันหน่วย บริการต่างๆพากันปรับตัวและมีการนำเทคโนโลยีเข้า มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สำหรับ Telenursing หรือ ระบบการพยาบาลทางไกล ถูกพัฒนามาเพื่อให้ พยาบาลสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยทางไกลได้เช่นกัน สอดคล้องกับราชกิจจานุเบกษา เผยแพร่ประกาศ สภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีนี้⁴ Telehealth, Tele-medicine, Tele-nursing ยังถูกนำไปใช้ กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคที่จำเป็นต้องได้รับการ ติดตามอาการ เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะ

ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่บ้าน เพื่อเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้รับบริการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตัวเองได้แม้อยู่ที่บ้าน รวมถึงสามารถให้ พยาบาลดูแลติดตามอาการของผู้ป่วยได้ทุกวัน การดูแลอย่างต่อเนื่องช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้

ในสถานการณ์ปัจจุบันบทบาทพยาบาล ไม่ได้อยู่เฉพาะในโรงพยาบาล พยาบาลต้องปรับตัว และนำองค์ความรู้ต่างๆที่เกิดขึ้นใหม่มาประยุกต์ใช้ใน สาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด Tele-nursing เน้นการดูแล ติดตาม เฝ้าระวัง รวมถึงการให้ความรู้ต่างๆ แก่ผู้รับบริการ Tele-nursing จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาล สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยไม่ แออัดที่โรงพยาบาล ทำให้สามารถลดภาระค่าใช้จ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและหน่วยงานภาครัฐ ดังนั้น Tele-health เป็นอีกเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อน บทบาทหน้าที่พยาบาลให้ช่วยดูแลคนไข้ให้ได้ มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ต้องพึ่งพา จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุม ป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน และ ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง การใช้เทคโนโลยีใน การให้ความรู้ด้านสุขภาพ Tele-health Tele-nursing จึงเป็นทางเลือกที่สะดวกและไม่ซับซ้อน สามารถ ติดตามการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้ สะดวกรวดเร็ว ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพได้เป็นปัจจุบัน รวดเร็วทันทั่วถึง ทัวถึง ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน มีสุขภาพที่ดีขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานการ พยาบาลที่บ้านและการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน เห็นประโยชน์ในการนำเทคโนโลยี สารสนเทศและอุปกรณ์มัลติมีเดียมาประยุกต์ใช้ในการ พัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลทางไกล

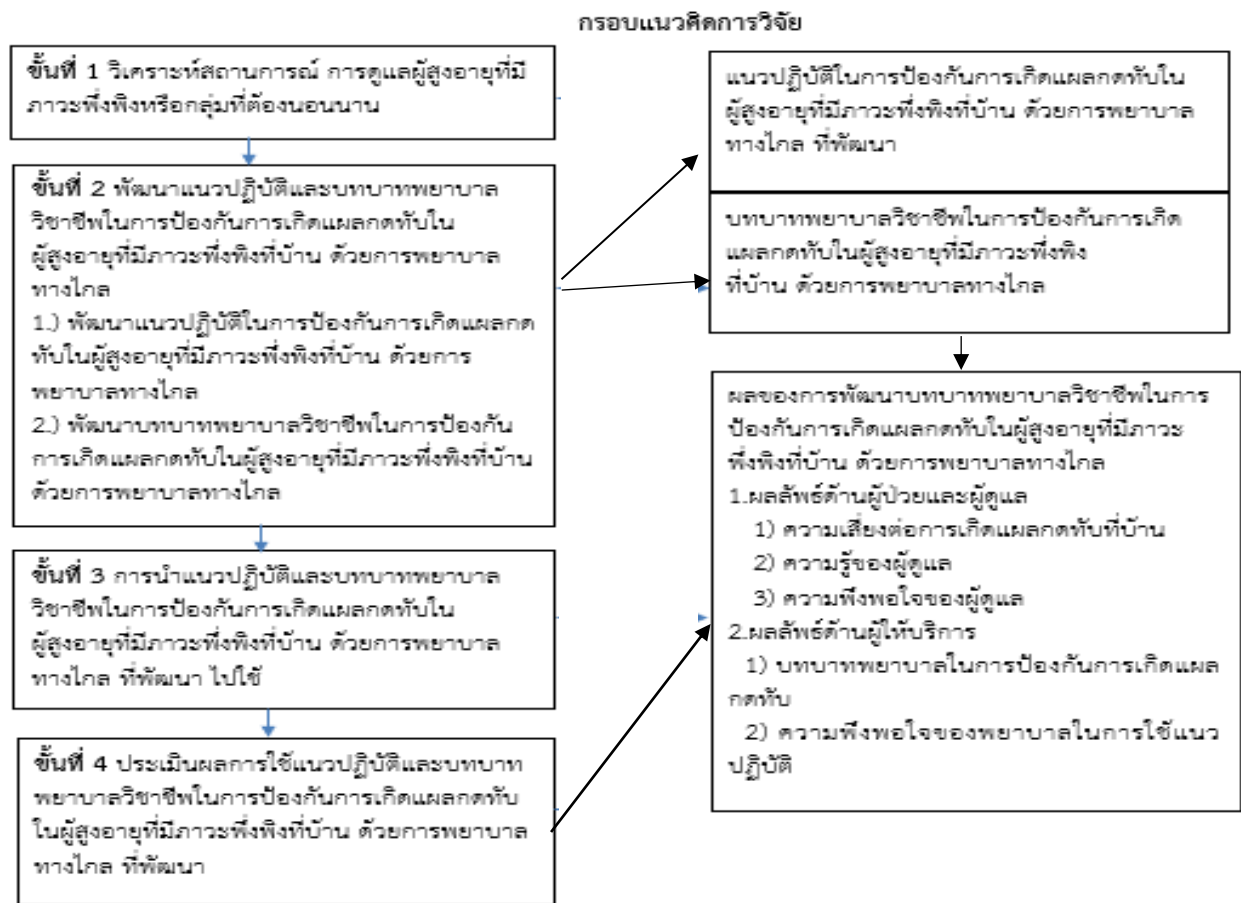
ช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพให้เป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงง่าย ผู้ป่วย เข้าถึงระบบบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และทันสมัย ได้ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และองค์กร จึงมี ความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกัน การเกิดแผลกดทับให้มีความทันสมัย เหมาะสมกับ สถานการณ์ปัจจุบัน โดยการพัฒนาบทบาทพยาบาล วิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย มีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด แผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านด้วยการ พยาบาลทางไกล
2. เพื่อพัฒนามาตรฐานบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ตาม แนวปฏิบัติฯ
3. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติฯและ บทบาทพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ใช้แนวคิดการพยาบาล ทางไกล⁴ ร่วมกับการพัฒนามาตรฐานบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลทางไกล การพัฒนาแนวปฏิบัติ การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ สถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน การใช้เทคโนโลยี ที่สื่อออนไลน์ในการให้การพยาบาลที่เหมาะสม มีความ สามารถ มีสมรรถนะในการให้การพยาบาลทางไกล ตามบทบาทและแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่พัฒนา และเพื่อให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ตน ดูแลจัดการตนเองได้ดีมากขึ้น ช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ ที่ดีทั้งทางสุขภาพและความพึงพอใจ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ เพื่อพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล โดยใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยการพยาบาลทางไกลที่พัฒนาขึ้น ในเครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ 628 ราย และ 2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

84 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างเดือนเมษายน ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 10 คนเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยโปรแกรมการส่งต่อฯ จากหอผู้ป่วย/หน่วยงานในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์สู่หน่วยบริการปฐมภูมิ 2) มีโทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ตโฟนที่สามารถสื่อสารได้ 3) มีผู้ดูแลหลักที่บ้าน 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์การยกเลิก คือ 1) ไม่

สมัครใจให้ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 2) ขอไปรักษาต่อที่อื่นโดยที่แพทย์ไม่ได้เป็นผู้ลงความเห็นว่ามี ความจำเป็นต้องส่งต่อหรือย้ายที่อยู่ 1.2 พยาบาลวิชาชีพ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง

2. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง และทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน 3 คน พยาบาลวิชาชีพผู้บริหารการพยาบาลในหอผู้ป่วย 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้บริหารการพยาบาลในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 2 คน เจ้าหน้าที่งานแพทย์แผนไทย 2 คน เกษตรกรชุมชน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์เยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง 2 คน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ 1 คน รวม 30 คน

3. ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล ไปใช้ กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยโปรแกรมการส่งต่อฯ ระหว่าง เดือนเมษายน ถึง ธันวาคม 2566 จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือก เหมือนขั้นตอนที่ 1

2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง

4. ขั้นตอนประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเหมือนขั้นตอนที่ 3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1.1 แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล 1.2 สื่อวีดิทัศน์ออนไลน์ เป็นสื่อการสอนเป็นเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล

2. เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ผู้ดูแล ลักษณะชุมชนของสถานที่ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การมีแรงเสียดทานและการดึงรั้ง โดยให้ระดับความเสี่ยงรายข้อ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ความเสี่ยงมี 4 ระดับ ระดับที่ 1 เสี่ยงเกิดแผลกดทับต่ำ 15-18 คะแนน ระดับที่ 2 เสี่ยงปานกลาง 13-14 คะแนน ระดับที่ 3 เสี่ยงสูง 10-12 คะแนน ระดับที่ 4 เสี่ยงสูงมาก 6-9 คะแนน 2.3 แบบสอบถามความรู้ ทักษะการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2.4 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติ 2.5 แบบประเมินการปฏิบัติบทบาทพยาบาลตามแนวปฏิบัติ 2.6 แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล สื่อวิดีโอทัศน์ออนไลน์ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน แบบสอบถามความรู้ ทักษะการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบบวัดความพึงพอใจของต่อแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินการปฏิบัติตามทบทวนตามแนวปฏิบัติฯ และแบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติฯ **ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** ค่าดัชนีเท่ากับ 1 จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้บริหารการพยาบาลในชุมชน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จึงนำไปทดลองใช้และ**ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)** โดยนำแบบสอบถามความรู้ ทักษะการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบบวัดความพึงพอใจของต่อแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินการปฏิบัติตามทบทวนตามแนวปฏิบัติฯ และแบบวัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าความเชื่อมั่นจากสูตรอัลฟ่าครอนบาค เท่ากับ .89 .82 .86 และ .82 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.การวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

1.2 ผู้วิจัยและทีม รวบรวมข้อมูล โดยใช้

เทคนิคการระดมสมอง ที่มีการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ประกอบด้วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วย (Continuing of Care: COC Ward Nurse) พยาบาลเยี่ยมบ้าน พยาบาลชุมชน ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้ดูแล จิตอาสา เครือข่ายชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และแกนนำชุมชน

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลวิชาชีพ

2.1 ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและศึกษาข้อมูลปัญหาจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการจัดทำร่างบทบาทพยาบาลวิชาชีพ และแนวปฏิบัติป้องกันการเกิดแผลกดทับ จัดทำสื่อวิดีโอทัศน์ออนไลน์ เป็นสื่อการสอนการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล พร้อมด้วยผังการไหลของงาน นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย ผู้บริหารการพยาบาลในชุมชน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำร่างไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง ปรับแก้ไขจนสามารถนำไปใช้ได้จริง

3. การนำแนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลฯ ไปใช้ ดังนี้

3.1 นำแนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลฯ ไปใช้ ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล โดยจัดประชุมพยาบาลวิชาชีพ 30 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านกลุ่มเป้าหมาย 30 คน ในเดือนมิถุนายน 2566 ชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลฯ การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การแปลผลการให้การพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ด้วยการพยาบาลทางไกล การติดตามประเมินผลผลลัพธ์
ทางการพยาบาล

3.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพของ
พยาบาลวิชาชีพ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลเยี่ยมบ้าน
พยาบาลชุมชน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ความรู้ ผูก
ทักษะ เรื่อง บทบาทพยาบาลวิชาชีพและแนวปฏิบัติ การ
ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่
บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล

3.3 การนำสู่การปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมาย
ประสานงานกับพยาบาลเยี่ยมบ้าน รพ.สต. ผู้ดูแลหลัก
ผู้นำชุมชน อปท. แกนนำ จิตอาสา แกนนำสุขภาพชุมชน
และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือ ในการ
ดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลป้องกันการเกิดแผล
กดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาล
ทางไกล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง พฤศจิกายน 2566

3.4 พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ที่บ้าน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้
กระบวนการสอนการให้คำปรึกษา รวมทั้งการจัดการ
รายการนี้ รายการครอบครัว

4. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและ
บทบาทพยาบาลวิชาชีพ

4.1 ด้านผู้ป่วย 1) ความเสี่ยงต่อการเกิดแผล
กดทับของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ความรู้ของ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลที่บ้าน (ผู้สูงอายุ
ตอบแบบสอบถามความรู้เอง ผู้ดูแลอ่านให้ฟัง)
3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล
(ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามความรู้เอง ด้วยผู้ดูแลอ่าน
ให้ฟัง)

4.2 ด้านผู้ให้บริการ 1) การปฏิบัติการ
พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ
ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับฯ 2) ความพึงพอใจ
ของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้สถิติ จำนวน

ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะการ
ปฏิบัติการจัดการตนเองฯ คะแนนการประเมินการปฏิบัติ
บทบาทพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ คะแนนความพึงพอใจ
ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติ paired-
sample t- test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยและพัฒนานี้ ได้รับการพิจารณา
อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยใน
มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ รหัส
โครงการ สสจ.พช. 2/66-31-01/09/66

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์
ดังนี้

1. **แนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลวิชาชีพ
ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล**
ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) **ผังการไหลของงาน**
แนวทางการให้การดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันจาก
โรงพยาบาลสู่ชุมชนเริ่มตั้งแต่การประเมิน การแปลผล
การให้การดูแลพยาบาล การติดตามผล ในการ
ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล (ดังภาพที่ 2) 2) **ทีม
ผู้ให้การดูแล** คือ พยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และ
สมรรถนะในการดูแล การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านด้วยการพยาบาล
ทางไกล และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาล
และในชุมชน 3) **บทบาทพยาบาลวิชาชีพ** ในการ
ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย (1) การ
ยืนยันตัวตนของผู้ให้การพยาบาลทางไกลและผู้รับ
การพยาบาลทางไกล ภายใต้มาตรฐานสารสนเทศ
ของหน่วยงาน (2) ประเมินผู้รับการพยาบาลทางไกล
โดยการทบทวนจากประวัติสุขภาพเดิม และประเมิน

ภาวะสุขภาพเพิ่มเติม (3) วิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัย การพยาบาล จากอาการ ความรุนแรง ความเสี่ยง ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพพยาบาล และเกณฑ์ที่สภากาการพยาบาลประกาศ (4) วางแผน การพยาบาลและให้การพยาบาล (5) บันทึกการพยาบาล ทางไกล (6) ประเมินผลการให้การพยาบาลทางไกล (7) ประสานส่งต่อเมื่อประเมินแล้ว พบว่า ควรไปรับ บริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมกับ อาการหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับการพยาบาลทางไกล

4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผลกตทับ มี 6 ด้าน คือ การรับรู้ความรู้สึก ความขึ้นของผิวงหนึ่ การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การมีแรงเสียดทานและการดึ้งรั้ง โดยพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยประเมินก่อนจำหน่ายทุกราย 1 ครั้ง ประเมินซ้ำ โดยพยาบาลชุมชนที่ให้การพยาบาลที่บ้าน ครั้งแรก ภายใน 3-5 วันหลังจำหน่าย และ 14 วันหลังจำหน่าย และทุก 1-2 สัปดาห์ ตามสภาพผู้ป่วยจนถึงจำหน่าย ออกจากระบบการดูแลต่อเนื่อง

2. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการ ป้องกันการเกิดผลกตทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะ พังพืงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล มี 5 ด้าน ดังนี้ 1) **ประเมินความรู้** ความเข้าใจของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพังพืงที่บ้าน ผู้ดูแล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการ ป้องกันการเกิดผลกตทับ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ตามแนวทางปฏิบัติกาการดูแลผลกตทับและการ ป้องกันการเกิดผลกตทับ โดยให้ความรู้ ผึกทักษะ เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับพยาบาลเยี่ยมบ้าน พยาบาลชุมชน ทีมสุขภาพ แกนนนำสุขภาพในชุมชน เพื่อติดอาวุธทางปัญญา นำสู่การดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (Empowerment) สอน ผึกทักษะ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและพังพา กันเองด้านสุขภาพได้ ให้คำชี้แนะทางสุขภาพเพื่อการ จัดการตนเอง (Coaching) และให้คำปรึกษาทางไลน์ โทรศัพท์ โดยปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลส่วน

บุคคล (Consultant) เป็นพยาบาลที่ปรึกษา ทีม สุขภาพ ในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2) ประเมินความเสี่ยงการเกิดผลกตทับ โดยการ สังเกต สอบถาม สัมภาษณ์ และใช้แบบประเมินความ เสี่ยงต่อการเกิดผลกตทับของบราเดน 3) **ให้ คำแนะนำ** ให้คำปรึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพังพืงที่ บ้าน และญาติเกี่ยวกับ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ การใช้ โทรศัพท์และการสื่อสารทางไลน์ ได้แก่ Scan QR code Add Line การจัดตั้งกลุ่ม line official เพื่อให้ ผู้ป่วยสอบถามอาการผิดปกติ ข้อสงสัย ประสานกับ พยาบาลและทีมผู้ให้บริการ ประสานและการสื่อสาร กับบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพ ประสานหน่วยงานทั้ง ภายในภายนอก ทั้งภาครัฐและเอกชน (coordinator)

4) จัดระบบการให้บริการการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) โดยการออกแบบระบบ นำเทคโนโลยี การสื่อสารรูปแบบต่างๆ ปรับรูปแบบการให้บริการ จากการตรวจผู้ป่วยที่ ห้องตรวจกับแพทย์โดยตรง เป็นการติดต่อผ่านระบบการสื่อสาร ทั้งโทรศัพท์ line official และ การใช้ platform Tele- health Tele-nursing เพื่อใช้ในการให้ บริการสุขภาพทางไกลโดย พยาบาล มีแหล่งความรู้ สนับสนุนการทำงาน ให้ คำปรึกษาและให้ความรู้ ทบทวนการฝึกทักษะ มีที่ บริการ(Counselor) ในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ที่มี ปัญหาซับซ้อน กรณีเกินศักยภาพและขอบเขตความรู้ ความสามารถของพยาบาล ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการ ดูแลแผล เป็นต้น

5) บทบาทตามขั้นตอนการให้ การพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย 5.1 **ก่อนการ ให้การพยาบาลทางไกล** คัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามเกณฑ์ สแกน QR code เพิ่มเพื่อนใน Line ลงทะเบียนในระบบ Tele-medicine นัดหมายวันเวลา เตรียมข้อมูลผู้ป่วยเป้าหมาย พยาบาลผู้รับผิดชอบ Telenursing ศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพังพืงโดย

ละเอียด รวบรวมข้อมูล วางแผนให้การพยาบาลทางไกล ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในแต่ละราย โทรศัพท์ ประสานติดต่อ แจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า ประสานญาติ ผู้ดูแล นัดวัน เวลา และทำ informed consent เตรียมความพร้อมในการให้การพยาบาลทางไกล ลงทะเบียน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย ในวันที่ให้การพยาบาลทางไกล **5.2 ระหว่างให้การพยาบาลทางไกล** ยืนยันตัวตนผู้รับบริการ (Authentication) บันทึกสัญญาณชีพ อาการแสดง อาการสำคัญ รวมทั้งการวินิจฉัยโรค (รายงานแพทย์) ประเมินสภาพผู้ป่วย ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลหลังให้คำแนะนำ ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และให้การพยาบาลทางไกล รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินผล และวางแผนการดูแล โดยให้การพยาบาลทางไกล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล การรวบรวมปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผล กำหนดจำนวนครั้ง ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลรายโรค ประเมินผลความสามารถในการจัดการตนเอง ดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล ตลอดจนปัญหาหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล การส่งเสริมการฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมการให้การช่วยเหลือ หากพบปัญหาเร่งด่วนหรือต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด ประสานเครือข่าย เพื่อให้การดูแลร่วมกัน หากพบปัญหาเร่งด่วนมากมีการประสานงานผู้ให้การดูแลรักษา และส่งต่อสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าให้สามารถเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ได้ทันที่ **5.3 หลังให้การพยาบาลทางไกล** ลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการแสดง อาการสำคัญ การประเมินภาวะสุขภาพ ที่กำหนดในโปรแกรม การให้การพยาบาล การจัดการสุขภาพ

ข้อมูลความรู้เพื่อการปฏิบัติตัว พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยแต่ละราย สรุปผลรายการณี สรุปผลการดำเนินงาน แผนการติดตามดูแลต่อเนื่อง และกิจกรรมคู่ขนาน คือ 1) จัดทำระบบสนับสนุนการจัดการตนเองพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล เช่น การประเมินอาการ ประเมินความเสี่ยง การดูแล การประสานงาน ประชุมทีม ติดตาม เสริมพลังอำนาจ 2) จัดให้มีระบบสนับสนุนและเชื่อมโยง จัดทีมสหวิชาชีพบุคลากร ติดตาม สนับสนุน ให้คำปรึกษา สร้างความร่วมมือในพื้นที่ จัดระบบบริการหลังออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ระบบการประสานงานที่ดี การเตรียมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล 3) จัดระบบการดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายร่วมกัน ตั้งแต่ในหอผู้ป่วยจนถึงการเยี่ยมบ้าน และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สร้างระบบฐานข้อมูลที่จะทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง 4) ปรับปรุงระบบการบริการด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นใช้ในการดูแลที่บ้าน (Tele-stock home ward) เพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ เช่น เตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม เป็นต้น 5) พัฒนาระบบส่งต่อดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงเครือข่าย เน้นความเชื่อมโยงในทุกระดับการดูแล ผ่านระบบออนไลน์ สร้างระบบให้คำปรึกษา ช่องทางพิเศษ ประสานงานเครือข่ายทุกแห่งในพื้นที่ 6) จัดระบบติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง ระบบการสื่อสารการตอบกลับผลการดูแลในโปรแกรมการส่งต่อ โทรศัพท์ กรู๊ปไลน์ จากชุมชนสู่โรงพยาบาล จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สรุป รวบรวมรายงานผลการดำเนินงาน ทุกเดือน ไตรมาส และปี

3. ผลการใช้แนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล มีดังนี้

(1) ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี

ร้อยละ 60 รองลงมา 60-70 ปี ร้อยละ 26.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50 อาชีพ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา เป็นลูกจ้าง ร้อยละ 26.7 การศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 รองลงมา มัธยมศึกษา ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 96.7

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 40 รองลงมา อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 80 เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 70 มี

ประสบการณ์ทำงานการพยาบาลชุมชน 11-20 ปี ร้อยละ 46.7 รองลงมา 21-30 ปี ร้อยละ 23.3

(2) ผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล

(2.1) ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P-value
ก่อนการทดลอง	30	10.73	0.83	4.2	3.62-4.77	14.93	.00
หลังการทดลอง	30	14.93	1.46				

(2.2) ความรู้ ทักษะการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การปฏิบัติการจัดการ

ตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะการปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P-value
ก่อนการทดลอง	30	5.10	0.45	3.34	2.66-4.03	10.02	.00
หลังการทดลอง	30	8.45	1.09				

(2.3) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ดูแลฯ พบว่า ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ พยาบาลสามารถให้การพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ที่บ้าน ด้วยความเต็มใจ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ($\bar{X}$ =4.67, SD=.55) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล มีช่องทางการขอ คำปรึกษาที่มีความชัดเจนมากขึ้น ($\bar{X}$ =4.03, SD=.41) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ดูแล

ข้อ	รายการประเมินความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.
1	พยาบาลสามารถให้การพยาบาล ให้คำปรึกษา ให้การชี้แนะทางสุขภาพ ให้ความรู้การดูแลตนเอง ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้เป็นอย่างดี	4.43	0.57
2	พยาบาลสามารถให้การพยาบาล ให้คำปรึกษา ให้การชี้แนะ แหล่งประโยชน์ ที่บ้านและในชุมชน ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้เป็นอย่างดี	4.57	0.63
3	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติ หรือผู้ดูแล มีความรู้มากขึ้น กลับไปดูแลที่บ้านได้	4.43	0.57
4	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถดูแลตนเอง หรือผู้ดูแลสามารถดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้	4.37	0.61
5	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล มีช่องทางการขอคำปรึกษาที่มีความชัดเจนมากขึ้น	4.03	0.41
6	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล มีการใช้สื่อการให้ความรู้ได้ง่าย มีความสะดวกมากขึ้น	4.60	0.56
7	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับได้อย่างปลอดภัย ไม่มีการเกิดแผลกดทับ	4.37	0.61
8	พยาบาลสามารถให้การพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยความเต็มใจ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี	4.67	0.55
9	พยาบาลสามารถให้การพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้เป็นอย่างดี ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา	4.40	0.56
10	พยาบาลสามารถให้การพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้เป็นอย่างดี ช่วยลดการเกิดแผลกดทับที่บ้านได้	4.40	0.56
เฉลี่ย		4.43	0.33

(3) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ: พยาบาลวิชาชีพ

(3.1) บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นการประเมินบทบาทพยาบาลฯ พบว่า ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ มีการวางแผน การ

พยาบาล การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ($\bar{X}=4.80$, $SD=.41$) ข้อที่มีคะแนนน้อยสุด คือ การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ จำเป็นใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($\bar{X}=4.47$, $SD=.51$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็นการประเมินบทบาทพยาบาลฯ (n=30)

ข้อ	รายการประเมินการปฏิบัติบทบาทพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ	$\bar{X}$	S.D.
1	มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบประเมินของบราวเดน 6 ด้าน 1) การรับรู้ 2) การควบคุมการขับถ่าย 3) การทำกิจกรรม 4) การเคลื่อนไหว 5) การได้รับอาหาร 6) การเสียดและดึงรั้ง	4.57	0.50
2	มีการวางแผนการพยาบาล การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6 หมวด 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) การป้องกันการเกิดแรงกด แรง	4.80	0.41

ข้อ	รายการประเมินการปฏิบัติบทบาทพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ	$\bar{X}$	S.D.
3	การปฏิบัติบทบาทพยาบาล ตามแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการพยาบาลทางไกล	4.50	0.51
4	การประเมินผลการพยาบาล การประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับก่อนจำหน่าย การวางแผนการจำหน่าย การประสานส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง การเตรียมผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน และการส่งต่อข้อมูลในโปรแกรมการส่งต่อเพื่อการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง	4.73	0.45
5	การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์จำเป็นใช้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.47	0.51
6	การให้ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.77	0.43
7	การฝึกทักษะ การปฏิบัติ เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.60	0.50
8	เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง	4.67	0.48
9	พยาบาลสามารถให้การพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้เป็นอย่างดี ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา	4.63	0.49
10	เป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและกระตุ้นให้ผู้ป่วย ครอบครัวทราบแหล่งประโยชน์ทางสังคม สามารถใช้บริการสาธารณสุขของชุมชนได้ถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น	4.63	0.49
เฉลี่ย		4.64	0.16

(3.2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านด้วยการพยาบาลทางไกล พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ แนวปฏิบัติฯ ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุม

ตามกระบวนการพยาบาลมากขึ้น ($\bar{X}=4.77$, $SD=.43$) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ แนวปฏิบัติฯ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน และผู้ดูแลมีความรู้มากขึ้น สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้ ($\bar{X}=4.23$, $SD=.43$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติฯ

ข้อ	รายการประเมินความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.
1	แนวปฏิบัติฯ มีความชัดเจน	4.53	0.51
2	แนวปฏิบัติฯ มีความเหมาะสม	4.73	0.45
3	แนวปฏิบัติฯ มีความสะดวกในการนำไปใช้	4.60	0.50
4	แนวปฏิบัติฯ ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างปลอดภัย	4.47	0.51
5	แนวปฏิบัติฯ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน และผู้ดูแล มีความรู้มากขึ้น สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้	4.23	0.43
6	แนวปฏิบัติฯ ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลมากขึ้น	4.77	0.43
7	แนวปฏิบัติฯ ช่วยให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	4.63	0.49

ข้อ	รายการประเมินความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.
8	แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาล	4.63	0.49
9	แนวปฏิบัติช่วยลดอุบัติเหตุการฉีกแผลกดทับรายใหม่	4.50	0.51
10	แนวปฏิบัติช่วยลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล	4.37	0.49
เฉลี่ย		4.55	0.09

สรุปผล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่บ้านดีขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการปฏิบัติการจัดการตนเองฯ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ดูแลสูงขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.43$, $SD=.33$) พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติบทบาทการพยาบาลตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.64$, $SD=.16$) และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.55$, $SD=.09$) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลงและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดระบบการพยาบาลทางไกลช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้และตระหนักถึงผลกระทบต่างๆ จากการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลจึงมีความตั้งใจและมั่นใจในการดูแลส่งผลให้ไม่เกิดแผลกดทับซึ่งส่งผลต่อคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลงและมีความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการ บทบาทพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติในระดับสูง และพบว่าพยาบาลมีบทบาทในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับสูงและมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในระดับสูง เกิดจากการที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการ ฝักรไหลของงาน มีส่วนร่วมในการพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพและเป็นบุคลากรหลักในการออกแบบระบบบริการพยาบาลทางไกล รวมทั้งการมีแนวการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้สะดวกและ

ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกล พบว่ามีการพัฒนาและจัดทำบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing Role) ที่สำคัญและแสดงถึงสมรรถนะที่สูงขึ้นกว่าการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ Co-ordinating Case-management Coaching Empowerment Counselling Health-education Researching Advocacy Monitoring Evaluate บทบาทหน้าที่ในการจัดระบบการให้บริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) รวมทั้งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามขั้นตอนการให้การพยาบาลทางไกล และการพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติ มีการกำหนดผังการไหลของงาน (work flow) การวางแผนการจำหน่ายร่วมกัน การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็นระยะและก่อนจำหน่าย การวางแผนการดูแลการให้บริการพยาบาลทางไกล ปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีการติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแลการพยาบาลทางไกลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลที่ครอบคลุมทันเวลา มีการเสริมสร้างสมรรถนะ พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้เข้าถึงบริการ ได้รับความรู้ การชี้แนะทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ

ให้มีการจัดการสุขภาพตนเอง มีการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน มีความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเองมากขึ้น สามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและค้นหาวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความพึงพอใจในบริการรูปแบบใหม่ที่ทันสมัย ไม่ยุ่งยากเสียเวลา และทำให้มีความรู้ ทักษะการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลง นอกจากนี้ยังช่วยตอบสนองความต้องการได้ตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละรายบุคคล ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ซึ่งในแนวปฏิบัติที่พัฒนามีแนวปฏิบัติดูแล และการพัฒนานาบทาพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลทางไกลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีความพึงพอใจในบริการดีขึ้น มีการประเมินติดตามออนไลน์ที่ทันเวลาและเห็นภาพสถานะที่แท้จริง ช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในชุมชน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับและช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีต่อด้านผู้รับบริการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ถาดแสงและคณะ⁵ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาค้นพบว่าการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าด้านการให้บริการผ่านแบบการพยาบาลทางไกลควรมีรูปแบบที่ชัดเจน เน้นกระบวนการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติของสภาการพยาบาลเบื้องต้น ด้านการรักษาความลับต้องมีการรักษาความลับของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ด้านงบประมาณควรมีการจัดทำนโยบายที่ชัดเจนตั้งแต่ระบบโรงพยาบาลแม่ข่ายถึงลูกข่าย รูปแบบการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย 1)ระบบการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) แอปพลิเคชันไลน์ ในการกำกับติดตามให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน 3) คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล 4) โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การพยาบาลทางไกลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เข้ามาช่วยกำกับติดตามในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลนั้น ส่งผลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งให้ประโยชน์ทั้งในส่วนของผู้ป่วยและภาครัฐบาล นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนผ่านระบบดิจิทัลได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นการติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังผ่านการพยาบาลทางไกลจึงมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างยิ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา อุษาสหวิบูลย์และคณะ⁶ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในด้านการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว และการดูแลเรื่องอาหารและน้ำของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา อุทัย⁷ ที่ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านในการป้องกันและดูแลแผลกดทับผู้ป่วยที่บ้าน : ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลรามารัตินิ ผลการศึกษาค้นพบว่าประเด็นสำคัญคือพยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้าน มีความจำเป็นต้องมีสมรรถนะเรื่องแผลกดทับ การป้องกันแผลกดทับก่อนที่จะเกิดแผลกดทับขึ้น โดยมีการประเมินความเสี่ยง ประเมินผิวหนัง การพลิกตะแคงตัว การใช้

อุปกรณ์กระจายแรงกดทับ การใช้ครีมป้องกันผิวหนัง ถูกทำลาย การมีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ การแบ่งระดับแผลกดทับที่เป็นระดับสากล ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับและปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผลกดทับ โดยบูรณาการบทบาทของพยาบาลผ่านกระบวนการในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน การเยี่ยมบ้านติดตามผ่านระบบ telecare ส่งต่อแหล่งประโยชน์สุขภาพในชุมชน ดูแลต่อเนื่อง สรุปได้ว่าการป้องกันและดูแลแผลกดทับผู้ป่วยมีความสำคัญ พยาบาลหน่วยพยาบาลบริการผู้ป่วยที่บ้านมีบทบาทในการร่วมดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ผลของการพัฒนาบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ด้วยการพยาบาลทางไกลพบว่า การพยาบาลทางไกลช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้และตระหนักถึงผลกระทบต่างๆ จากการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลจึงมีความตั้งใจและมั่นใจในการดูแล มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้ไม่เกิดแผลกดทับ มีผลคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลง และมีความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการตามแนวปฏิบัติฯ ในระดับสูง และพบว่าพยาบาลมีการประเมินบทบาทในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับสูงและมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในระดับสูง อาจเกิดจากการที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการ และเป็นบุคลากรหลักในการออกแบบระบบบริการทางไกล มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมสามารถนำไปใช้ได้สะดวกและส่งผลที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณและสุพัตรา ปวนไผ่⁸ ที่ได้ศึกษาผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถ

ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าหลังจากได้รับการดูแลผ่านการพยาบาลพบว่าระดับความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยทางไกลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.7 การติดตามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังให้การพยาบาลทางไกลจนครบ 6 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .317$) สรุปว่าการพยาบาลทางไกล สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลได้นอกจากนี้การพยาบาลทางไกลช่วยเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ดูแลได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีนุช สุทธสนธิ์และกาญจนา ปัญญธรร⁹ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า 1) อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 โดยกลุ่มทดลองไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้นและกลุ่มควบคุมมีแผลกดทับเกิดขึ้นร้อยละ 0.06 และ 2) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด (4.88, S.D .32) โดยเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมระดับมากที่สุดทุกด้าน ได้แก่ นำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (4.8, S.D .46) เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย (4.8, S.D .32) มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (5, S.D .00) มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน (4.88, S.D .32) กล่าวโดยสรุป คือการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนักโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ

อรนุช มกรภิรมย์และอันธิกา คะระวานิช¹⁰ ที่ได้ศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการ เกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราบด ผลการวิจัย พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการ เกิดแผลกดทับ มี 6 หมวด ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ความรู้เรื่องป้องกันการเกิดแผลกดทับก่อนและ หลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายและแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ความพึงพอใจของ พยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการและด้านคุณภาพการพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับภายหลังใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิด แผลกดทับ สามารถพัฒนาความรู้ความสามารถของ พยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับใน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่ม คุณภาพการพยาบาลได้

จากผลการศึกษาและการอภิปรายผลจะ เห็นได้ว่าการให้การพยาบาลทางไกล พยาบาลที่มี บทบาทสำคัญในการส่งเสริมและให้ความรู้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลที่บ้าน ช่วยให้ สามารถดูแลตนเองและตระหนักเห็นความสำคัญ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปในยุคปัจจุบัน การให้ความรู้ การเสริมสร้าง พัฒนาศักยภาพ การชี้แนะทางสุขภาพ ให้เกิดการตระหนักและจัดการตนเองได้ จึงเปลี่ยน รูปแบบไปตามยุคสมัย การพัฒนาบทบาทพยาบาลให้ ทันยุคสมัยด้วยการให้การพยาบาลทางไกลตาม แนวปฏิบัติและบทบาทที่พัฒนา ทำให้เกิดการตอบสนอง ความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ทุกระยะความเจ็บป่วย ด้วยการปฏิบัติตามแนวทาง

ที่เป็นที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม เป็นไปในทิศทาง เดียวกัน โดยที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ ร่วมกันออกแบบ ให้การยอมรับ มีผลการพัฒนาที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านสุขภาพ มีความ พึงพอใจ ด้านพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตาม บทบาทที่พัฒนาดีขึ้นและมีความพึงพอใจ

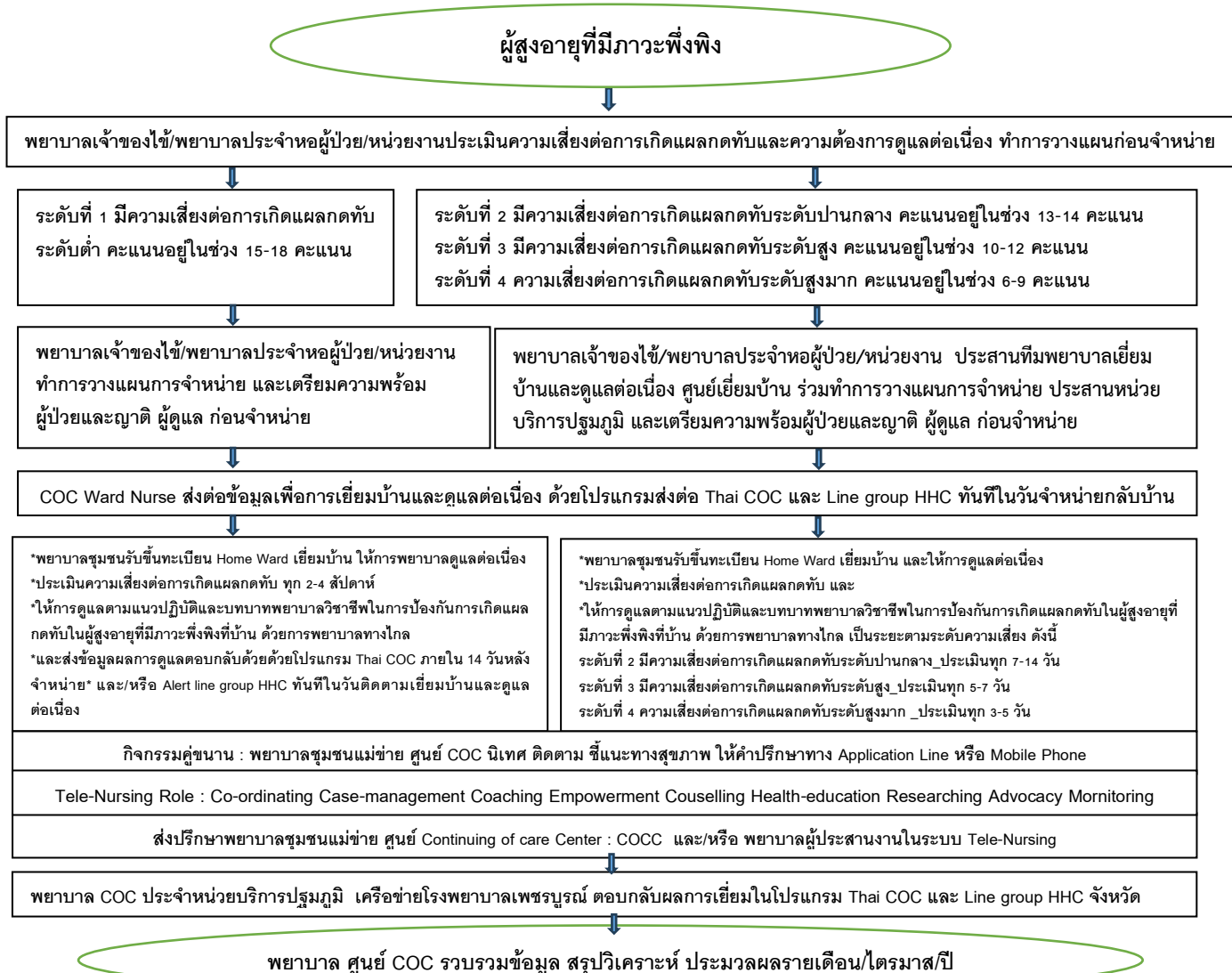
ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษายี้มา ประกาศใช้และกำหนดเป็นนโยบายนำแนวปฏิบัติฯ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาแล้วนี้ไปใช้ใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านในการป้องกันการเกิด แผลกดทับอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
2. พยาบาลวิชาชีพนำไปพัฒนาต่อยอดใน การจัดระบบบริการพยาบาลทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยอื่น หรือหน่วยบริการอื่นต่อไป
3. พยาบาลวิชาชีพควรมีการทบทวนและ ศึกษาการใช้ความรู้ หลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ ที่ใหม่ทันสมัยเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลให้มีความ ทันสมัยอยู่เสมอ เพิ่มประสิทธิภาพสูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพชรบูรณ์ ที่มงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ และ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ผู้ดูแล ที่เข้าร่วม โครงการวิจัย รวมทั้งผู้มีพระคุณและกัลยาณมิตร ทุกท่าน และขอขอบพระคุณอาจารย์มณฑล ทองนิตย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ดร.มธุรดา บรรจงการ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีนีพระปกเกล้า จันทบุรี ในการเป็นที่ปรึกษา สนับสนุนให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขั้นตอนการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มที่ต้องนอนนานเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์



ภาพที่ 2 การให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

Reference

1. Phakamard Pheetarakorn. Nursing care of the patients with Pressure injury: Nurse's Role. Hua Hin Medical Journal 2021;1(1) :33-48. Thai.
2. Lindgren, Unosson, Krantz, & Ek. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity, J Adv Nurs 2002;38(2):190-9.
3. Wuttichai Somgit, Walaipon Pukkaeraka, Nisakorn Vibulchai, Thanissara Namboonruang, Rungnapa Thanoochan, Suchanya Dejsiri, Nisama Sansri & Jeeraporn Innok. The role of nurses in preventing

- pressure ulcers in critically ill neurosurgical patient. Mahasarakham Hospital Journal 2024; 21(1): 12-27. Thai.
4. Nursing Council. Announcement of the Nursing Council on Guidelines for tele-nursing 2020. Retrieved from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0049.PDF. Thai.
 5. Benchamat Thatsaeng, Piyaphun Nunta, Naphaphorn Wongwiwatthananut, Plernjit Kamsen, Sutthilak Jantawang. Development of Tele-nursing Model for Older Patients with Chronic Disease in Sansai District, Chiang-Mai Province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2024;32(1):76-86. Thai.
 6. Sirikanya Usahapiriyakul, Sakul Changmai, Venus Leehalakul. The Effects of Caring Program on Caregiver's Operational Capabilities of Pressure Ulcer Prevention in Dependent Older Patients at Risk Group. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2119; 27(4):21-31. Thai.
 7. Pinyo Utthiya, Roles of Home Health Care Nurses in Prevention & Care for Patients with Pressure Injury at Home: The experience of Ramathibodi hospital. Journal of Health and Nursing Research 2023; 39(2): 12-21. Thai.
 8. Wiriyaporn Singthongwan and Supattra Puanfai. Effects of tele-nursing on the abilities of caregivers. In caring for stroke patients after being discharged home Chiang Mai Neurological Hospital. Outpatient nursing group, Chiang Mai Neurological Hospital, 2021. Thai.
 9. Maneenuch Suttason & Kanchana Panyathorn. The effectiveness of Clinical Practice Guidelines for Pressure Sore Prevention among CriticalPatients, Fort Prachaksinlapakom Hospital, Udonthani Province. Journal of Nursing and Health Care 2019; 37(4):80-89. Thai.
 10. Auranuch Makaraphirom & Antika Karawanich. Development of practice guideline for pressure sore prevention in Trat Hospital. Journal of the Nursing Division 2020; 47(1):139-152. Thai.

การพัฒนาแนวทางการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ราตรี จันทะจิต*	พย.บ
อนุชา ไทยวงษ์**	ปร.ด (การพยาบาล)
อัศรา กันยามาศ*	พย.บ
สุชัญญา เดชศิริ*	พย.บ
มลฤดี แสนจันทร์**	พย.ม

(รับ: 27 ตุลาคม 2567, แก้ไข: 24 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 7 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลการใช้แนวทางการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม การวิจัยมี 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวทาง ตรวจสอบคุณภาพ ทดลองใช้ และปรับปรุงแก้ไข 3) ตรวจสอบประสิทธิผล และ 4) ประเมินผล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทาง 18 ราย และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 206 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัย คือ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทาง มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละเครื่องมือได้เท่ากับ 0.67, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา แนวทางการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 2) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 3) การให้ข้อมูลและการสื่อสาร และ 4) ความร่วมมือร่วมใจในการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ภายหลังการนำแนวทางสู่การปฏิบัติพบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นนี้ปฏิบัติได้จริง ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนมีแนวโน้มลดลงและเป็นไปตามตัวชี้วัด ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่ครอบคลุมคิดเป็นร้อยละ 92.00-100.00 และยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทางมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 95.00 ซึ่งเห็นว่าแนวทางการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

คำสำคัญ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน แนวทางการป้องกัน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

* หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม

** Corresponding author: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: anucha@smnc.ac.th

Development of Prevention Guidelines for Unplanned Extubations, Surgical Intensive Care Unit, Mahasarakham Hospital

Ratree Jantajit*	B.N.S.
Anucha Taiwong**	Ph.D. (Nursing)
Akkara Kanyamat*	B.N.S.
Suchanya Dejsiri*	B.N.S.
Monrudee Saenchan**	M.N.S.

(Received: October 27, 2024, Revised: November 24, 2024, Accepted: December 7, 2024)

Abstract

This research and development aimed to analyze the current situation, develop, implement, and evaluate guidelines for preventing unplanned extubations in the Surgical Intensive Care Unit (SICU) at Mahasarakham Hospital. The study was conducted in four phases: (1) situation analysis, (2) guideline development, quality verification, trial implementation, and improvement, (3) effectiveness verification, and (4) evaluation. The research was carried out from October 2022 to September 2023. The sample included 18 professional nurses who utilized the guidelines and 206 intubated patients in the SICU, selected through purposive sampling based on predefined criteria. Research instruments included focus group discussion guidelines, an unplanned extubation recording form, a nursing practice evaluation form, and a satisfaction assessment form for professional nurses. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) values for these instruments were 0.67, 1.00, 1.00, and 1.00, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The study results indicated that the developed guidelines comprised four components: (1) risk assessment for endotracheal tube dislodgement, (2) nursing care for intubated patients, (3) information provision and communication, and (4) interdisciplinary collaboration in preventing tube dislodgement. The implementation highlighted the guidelines' practicality, simplicity, and effectiveness. Patient outcomes demonstrated a declining trend in unplanned extubation rates, meeting the set performance indicators. Nursing outcomes showed high compliance with the guidelines (92.00–100.00%), with 95.00% of professional nurses reporting high satisfaction with their guidelines. The findings suggested that the developed guidelines were feasible, effective, and contextually suitable for the SICU. Continuous promotion and evaluation of guideline implementation were recommended to sustain and enhance the quality of nursing care for intubated patients.

Keywords Unplanned Extubations, Prevention guidelines, Surgical Intensive Care Unit

*Surgical Intensive Care Unit, Mahasarakham Hospital

** Corresponding author: Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute E-mail: anucha@smnc.ac.th

บทนำ

ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned extubation; UE) เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในหอผู้ป่วย พบอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนตั้งแต่ 1.00 ถึง 6.69 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ^{1,2} แบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามสาเหตุของการเลื่อนหลุด คือ 1) การเลื่อนหลุดจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง (Self-extubation) ซึ่งพบได้บ่อยที่สุด¹ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง³ และการได้รับยาระงับความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม^{3,4} และ 2) การเลื่อนหลุดโดยไม่ตั้งใจขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Accidental extubation) เช่น การพลิกตะแคงตัว⁴ การผูกมัดท่อช่วยหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ^{3,4} และการผูกมัดผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁴ สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคาม พบอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนสูงเป็นลำดับที่ 2 จาก 5 ลำดับแรกของความเสี่ยงทางด้านการพยาบาล โดยในปี 2563-2565 พบ 7.62 – 9.44 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ และในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมพบ 12.15-19.70 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคามกำหนด คือ ≤ 5 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบหลังท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxemia) หรือภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia) หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดจนเสียชีวิตได้¹ สรุปได้ว่าการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน โดยเฉพาะการเลื่อนหลุดจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย จำเป็นต้องมีการป้องกันและจัดการที่เหมาะสมเพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า มีหลายแนวทาง ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล/ความรู้เรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ⁷⁻⁹ 2) การประเมินความเสี่ยงของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด^{7,10,11} 3) การผูกมัดผู้ป่วย^{7-9,11} 4) การผูกมัดท่อช่วยหายใจ^(7, 9, 11, 12) 5) การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ⁽⁷⁾ 6) การส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วย⁹ 7) การนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง^{7,9} 8) การประเมินระดับความรู้สึกตัว⁷⁻⁹ 9) การประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหวเพื่อการผูกมัดด้วย MAAS (Motor Activity Assessment Scale)^{7,9} 10) การให้ยาระงับประสาท^{7,9,11} 11) การประเมินและการจัดการความปวด^{9,13} 12) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว^{8,9} และ 13) การดูแลด้านจิตใจ¹¹ อย่างไรก็ตาม แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจากการศึกษามีหลากหลายแนวทางและอาจมีข้อจำกัดบางประการในการประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบทการดูแลผู้ป่วย¹⁴ พบว่า อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนสูงกว่าหอผู้ป่วยอื่นและไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อาจเนื่องจากผู้ป่วยหนักด้านศัลยกรรมมักจะมีอาการปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) ค่อนข้างรุนแรง ซึ่งเกิดได้จากการผ่าตัดและการได้รับบาดเจ็บ รวมถึงมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิด ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดการดึงท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังไม่มีแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนที่ชัดเจน ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อน

วารสารกองการพยาบาล

หลุดโดยไม่ได้วางแผนภายใต้บริบทของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและยกระดับคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน 2) พัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และปรับปรุงแก้ไข 3) ตรวจสอบประสิทธิภาพการใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และ 4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพแนวทางฯ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน (ตุลาคม - ธันวาคม 2565) โดยผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ย้อนหลัง 3 เดือน จำนวน 10 ฉบับ และสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ร่วมกับพยาบาลปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567

วิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 10 ราย โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (ส่วนที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในการประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วย และสรุปประเด็นข้อค้นพบ

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ 1) เวชระเบียน 10 ฉบับ เกณฑ์คัดเข้า คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2565 เกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 10 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 1 ปี และพบปัญหาการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากการที่ผู้ป่วยดึงออกด้วยตนเอง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลาก

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และปรับปรุงแก้ไข (มกราคม - พฤษภาคม 2566) นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 เป็นปัจจัยนำเข้าในการออกแบบ แนวทางการพยาบาล ร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 30 ราย เป็นเวลา 1 เดือน (เมษายน 2566) ประเมินผลการใช้โดยการสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้ และปรับปรุงแก้ไขแนวทางเพื่อให้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานยิ่งขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 30 ราย กำหนดโดยหลัก Rule of thumb ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับการศึกษานำร่อง (Pilot study)¹⁵ คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ 2) รับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม 3) มี motor power มากกว่า 4 คะแนน โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) เสียชีวิต 2) ย้ายหอผู้ป่วย และ 3) ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบประสิทธิภาพการใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (มิถุนายน-สิงหาคม 2566) คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 176 ราย ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด เป็นระยะเวลา 3 เดือน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีเกณฑ์คัดเข้าเหมือนขั้นตอนที่ 2 แต่ไม่ใช้กลุ่มเดียวกัน คัดเลือกผู้ป่วยทุกรายตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2566 จำนวน 176 ราย

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพแนวทางฯ (กันยายน 2566) โดยนำผลจากการประเมินตามสภาพจริง จากการนำแนวทางไปใช้มาปรับปรุงแก้ไข และเกิดเป็นแนวทางฉบับสมบูรณ์ (ตารางที่ 3) โดยผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน แนวคำถาม

สำหรับการสนทนากลุ่ม (ส่วนที่ 2) โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4-5 ราย ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที และประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้แนวทางฯ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 18 ราย เกณฑ์คัดเข้า คือ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม และเกณฑ์คัดออก คือ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย

เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพประกอบด้วย

1. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม
การสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม มีลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด 4 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับสภาพปัญหาสาเหตุของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และความต้องการในการพัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน และส่วนที่ 2 เกี่ยวกับ ผลการใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน

2. แบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แบบบันทึกมีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติม ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย และประวัติการเจ็บป่วย ข้อมูลชนิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ วันและเวลาที่เกิดการเลื่อนหลุด การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และการให้การพยาบาล

3. แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง 4 หมวดกิจกรรม ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของ

ท่ช่วยหายใจ การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่ช่วยหายใจ การให้ข้อมูลและการสื่อสาร และความร่วมมือในการ ป้องกันท่ช่วยหายใจเลื่อนหลุด หมวดละ 5 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก (Dichotomous choice) คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ

4. แบบประเมินความพึงพอใจของ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นวทาง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวทางที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด จนถึง 5 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.00 -5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 3.99 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 2.99 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถาม สำหรับการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการเลื่อนหลุดของท่ช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวทาง ตรวจสอบความเหมาะสมและสอดคล้องสิ่งที่ต้องการศึกษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหายใจ อาจารย์พยาบาลผู้สอนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตระบบหายใจ และพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค (Index of item – objective congruence, IOC) ของแต่ละเครื่องมือได้เท่ากับ 0.67, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.50¹⁶

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

วิเคราะห์อัตราการเลื่อนหลุดของท่ช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนจากสูตร จำนวนครั้งของการเกิดท่ช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนทั้งหมดในช่วงเวลา 1 เดือนต่อจำนวนวันรวมทั้งหมด ของการใช้เครื่องช่วยหายใจในช่วงเวลา 1 เดือนเดียวกัน และคูณด้วย 1,000 มีหน่วยเป็นครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองคณะจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการวิจัย MSKH- REC 65-01-128 ลงวันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2565 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและญาติ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างและญาติในการเข้าร่วมโครงการ จากนั้นขอให้กลุ่มตัวอย่างหรือญาติ ลงนามในเอกสารให้ความยินยอม โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่ไม่มีผลกระทบใดๆ กับแผนการรักษาที่ได้รับ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ท่ช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2563-2565 พบ อัตราการเกิดท่ช่วยหายใจเลื่อนหลุดของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 19.7, 12.15 และ 12.23 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 5 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและการเฝ้าระวังท่ช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ตามมาตรฐานการพยาบาลแล้วก็ตาม จากการทบทวนเวชระเบียน 10 ฉบับ และสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน

10 ราย พบ ประเด็นปัญหาแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ด้านผู้ป่วย พบท่ช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนใน 1) เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี (ร้อยละ 80.00) 2) ผู้ป่วยที่มีอาการไอบ่อยและมีเสมหะมาก (ร้อยละ 80.00) 3) ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลการใส่ท่อช่วยเหลือหายใจ (ร้อยละ 70.00) 4) มีอาการปวดและไม่สุขสบาย (ร้อยละ 70.00) 5) ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก (ร้อยละ 60.00) และ 6) ต้องการพูดสื่อสาร (ร้อยละ 50.00) ด้านพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า 1) การผูกยึดผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 70.00) 2) การยึดตรึงท่อช่วยเหลือหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 50.00) 3) ขาดการประเมิน Cuff pressure อย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 50.00) และ 4) มีทักษะและความรู้ไม่เพียงพอในการประเมินความเสี่ยงท่อหายใจเลื่อนหลุด (ร้อยละ 60.00)

2. แนวทางการป้องกันท่อช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จากข้อค้นพบทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ในระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ท่อช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ผู้วิจัยนำมาเป็นปัจจัยนำเข้า ในการออกแบบแนวทางการป้องกันท่อช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยเหลือหายใจ (Safety risk assessment: S) ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรม การเคลื่อนไหวเพื่อการผูกยึดด้วย (MAAS) การบริหารยาาระงับประสาท และการประเมินและจัดการความปวด 2) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยเหลือหายใจ (Implementation of nursing care for intubated patient: I) ประกอบด้วย การดูแลช่องปาก การดูดเสมหะ การวัด Cuff pressure การประเมินการหย่าเครื่องช่วยเหลือหายใจ และการผูกยึดท่อช่วยเหลือหายใจ ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

3) การให้ข้อมูลและสื่อสาร (Communication: C) ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยเหลือหายใจ และมีแนวทางการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วย และ 4) ความร่วมมือในการป้องกันท่อช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุด (Unity: U) ประกอบด้วย การนิเทศทางการพยาบาล และการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ผลการตรวจสอบคุณภาพแนวทางการป้องกันท่อช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทในการดูแลผู้ป่วย และมีเนื้อหาสาระทางวิชาการที่ครบถ้วนสมบูรณ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.97 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.50¹⁶ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและจัดทำแนวทางฉบับสมบูรณ์ นำไปศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยเหลือหายใจ 30 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่า อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยเหลือหายใจโดยไม่ได้วางแผนลดลง ผลการประเมินความเป็นไปได้จากการการสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 5 ท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน คัดเลือกโดยการจับฉลากจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการศึกษานำร่อง พบว่า แนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ ใช้งานได้สะดวก และสามารถนำไปใช้งานได้จริง

3. การประเมินผลการใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ภายหลังจากใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยเหลือหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ที่หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า

วารสารกองการพยาบาล

อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้
วางแผนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และน้อยกว่า

ตารางที่ 1 อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ก่อนการใช้แนวทาง			หลังการใช้แนวทาง		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	มิ.ย. 2566	ก.ค. 2566	ส.ค. 2566
อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน	น้อยกว่า 5 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ	19.7	12.12	12.25	8.4	5.95	2.99

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมทุกหมวดกิจกรรม ร้อยละ 100 ในเดือนที่ 3 ของการทดลอง (ตาราง 2) และมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 95.00

ตาราง 2 ร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	หลังการใช้แนวทาง		
		มิ.ย. 2566	ก.ค. 2566	ส.ค. 2566
การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน	≥ ร้อยละ 80.00	92.00	96.00	100.00

ผลการสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 18 ราย ที่ใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน พบว่า แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนได้พัฒนาขึ้น (ตารางที่ 3) นี้ เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง

ตารางที่ 3 แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม

โรงพยาบาลมหาสารคาม (ฉบับสมบูรณ์)

การประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ	การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	การให้ข้อมูลและการสื่อสาร	ความร่วมมือในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
1) ประเมิน MAAS ทุกรายตั้งแต่รับใหม่/แรกรับเเวรทุกเเวร • 3 คะแนน ไม่ผูกยึด โดยประเมินซ้ำทุก 8 ชม. • 4-5 คะแนน พิจารณาผูกยึด หากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อให้อา Sedative และ observe S/E ยา ประเมินซ้ำทุก 2 ชม. • 6 คะแนน ให้ผูกยึดทันที เพิ่มการใส่ถุงมือฉนวนและผูกมัดหน้าอก รายงานแพทย์ให้ยากลุ่ม sedative และ observe S/E ของยา ประเมินซ้ำทุก 1 ชม. 2) ประเมินความปวด 2.1 ผู้ป่วย Conscious ใช้ Numeric rating scale โดยคะแนน • 1-3 จัดการความปวดโดยไม่ให้อา • > 3-6 จัดการความปวดโดยไม่ให้อา ไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ให้ยาลดปวด • ≥ 7 รายงานแพทย์ให้ยาลดปวด 2.2 ผู้ป่วย Unconscious ใช้ Behavioral Pain Scale โดย ค่าคะแนน • ≥ 6 ขึ้นไป จัดการความปวดโดยไม่ให้อา	1) ดูแลช่องปาก ดูแลความสะอาดของช่องปาก ทุก 4 ชม. 2) ดูแลเสมหะเมื่อประเมินพบข้อบ่งชี้ 3) วัด Cuff pressure ตามข้อบ่งชี้และวัดอย่างน้อยเเวรละ 1 ครั้ง เพื่อให้แรงดันอยู่ระหว่าง 25-30 cm.H₂O 4) ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ • ส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด • ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวันในเเวรดึก แจ้งผลให้แพทย์เเวรเช้า รับทราบในการวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 5) ผูกยึดท่อช่วยหายใจ การติด ET-Tube ด้วย K-sharp	1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจกับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและญาติเมื่อรับใหม่/รับย้าย/ใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ 2) สื่อสารความต้องการของผู้ป่วย โดยจัดเตรียมอุปกรณ์สื่อสาร เช่น ปากกา กระดาษรูปภาพ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อใช้ในการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วย	1) การนิเทศทางการพยาบาล • หัวหน้าหอและหัวหน้าเเวรปฏิบัติกรนิเทศให้พยาบาลในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทาง และทำการตรวจเยี่ยมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดหลังรับเเวรทุกครั้ง • หัวหน้าหอทบทวนปัญหาทุกครั้งเมื่อเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติหรือท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2) การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด • ช่วงเเวรดึก ขณะเปลี่ยนผลัดเเวรให้มีพยาบาล 1 คนเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วย • ผู้ป่วยที่ตื่นมากจัดให้มีเจ้าหน้าที่ 2 คนในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม มีประเด็นอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน พบว่า อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วย

หายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างปี 2563-2565 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่กำหนดไว้ที่น้อยกว่า 5 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ โดยพบหลายปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี มีอาการไอและเสมหะมาก

ไม่ทราบเหตุผลของการใส่ท่อช่วยหายใจมีอาการปวดและไม่สุขสบาย กระสับกระส่ายมาก และต้องการพูดคุยสื่อสาร ด้านพยาบาลและการปฏิบัติ ได้แก่ การผูกยึดผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ การยึดตรึงท่อช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการประเมิน Cuff pressure อย่างต่อเนื่อง และมีทักษะและความรู้ไม่เพียงพอในการประเมินความเสี่ยงในการเกิดท่อหายใจเลื่อนหลุด สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การยึดตรึงท่อช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ¹⁷ และการจัดการอาการปวดไม่มีประสิทธิภาพ¹⁰ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน มี 4 องค์ประกอบ คือ

1) การประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (Safety risk assessment: S) 2) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (Implementation of nursing care for intubated patient: I) 3) การให้ข้อมูลและสื่อสาร (Communication: C) และ 4) ความร่วมมือร่วมในการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (Unity: U) หรือสรุปรวมเรียกว่า "SICU model" ซึ่งแนวทางที่พัฒนาขึ้นนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษา ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพัทลุง⁸ ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล 2) การประเมินภาวะกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย การให้ยาระงับประสาท/ยาคลายกล้ามเนื้อและการผูกยึดผู้ป่วย 3) การผูกยึดท่อช่วยหายใจ 4) การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 5) การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและ ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

เครื่องช่วยหายใจ และ 6) การหยาเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังพบว่าคล้ายกับการศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม⁷ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร และการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม พบประเด็นที่น่าสนใจและแตกต่างกับการศึกษาในบริบทของการศึกษาที่ผ่านมา^{7, 8} โดยบริบทของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมในการศึกษานี้ จำกัดการเยี่ยมเป็นเวลาและ ไม่มีการเข้าใช้โดยญาติเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป จึงมีข้อจำกัดของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่แตกต่างกับการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม⁷ แม้ว่าจะเป็นหน่วยงานเดียวกันแต่บริบทของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทำให้แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนแตกต่างกัน กล่าวคือ ในผู้ป่วยด้านอายุรกรรมมีอาการปวดแตกต่างกับผู้ป่วยหนักด้านศัลยกรรมซึ่งมักพบอาการปวดแบบเฉียบพลันที่ค่อนข้างรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการประเมินและการจัดการอาการปวดด้วยยาอย่างเหมาะสม ซึ่งจากการทบทวน พบว่าการจัดการอาการปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่ทำให้เกิดการดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง¹⁷ แสดงว่าแนวทางนี้พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของหน่วยงาน และสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

3. การประเมินผลการใช้แนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการนำแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้

วางแผนไปใช้ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด (น้อยกว่า 5 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ) สอดคล้องกับการศึกษา ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพัทลุง⁶ ซึ่งพบว่า อัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 0.039 (ร้อยละ 3.90) โดยอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม⁷ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 8.47 ครั้ง และ 4.44 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ สัดส่วนของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($\chi^2 = .350, p > .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า แนวทางการป้องกันการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีการประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหวเพื่อการผูกยึดด้วย MAAS เพื่อพิจารณาผูกยึดผู้ป่วย หรือพิจารณารายงานแพทย์เพื่อให้ยาระงับประสาทตามความเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการประเมินและจัดการความปวดเพื่อให้ได้รับการจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ มีการดูแลหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ติดตามวัด Cuff pressure การประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการผูกยึดท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลและความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ และมีแนวทางการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนมีการนิเทศทางการพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมทุกหมวดกิจกรรมร้อยละ 92.00-100.00 และมีความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 95.00) สะท้อนถึงการยอมรับในคุณค่าและประโยชน์ของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มที่ผู้ปฏิบัติได้สะท้อนถึงประโยชน์และความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาและการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

แนวทางการป้องกันการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด โดยไม่ได้วางแผนของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (Safety risk assessment: S) 2) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (Implementation of nursing care for intubated patient: I) 3) การให้ข้อมูลและสื่อสาร (Communication: C) และ 4) ความร่วมมือในการป้องกันการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (Unity: U) หรือสรุปรวมเรียกว่า "SICU model" ภายหลังการนำสู่การปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน สามารถลดอัตราการเกิดการท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรติดตามประเมินผลการใช้แนวทางฯ อย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว รวมถึงควรออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวทางกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติเพื่อยืนยันคุณภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้น

Reference

1. Li P, Sun Z, Xu J. Unplanned extubation among critically ill adults: a systematic review and meta-analysis. *J Intensive Crit Care Nurs*. 2022;103219.
2. da Silva PSL, Fonseca MCM. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Anesth Analg*. 2012;114(5):1003-14.
3. Tanios M, Epstein S, Grzeskowiak M, Nguyen HM, Park H, Leo J. Influence of sedation strategies on unplanned extubation in a mixed intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2014;23(4):306-14.
4. Cosentino C, Fama M, Foà C, Bromuri G, Giannini S, Saraceno M, et al. Unplanned Extubations in Intensive Care Unit: evidences for risk factors. A literature review. *Acta Biomed*. 2017;88(Suppl 5):55-65.
5. Berkow L, Kanowitz A. Unplanned extubation: a common and costly complication of airway management. *Patient Safety*. 2020;2(1):22-30.
6. Pavlek LR, Dillard J, Ryshen G, Hone E, Shepherd EG, Moallem M. Short-term complications and long-term morbidities associated with repeated unplanned extubations. *J Perinatol*. 2021;41(3):562-70.
7. Promso N, Wongpiriyayothar A, Buatee S. Development of a Clinical nursing practice guideline for prevention of unplanned extubation in medical intensive care unit, Mahasarakham Hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2024;16(2):101-23.
8. Chuthip P. The effect of nursing protocol for prevention of unplanned extubation in medical patients, Phattalung Hospital. *Journal of Health Research and Innovation*. 2023;3(1):31-45.
9. Pokathip S, Salakkhum P, Suttiprapa T, Datawee P, Kwanchang P, Sanaphrom N. Prevalence Risk Factor and Nursing Care of Unplanned Extubation: an Integrative Review. *J Health Sci BCNSP*. 2019;3(3):53-67.
10. Bambi S, Rodriguez SB, Lumini E, Lucchini A, Rasero L. Unplanned extubations in adult intensive care units: an update. *Assist Inferm Ric*. 2015;34(1):21-9.
11. Wu J, Liu Z, Shen D, Luo Z, Xiao Z, Liu Y, et al. Prevention of unplanned endotracheal extubation in intensive care unit: an overview of systematic reviews. *Nurs Open*. 2023;10(2):392-403.
12. Cosentino C, Fama M, Foà C, Bromuri G, Giannini S, Saraceno M, et al. Unplanned extubations in intensive care unit: evidences for risk factors. A literature review. *Acta Biom*. 2017;88(Suppl 5):55-65.
13. da Silva PSL, Reis ME, Farah D, Andrade TRM, Fonseca MCM. Care bundles to reduce unplanned extubation in critically ill children: a systematic review, critical appraisal and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2022;107(3):271-6.

14. Surgical Intensive Care Unit. Report on nursing quality indicators. Mahasarakham: Mahasarakham Hospital; 2023.
15. Lakens D. Sample size justification. Collabra Psychol. 2022;8(1):33267.
16. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift Voor Onderwijs Research. 1976;2:49-60. .
17. Esperanza M, Kessel A, Schneider J, Sweberg T, Bakar A, Gangadharan S. 1418: multimodal intervention with goal-directed sedation reduces rate of unplanned extubations in a PICU. Crit Care Med. 2019;47(1):685.

วิธีการจัดการความเครียดต่อการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

กนิษฐา แก้วดู* พ.ย.ม.(การผดุงครรภ์)

ฟ้าใส เรืองสารกุล** วท.ม.(จิตวิทยาชุมชน)

(รับ: 25 ตุลาคม 2567, แก้ไข: 3 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 23 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและร่างกายของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์แรก การทบทวนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกันในการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล Scholar, CINAHL Complete และ PubMed ระหว่างปี 2563-2567 ประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยแบบประเมินของเฮลเลอร์ และสกัดข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ 9 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R โดยใช้ค่า Standardized Mean Difference เพื่อประเมินขนาดอิทธิพลของวิธีการจัดการความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า วิธีการจัดการความเครียด เช่น ผูกโยคะ ผูกสติ บำบัดพฤติกรรมทางปัญญา ผูกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า บำบัดด้วยการสะกดจิต ผูกป้องกันความเครียด และสร้างความสัมพันธ์ผ่านการสัมผัส ช่วยลดความวิตกกังวล ($SMD = -0.7172, p < 0.0001$) และลดความเครียด ($SMD = -1.7522, p < 0.0001$) อย่างมีนัยสำคัญ การวิเคราะห์กลุ่มย่อย พบว่า การฝึกการผ่อนคลายมีแนวโน้มลดความเครียดได้ดีกว่าการฝึกสติ แต่ไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจนเมื่อใช้ Random Effects Model และไม่พบอคติในการตีพิมพ์จาก Egger's Test ($p = 0.1215$)

สรุป วิธีการจัดการความเครียดมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก ข้อเสนอแนะ คือ ควรรวมการฝึกการผ่อนคลายและสติเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ : การจัดการความเครียด สตรีตั้งครรภ์แรก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

* Corresponding author: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
E-mail: namwhank.143@gmail.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

Stress Management Methods for Reducing Stress and Anxiety in First-Time Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-Analysis

Kanittha Kaewdoo* M.N.S.(Midwifery)
Fasai Rueangsarakul** M.S. (Community Psychology)

(Received: October 25, 2024, Revised: November 3, 2024, Accepted: November 23, 2024)

Abstract

Stress during pregnancy affected both the psychological and physiological well-being of pregnant women and their infants, particularly in first-time pregnancies. This study evaluated the effectiveness of various stress management interventions in reducing stress and anxiety among first-time pregnant women. A systematic review was conducted using databases such as Scholar, CINAHL Complete, and PubMed, which covered studies published between 2020 and 2024. The quality of the studies was assessed using Heller's evaluation criteria, and relevant data were systematically extracted. Nine studies that met the inclusion criteria were identified and analyzed using the R program, which employed the Standardized Mean Difference (SMD) to determine the effect sizes of stress management interventions.

The findings revealed that stress management approaches, including yoga, mindfulness training, cognitive behavioral therapy, progressive muscle relaxation, hypnosis, stress prevention training, and relationship-building through touch, significantly reduced anxiety (SMD = -0.7172, $p < 0.0001$) and stress (SMD = -1.7522, $p < 0.0001$). Subgroup analysis indicated that relaxation training was more effective in reducing stress compared to mindfulness training. However, no significant differences were observed under the Random Effects Model. Additionally, no publication bias was detected, as indicated by Egger's Test ($p = 0.1215$).

In conclusion, stress management interventions effectively alleviated stress and anxiety among first-time pregnant women. The integration of relaxation training and mindfulness practices into prenatal care programs was recommended to promote maternal and neonatal health outcomes.

Key words: Stress Management, Primigravida, Systematic Review, Meta-analysis

* Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang,
E-mail: namwhank.143@gmail.com

** Lecturer, Faculty of Nursing, Western University

บทนำ

ความเครียดเป็นกระบวนการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มากระตุ้น และมีการตอบสนองแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สมรรถภาพทางกาย สุขภาพทั่วไป สังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่อาศัย ส่วนการตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาแห่งความสุข ที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ และชีวิตครอบครัว และสามารถก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์แรก งานวิจัยหลายชิ้นพบว่าความทุกข์ของความเครียดและความวิตกกังวลสูงกว่าสตรีที่เคยตั้งครรภ์มาก่อน อย่างมีนัยสำคัญ¹ และพบว่า ระดับความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์² ไตรมาสแรกมีระดับความเครียดสูงสุด ร้อยละ 57.00 จากการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน และการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ในขณะที่ ไตรมาสสองพบว่า ระดับความเครียดลดลง ร้อยละ 40.70 เมื่อร่างกายเริ่มปรับตัวได้ อย่างไรก็ตาม ความเครียดกลับเพิ่มขึ้นอีกในไตรมาสสาม ร้อยละ 54.60 มักเกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและสุขภาพของทารก และยังพบว่า ร้อยละ 51.70 ของสตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง³ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ ประสบการณ์ ครั้งแรกในการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรซึ่งมักเกิดจากความไม่คุ้นเคยและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน¹ ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์และความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่⁴ ปัจจัยด้านสุขภาพจิต เช่น ประวัติภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสุขภาพของทารก ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ต่ำ การศึกษาน้อย และ ความรุนแรงในครอบครัว⁵ และปัจจัยด้านการรับรู้และการรับมือกับความเครียด เช่น การสนับสนุนจากคู่สมรสและครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความเครียด⁶

สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกได้ โดยในสตรีตั้งครรภ์แรกจากการศึกษา พบว่า อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและการนอนหลับผิดปกติ รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และการผ่าคลอดโดยไม่วางแผน⁷ สำหรับทารกในครรภ์ ความเครียดของมารดาส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบศีรษะที่ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก⁸ การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมจึงมีความจำเป็นเพื่อส่งเสริมสุขภาพะทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

การจัดการความเครียดในสตรีตั้งครรภ์เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากงานการศึกษาหลายชิ้น พบว่ามีการจัดการความเครียดหลากหลายวิธี เช่น การใช้ดนตรีผ่อนคลายควบคู่กับการให้ความรู้ทางสุขภาพ⁹ การฝึกโยคะช่วงการตั้งครรภ์ร่วมกับการสอนการฝึกการหายใจลึกและการออกกำลังกายระดับต่ำ¹⁰ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นประสิทธิภาพต่อการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม วิธีการจัดการความเครียดที่หลากหลายทำให้เกิดความยากในการเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์แรก การทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน มีความจำเป็นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา นำมาสรุปผลให้น่าเชื่อถือ ซึ่งวิธีการนี้สามารถประเมินประสิทธิภาพของแต่ละวิธี ในการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรกอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการสรุปผลจากการวิเคราะห์อภิมานสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพทางกาย

และทางจิตได้ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกันในการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก

วิธีการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Systematic Review and Meta-analysis) นี้ ใช้แนวทางของ Joanna Briggs Institute (JBI) เพื่อประเมินผลของการจัดการความเครียดในสตรีตั้งครรภ์แรก ดำเนินการสืบค้นข้อมูล ระหว่างปี 2563–2567 จากฐานข้อมูล Scholar, CINAHL Complete และ PubMed โดยใช้คำสำคัญภาษาอังกฤษ เช่น “Primigravida” “First-time pregnant women” “Stress management” “RCT” และคำสำคัญภาษาไทย เช่น “สตรีตั้งครรภ์แรก” และ “การจัดการความเครียด” การคัดเลือกการศึกษาใช้กรอบ PICOS โดยประชากรเป้าหมาย คือ สตรีตั้งครรภ์แรก การแทรกแซง คือ วิธีการจัดการความเครียด กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือเปรียบเทียบวิธีการจัดการความเครียดแบบอื่น ผลลัพธ์ คือ ระดับความเครียดหรือความวิตกกังวล และรูปแบบการวิจัย คือ การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ งานวิจัยฉบับเต็มในภาษาไทยหรืออังกฤษที่ศึกษาศรีตรังครรภ์แรก เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาศรีตรังครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเน้นเฉพาะการแทรกแซงทางการแพทย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียด การสกัดข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระเพื่อลดอคติและเพิ่มความน่าเชื่อถือ หากมีความเห็นต่างจะอภิปรายเพื่อหาข้อสรุป ข้อมูลที่สกัดประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน เช่น ชื่อผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์ และแหล่งที่มาประเภทการศึกษาวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย วิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และรายละเอียดผลการวิจัย แบบฟอร์มสกัดข้อมูลได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และการประเมินคุณภาพการวิจัยใช้แบบประเมินของ Heller et al. (2008)¹¹ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบประเมินประกอบด้วย 11 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน 0–2 คะแนน โดย 2 หมายถึง “มีและเหมาะสม” 1 หมายถึง “มีแต่ไม่เหมาะสม” และ 0 หมายถึง “ไม่พบ” การประเมินดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คน หากมีความเห็นต่างจะปรึกษานักคิดที่สาม งานวิจัยที่ได้คะแนนตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80) ถือว่าผ่านเกณฑ์คุณภาพ ส่วนงานวิจัยที่ได้คะแนนต่ำกว่าจะถูกคัดออกดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินคุณภาพของงานวิจัย

Research studies	Ask	Collect						Understand		Use		Total Score
	Research question	Sampling	Exposures	Outcomes	Outcome measures	Confounders	Internal validity	Statistical tests	Public health impact	Impact on health	Acceptable result	
1. A prospective randomized controlled trial to study the effect of prenatal yoga on maternal weight gain and psychological stress in	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	22

pregnancy and its association with pregnancy outcomes												
2. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Counseling on Marital Satisfaction and Pregnancy Concern in Nulliparous Women	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	18
3. Effectiveness of Mindfulness-Based Happiness Pregnant Birth Parenting (HPBP) Programs on Mental Health During Pregnancy and Early Motherhood in China: A Multicenter Randomized Control Trial.	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	18
5. Effectiveness hypnotherapy in pregnancy for stress, salivary α -amylase and β -endorphin.	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	18
7. Efficacy of Progressive Muscle Relaxation on Pregnancy Outcome among Anxious Indian Primi Mothers.	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	18
8. Comparing the effectiveness of virtual and semi-attendance Stress Inoculation Training [SIT] techniques in improving the symptoms of anxiety, depression, and stress of pregnant women with psychological distress: a multicenter randomized controlled trial	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	18
9. The effect of haptonomy applied to pregnant women on perceived stress, fear of childbirth, and prenatal attachment: randomized controlled experimental study.	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	18
10. Cognitive behavior stress management during pregnancy: a randomized controlled trial.	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	18
11. Effects of cognitive-behavioral therapy for stress management on stress and hair cortisol levels in pregnant women: A randomized controlled trial.	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	18

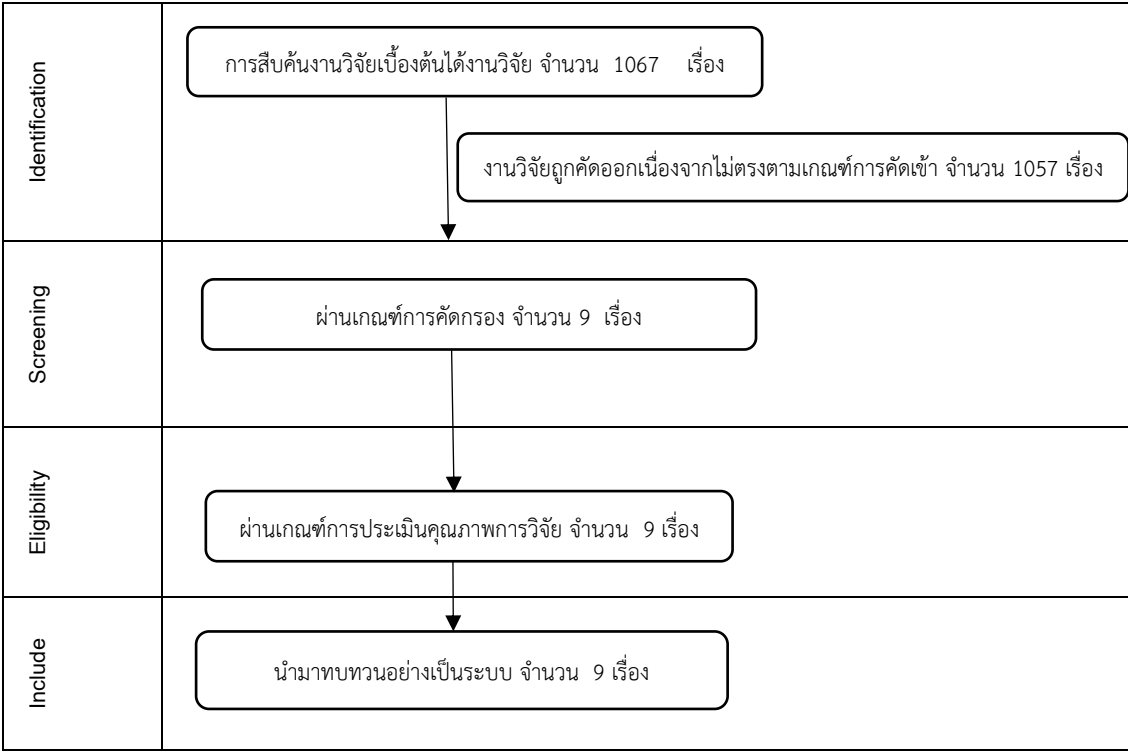
การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม R ทำการวิเคราะห์ห้ปริมาณ โดยคำนวณค่า Standardized Mean Difference (SMD) เพื่อประเมินขนาดอิทธิพลของการแทรกแซง โดยใช้ทั้งโมเดลผลรวมคงที่ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

(Common Effect Model) และแบบสุ่ม (Random Effects Model) เพื่อหาขนาดผลรวมและช่วงความเชื่อมั่น 95% ประเมินความแปรปรวนระหว่างการศึกษาโดยใช้สถิติ I^2 และ Q test เพื่อตรวจสอบความไม่

สอดคล้องกันของผลการศึกษา และตรวจสอบอคติในการตีพิมพ์ด้วย Funnel Plot และ Egger's test ผลการศึกษา มี ดังนี้

1. กระบวนการสืบค้นและคัดกรอง (Search and Selection Process) จากการสืบค้นข้อมูลผ่านฐานข้อมูล Scholar, CINAHL Complete, และ PubMed พบงานวิจัยทั้งหมด 1,067 เรื่อง

หลังจากคัดกรองเบื้องต้น มีงานวิจัย 1,056 เรื่อง ที่ไม่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกและถูกคัดออก คงเหลืองานวิจัยที่ผ่านการคัดกรอง 10 เรื่อง ในขั้นตอนนี้มีงานวิจัยที่เป็นงานซ้ำซ้อน 1 เรื่อง จึงคัดออก ทำให้เหลืองานวิจัยที่ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ 9 เรื่อง โดยกระบวนการคัดกรองทั้งหมดแสดงใน PRISMA Flow Diagram ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย

2. ลักษณะงานวิจัยที่คัดเลือก (Characteristics of Included Studies) งานวิจัย 9 เรื่อง ผ่านเกณฑ์คัดเลือก โดยผู้เข้าร่วมเป็นสตรีตั้งครรภ์แรก อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 27.85 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.90) และกลุ่มควบคุม 27.82 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.71) อายุครรภ์เฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ 21.35 สัปดาห์ งานวิจัยดำเนินการในหลายประเทศ เช่น อิหร่าน อินโดนีเซีย อินเดีย ตุรกี จีน และสเปน วิธีการจัดการความเครียดที่ใช้ในกลุ่มทดลอง ได้แก่ การฝึกโยคะช่วงตั้งครรภ์ (Prenatal

Yoga) การฝึกสติ (Mindfulness) การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การบำบัดด้วยการสะกดจิต (Hypnotherapy) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive Muscle Relaxation: PMR) การฝึกป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training: SIT) และการฝึกสร้างความสัมพันธ์ผ่านการสัมผัส (Haptonomy) การแทรกแซงเหล่านี้ดำเนินการในช่วงไตรมาสที่ 1 ถึง 3 ของการตั้งครรภ์ โดยมุ่งเน้นลดความเครียดและความวิตกกังวล เครื่องมือที่ใช้วัดผล ได้แก่ แบบประเมินระดับความเครียด

(Perceived Stress Scale: PSS) และแบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory: STAI) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลก่อนคลอดตามมาตรฐาน เช่น การตรวจสุขภาพครรภ์ การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการสนับสนุนข้อมูลผ่านสื่อ เช่น วิดีโอหรือเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งสองกลุ่มได้รับการติดตามดูแลโดยบุคลากรทาง การแพทย์ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะและผลลัพธ์ของงานวิจัยที่คัดเลือกเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในสตรีตั้งครรภ์แรก

ผู้วิจัย ปี	วิธีการจัดการความเครียดในกลุ่มทดลอง	ผลการศึกษา	วิธีการจัดการความเครียดในกลุ่มควบคุม
Shukla et al., 2023 ¹² – India (อินเดีย)	การฝึกโยคะช่วงตั้งครรภ์ (Prenatal Yoga) จำนวน 8 ครั้ง (4 ครั้งในไตรมาสที่ 2 และ 4 ครั้งในไตรมาสที่ 3) รวมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching) ท่าโยคะ(Asanas) การฝึกหายใจ (Pranayama) และการทำสมาธิ (Meditation)	1. น้ำหนักตัวเพิ่มน้อยกว่า (โยคะ: 17.6±7.2%, ควบคุม: 20.3 ± 7.4%, p=0.048) 2. ความเครียดลดลงที่ 28 สัปดาห์ (โยคะ: 13.0±3.7, ควบคุม: 14.9 ± 5.0, p=0.021) และ 36 สัปดาห์ (โยคะ: 10.6 ± 2.9, ควบคุม: 15.7±4.9, p<0.0001) 3. ไม่มีความแตกต่างในผลลัพธ์การคลอด	การดูแลก่อนคลอดตามปกติ
Dafei et al., 2020 ¹³ – Iran (อิหร่าน)	การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาแบบฝึกสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MBCT) 8 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ เน้นการฝึกสติ การจัดการความเครียด และการปรับความคิดเชิงบวก	1. ความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ลดลง (ก่อน: 2.94±0.72, หลัง: 2.18±0.62, p=0.009) 2. ความพึงพอใจในชีวิตสมรสเพิ่มขึ้น (ก่อน: 46.01±19.16, หลัง: 93.12±14.58, p<0.001)	ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามปกติ (Routine Prenatal Care)
Wang et al., 2022 ¹⁴ – China (จีน)	การฝึกสติ (Mindfulness) ผ่านโปรแกรม (Happiness Pregnant Birth Parenting; HPBP) 4 วันพบหน้า+21 วันออนไลน์ ใช้แอปพลิเคชันฝึกที่บ้าน เน้นการฝึกสติ การทำสมาธิ การจัดการเจ็บปวด การรับรู้ร่างกาย และโยคะ	1. ความวิตกกังวลลดลง (p=0.001) และ 3 วันหลังคลอด (p=0.003) 2. ความกลัวการคลอดลดลง (p<0.01) และ 3 วันหลังคลอด (p=0.04) 3. ความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น (p<0.01) และ 42 วันหลังคลอด (p=0.015)	การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และสุขภาพจิต ผ่านแอปพลิเคชัน 21 วัน

ตารางที่ 2 ลักษณะและผลลัพธ์ของงานวิจัยที่คัดเลือกเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในสตรีตั้งครรภ์แรก (ต่อ)

ผู้วิจัย ปี	วิธีการจัดการความเครียดในกลุ่มทดลอง	ผลการศึกษา	วิธีการจัดการความเครียดในกลุ่มควบคุม
Kundarti et al., 2021 ¹⁵ – Indonesia (อินโดนีเซีย)	การบำบัดด้วยการสะกดจิต (Hypnotherapy) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ต่อเนื่อง 7 สัปดาห์ เน้นการจัดการความเครียด การทำสมาธิ และการผ่อนคลาย	1. ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ก่อน: 20.74 ± 7.82 , หลัง: 11.59 ± 3.16 , $p < 0.001$) 2. β -endorphin เพิ่มขึ้น (ก่อน: 150.26 ± 61.01 pg/ml, หลัง: 284.84 ± 114.57 pg/ml, $p < 0.001$) 3. salivary α -amylase ลดลง ($p < 0.001$)	ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามปกติ (Routine Prenatal Care)
Rajeswari & SanjeevaReddy, 2020 ¹⁶ – India (อินเดีย)	การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive Muscle Relaxation: PMR) สัปดาห์ที่ 21–22 ฝึกต่อเนื่อง 2 วันภายใต้การดูแล และฝึกที่บ้านโดยใช้สื่อเสียง, ใช้เวลา 20–25 นาที พร้อมเสริมแรงระหว่างการตรวจฝากครรภ์	1. ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ก่อน: 49.47 ± 8.94 , หลัง: 40.52 ± 8.61 , $p < 0.001$) 2. ความวิตกกังวลลดลง (State Anxiety: 83% เหลือ 3.2%, $p < 0.001$)	ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามปกติ (Routine Prenatal Care)
Fatemi et al., 2023 ¹⁷ – Iran (อิหร่าน)	การฝึกป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training: SIT) 1. SIT แบบกึ่งเข้าร่วม (3 ครั้ง พบหน้า+3 ครั้งออนไลน์) 2. SIT แบบออนไลน์ทั้งหมด (6 ครั้งออนไลน์) ดำเนินการ 14–32 สัปดาห์	1. SIT แบบกึ่งเข้าร่วม: ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียดทางจิตวิทยา ลดลงมากที่สุด ($p < 0.001$) 2. SIT แบบออนไลน์: ลดลงน้อยกว่ากลุ่มกึ่งเข้าร่วม ($p < 0.001$) 3. กลุ่มควบคุม: ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$)	ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามปกติ (Routine Prenatal Care)
Ozbek et al., 2022 ¹⁸ – Turkey (ตุรกี)	การฝึกสร้างความสัมพันธ์ผ่าน การสัมผัส (Haptonomy): สัปดาห์ที่ 22–28 ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 7 ครั้ง 3 ครั้งแรกฝึกตัวต่อตัว 4 ครั้งให้คู่สมรสดำเนินการ	1. ระดับความเครียดลดลง ($p < 0.05$) 2. ความกลัวการคลอดลดลง ($p < 0.05$) 3. ความผูกพันระหว่างแม่และทารก เพิ่มขึ้น ($p < 0.05$)	การดูแลก่อนคลอดตามปกติ (Routine Prenatal Care)

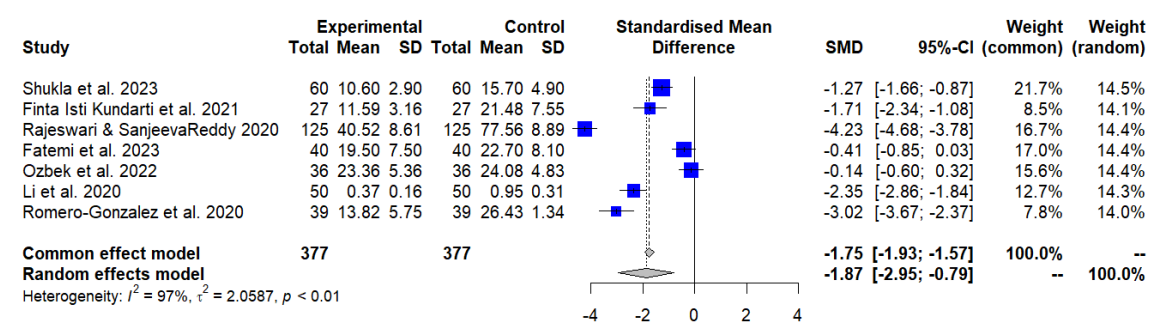
ตารางที่ 2 ลักษณะและผลลัพธ์ของงานวิจัยที่คัดเลือกเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในสตรีตั้งครรภ์แรก (ต่อ)

ผู้วิจัย ปี	วิธีการจัดการความเครียดในกลุ่มทดลอง	ผลการศึกษา	วิธีการจัดการความเครียดในกลุ่มควบคุม
Li et al., 2020 ¹⁹ – China (จีน)	การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) 7 ครั้ง (8–38 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์) เน้นการปรับโครงสร้างความคิด, การฝึกผ่อนคลาย การแก้ปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม	1. ความเครียดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) 2. ความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงมาก ในปัจจัยด้านรูปร่างและกิจกรรมทางกาย (Factor 3)	ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามปกติ (Routine Prenatal Care)
Romero-Gonzalez et al., 2020 ²⁰ – Spain (สเปน)	การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT): 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1.5–2 ชั่วโมง เนื้อหาครอบคลุมการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด, การปรับโครงสร้างความคิด การจัดการความเครียด และการควบคุมอารมณ์	1. ระดับคอร์ติซอลในเส้นผมลดลง ($p = 0.004$) 2. ความเครียดที่รับรู้ลดลง ($p = 0.001$) 3. คะแนนความเครียดเฉพาะการตั้งครรภ์ดีขึ้น ($p = 0.001$) 4. อาการทางจิตลดลง ($p = 0.018$) 5. ความยืดหยุ่นทางจิตใจเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญ	การดูแลก่อนคลอดตามปกติ (Routine Prenatal Care)

3. ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis Results) มีดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ความเครียด จาก 7 การศึกษา มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 754 คน พบว่าขนาดอิทธิพลที่ได้จาก Common Effect Model เท่ากับ -1.7522 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: [-1.9349; -1.5694]) และจาก Random Effects Model เท่ากับ -1.8713 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: [-2.9518; -0.7909]) ค่า p -value < 0.0001 ในทั้งสองโมเดล แสดงถึงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ความ

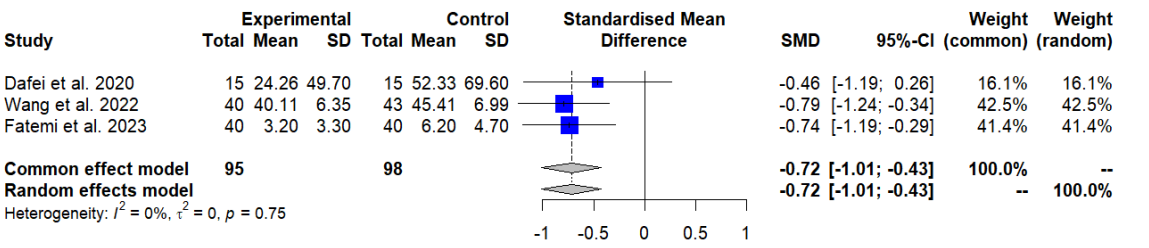
แปรปรวนระหว่างการศึกษา ($I^2 = 97.3\%$) แสดงถึงความแปรปรวนสูงมากระหว่างการศึกษา บ่งชี้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อความแตกต่างของผลการศึกษาเหล่านี้ ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่าวิธีการจัดการความเครียดมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ มีขนาดอิทธิพลที่ค่อนข้างสูงตามเกณฑ์ของ Cohen's d แต่ความแตกต่างระหว่างการศึกษาสูง จำเป็นต้องพิจารณาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความแตกต่างนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Forest Plot แสดงผลการวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ
วิธีการจัดการความเครียดต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์แรก

3.2 ผลการวิเคราะห์ความวิตกกังวลจากการวิเคราะห์ 3 การศึกษา มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 193 คน พบว่า ขนาดอิทธิพลที่ได้จากการวิเคราะห์โดยรวมเท่ากับ -0.7172 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: [-1.0089; -0.4255]) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ค่า p-value < 0.0001 บ่งชี้ถึงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ความ

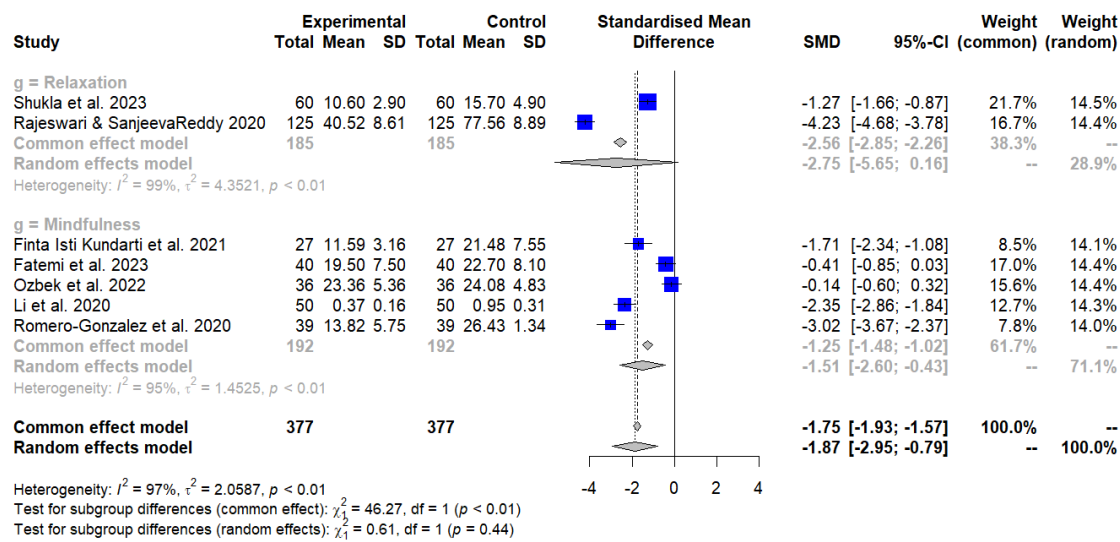
แปรปรวนระหว่างการศึกษา ($I^2 = 0.0\%$) แสดงว่าไม่มีความแปรปรวนที่เกิดจากความแตกต่างระหว่างการศึกษา ผลการวิเคราะห์จึงมีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneity) ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่าวิธีการจัดการความเครียดมีประสิทธิภาพในการลดระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลางถึงมากตามเกณฑ์ของ Cohen's d ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Forest Plot แสดงผลการวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ
วิธีการจัดการความเครียดต่อการลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก

3.3 การวิเคราะห์กลุ่มย่อยในตัวแปรความเครียด (Subgroup Analysis of Stress) การวิเคราะห์ในกลุ่มย่อย (Subgroup) เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบบของเทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation) และการฝึกสติ (Mindfulness) พบว่า กลุ่มฝึกการผ่อนคลาย มีขนาดอิทธิพล อยู่ที่ -2.5567 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: [-2.8519; -2.2615]) กลุ่มฝึกสติ มีขนาดอิทธิพล เท่ากับ -1.2521 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: [-1.4848; -1.0193]) การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใน Common Effect Model ปีที่ 51 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มฝึกการผ่อนคลาย และ กลุ่มฝึกสติ ($p < 0.0001$) บ่งชี้ว่ากลุ่มฝึกการผ่อนคลายมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดมากกว่า อย่างไรก็ตาม ใน Random Effects Model ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($p = 0.4352$) ซึ่งให้เห็นว่าทั้งสองเทคนิคสามารถลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าหนึ่งในนั้นดีกว่าอีกกลุ่มหนึ่งอย่างชัดเจน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 Forest Plot แสดงการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกการผ่อนคลายและการฝึกสติในการลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์แรก

3.4 การวิเคราะห์ Publication Bias การทดสอบ Egger's Test เพื่อประเมินอคติในการตีพิมพ์ (Publication Bias) พบว่า ค่า $p\text{-value}=0.1215$ ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญ 0.05 บ่งชี้ว่าไม่พบหลักฐานที่มีนัยสำคัญทางสถิติว่ามีอคติในการตีพิมพ์ (Publication Bias)

สรุปผลการศึกษา วิธีการจัดการความเครียดมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลางถึงสูง ในขณะที่ผลการวิเคราะห์กลุ่มย่อยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มฝึกการผ่อนคลายมีแนวโน้มที่มีประสิทธิผลมากกว่ากลุ่มฝึกสติในการลดความเครียด แต่ผลการทดสอบแบบ Random Effects Model ไม่สามารถยืนยันความแตกต่างนี้ได้อย่างชัดเจน และไม่มีหลักฐานของอคติในการตีพิมพ์อย่างมีนัยสำคัญ

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรก อายุเฉลี่ย 27.85 ปีในกลุ่มทดลอง และ 27.82 ปีในกลุ่มควบคุม โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 21.35

สัปดาห์ การศึกษาดำเนินการในหลายประเทศ เช่น อิหร่าน อินโดนีเซีย อินเดีย ตุรกี จีน และสเปน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลก่อนคลอดตามมาตรฐาน (Standard Antenatal Care) ซึ่งรวมถึงการตรวจสุขภาพครรภ์ การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และข้อมูลสุขภาพทั่วไป โดยในบางการศึกษายังมีการสนับสนุนข้อมูลผ่านสื่อ เช่น วิดีโอหรือเอกสารสุขภาพ ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ เช่น การสนับสนุนข้อมูลด้านโภชนาการและสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเสริมสร้างการดูแลสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์ การอภิปรายผลนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน แต่วิธีการจัดการความเครียดที่หลากหลาย เช่น การฝึกโยคะ การฝึกสติ และการผ่อนคลาย ยังสามารถลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า วิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกัน เช่น การฝึกโยคะ การฝึกสติ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา การสะกดจิต การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การฝึกป้องกัน

ความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ผ่านการสัมผัส ล้วนมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก โดยผลการวิเคราะห์ห่อภิมานระบุว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์จาก 7 การศึกษาพบว่าขนาดอิทธิพลสำหรับการลดความเครียดในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($SMD = -1.7522, p < 0.0001$) โดยการฝึก PMR แสดงประสิทธิภาพเด่นชัด เช่น การศึกษาของ Rajeswari & SanjeevaReddy (2020)¹⁶ ที่พบว่า การฝึก PMR ลดระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ผ่านการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และลดฮอร์โมนคอร์ติซอล งานวิจัยเพิ่มเติม เช่น Kundarti et al. (2021)¹⁵ ซึ่งว่าการสะกดจิตช่วยลดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) โดยเพิ่มระดับ β -endorphin และลดระดับ salivary α -amylase อย่างไรก็ตาม ความแปรปรวนระหว่างการศึกษา ($I^2 = 97.3\%$) บ่งชี้ว่าปัจจัย เช่น กลุ่มประชากร วิธีการวัดผล และระยะเวลาการแทรกแซง อาจส่งผลต่อความแตกต่างของผลลัพธ์ ในด้านการลดความวิตกกังวล ผลการวิเคราะห์จาก 3 การศึกษาพบว่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ($SMD = -0.7172, p < 0.0001$) การฝึกสติ เช่น Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) มีบทบาทสำคัญ เช่น การศึกษาของ Donofry et al. (2024)²¹ พบว่า MBCT ลดระดับความวิตกกังวลและเพิ่มการควบคุมอารมณ์ในสตรีตั้งครรภ์ Wang et al. (2022)²² พบว่าการฝึกสติผ่านโปรแกรมออนไลน์ช่วยลดความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังคลอด ($p < 0.01$) โดยใช้วิธีการผสมผสาน เช่น การทำสมาธิและการจัดการความเจ็บปวด นอกจากนี้ Gusmadewi et al. (2024)²³ พบว่า การทำสมาธิผ่อนคลายลดความวิตกกังวลในไตรมาสที่สามได้อย่างชัดเจน ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบระหว่างการฝึกผ่อนคลาย

และการฝึกสติ พบว่าการฝึกผ่อนคลายมีขนาดอิทธิพลสูงกว่า ($SMD = -2.5567$) เมื่อเทียบกับการฝึกสติ ($SMD = -1.2521$) ตัวอย่างเช่น Fatemi et al. (2023)¹⁷ แสดงว่า Stress Inoculation Training (SIT) ซึ่งเป็นการฝึกป้องกันความเครียดแบบกึ่งออนไลน์มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดความวิตกกังวลและความเครียดทางจิตวิทยา ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม Random Effects Model ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือวัดผล สตรีตั้งครรภ์แรกมักเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลสูงเนื่องจากเป็นประสบการณ์ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ งานวิจัยของ Romero-Gonzalez et al. (2020)²⁰ แสดงว่าการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาสามารถลดความเครียดที่รับรู้ได้ ($p = 0.001$) และเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ ในขณะเดียวกัน การฝึกโยคะ (Shukla et al., 2023)¹² ชี้ให้เห็นว่าการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการฝึกหายใจช่วยลดความเครียดในทุกช่วงไตรมาส ($p < 0.0001$) เนื่องจากช่วยกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและลดการอักเสบในร่างกาย

สรุป ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าการจัดการความเครียดมีประสิทธิภาพสูงในการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก โดยเฉพาะวิธีการฝึกการผ่อนคลายที่ให้ผลลัพธ์ที่รวดเร็วและชัดเจน อย่างไรก็ตาม การฝึกสติมีประโยชน์ในระยะยาวในด้านการควบคุมอารมณ์และการพัฒนาสุขภาพจิต การเปรียบเทียบระหว่างวิธีต่างๆ ช่วยชี้แนวทางสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ได้ทั้งในแผนกฝากครรภ์หรือผ่านการดูแลออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ควรรวมวิธีการจัดการความเครียด เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (PMR) และการฝึกสติ (MBCT) เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการดูแลก่อนคลอดในแผนกฝากครรภ์หรือในรูปแบบออนไลน์ เนื่องจากวิธีเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์แรก

โปรแกรมควรมุ่งเน้นความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยพิจารณาปัจจัยด้านอายุ สุขภาพพื้นฐาน และความพร้อมทางสังคม นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่ออกแบบให้ลดความแปรปรวนระหว่างการศึกษา เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของวิธีการเหล่านี้ในบริบทที่หลากหลายและปรับปรุงการดูแลสุขภาพจิตของมารดาอย่างยั่งยืน

Reference

1. Akogu M, Iwueze M, Akulue J, Elosiuba N. Malaria and associated risk factors among pregnant women attending antenatal care in awka, anambra state, nigeria. Asian Journal of Research in Zoology. 2022;28-39. <https://doi.org/10.9734/ajriz/2022/v5i330140>.
2. Meri K, & Ghazaryan K. Study of the psychophysiological characteristics of women across different trimesters of pregnancy. Vanadzori petakan hamalsarani gitakan teghekagir. Bnakan ev chshgrit gitut'yunner. 2024; 1:1-47.
3. Gading N. R, Irwanto I, Izzati D. Differences in the level of anxiety of pregnant women in the i, ii, and iii trimester. Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal. 2024;8(1):156-170.
4. Gunaydin S. and Zengin N. Relationship of the prenatal psychosocial profile with postpartum maternal duties and newborn care. Revista Da Associação Médica Brasileira 2022;68(2):152-158. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210776>
5. Mathibe-Neke J. and Suzan Masitenyane S. Psychosocial antenatal care: a midwifery context. Selected Topics in Midwifery Care 2019. <https://doi.org/10.5772/intechopen.80394>
6. Astuti I. Effect of pregnancy exercise on third trimester primigravida anxiety in dealing with childbirth. Jurnal Kebidanan Dan Kesehatan Tradisional 2021:76-83. <https://doi.org/10.37341/jkkt.v0i0.227>
7. Delanerolle G, McCauley M, Hirsch M, et al. The prevalence of mental ill-health in women during pregnancy and after childbirth during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. 2022. <https://doi.org/10.1101/2022.06.13.22276327>
8. Chappell C, Hillier S, Crowe D, Meyn L, Bogen D, & Krans E. Hepatitis c virus screening among children exposed during pregnancy. Pediatrics 2018;141(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3273>
9. Konsam M, Praharaj S K, Shetty J, et al. Effectiveness of Comprehensive Health-literacy And Relaxing Music (CHARM) intervention on pregnancy-related anxiety among low-risk primigravida women: A randomized controlled trial. Psychology of Music.2024.

10. Sari F, Trisuci Aprillia Y, Jannah M, Mawarni E S & Putri N D. Prenatal gentle yoga pada ibu hamil dalam mengurangi tingkat kecemasan dan stress menghadapi persalinan. JPPKM. 2024;1(4):132-138.
11. Heller R F, Verma A, Gemmell I, Harrison R, Hart J & Edwards R. Critical appraisal for public health: A new checklist. Public Health. 2008;122(1):92-98.
12. Shukla V, Kumar S, Mehra R. Effectiveness of prenatal yoga on maternal weight gain, stress, and labor outcomes in Indian primigravidae: A randomized controlled trial. Indian J Yoga. 2023;10(2):15-21.
13. Dafei A, Pramono N, Suwondo A. Mindfulness-based cognitive therapy in reducing stress and improving marital satisfaction during pregnancy: A randomized controlled study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2020;25(1):23-30.
14. Wang X, Zhao Y, Liu Q. Happiness Pregnancy Birth Parenting program: A mixed-methods study evaluating a mindfulness-based intervention for pregnant women. J Midwifery Women's Health. 2022;67(3):15-25.
15. Kundarti FI, Pramono N, Suwondo A. Effectiveness of hypnotherapy on stress, salivary α -amylase, and β -endorphin levels in pregnant women: A randomized controlled trial. Int J Pharm Res. 2021;13(1):5407-18.
16. Rajeswari S, SanjeevaReddy N. Progressive muscle relaxation on pregnancy outcome among anxious Indian primi mothers: A randomized controlled study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2020;25(1):23-30.
17. Fatemi A, Nasiri-Amiri F, Faramarzi M, et al. Comparing the effectiveness of virtual and semi-attendance stress inoculation training in pregnant women: A multicenter randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(346):1-12.
18. Ozbek H, Pinar SE. Effect of haptonomy applied to pregnant women on perceived stress, fear of childbirth, and prenatal attachment: A randomized controlled experimental study. Curr Psychol. 2023; 42:23313-22.
19. Li J, Shao D, Xu X, et al. Cognitive behavior stress management during pregnancy: A randomized controlled trial. Contemp Nurse. 2020;56(3):120-30.
20. Romero-Gonzalez B, Alonso R, Diaz-Martinez A. Cognitive-behavioral interventions for reducing stress and improving mental health in pregnancy: A systematic review. J Midwifery Women's Health. 2020;65(2):123-9.
21. Donofry, S. D., Winograd, D., Kothari, D., Call, C. C., Magee, K. E., Jouppi, R. J., Kolko, R. P., Conlon, M. D., & Levine, M. D. Mindfulness in pregnancy and postpartum: Protocol of a pilot randomized trial of virtually delivered mindfulness-based cognitive therapy to promote well-being during the perinatal period. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2024;21(5):622.

22. Wang, S.L., Sun, M.Y., Huang, X., Zhang, D.M., Yang, L., Xu, T., Pan, X.P. & Zheng, R.M. Benefits of Mindfulness Training on the Mental Health of Women During Pregnancy and Early Motherhood: A Randomized Controlled Trial. *Biomed Environ Sci*, 2023; 36(4): 353-366.
23. Gusmadewi, G., Sunesni, S., & Marlana, E. S. The effectiveness of relaxation meditation on anxiety in third trimester pregnant women at Embung Fatimah Regional Hospital Batam, Indonesia: A randomized controlled trial. *Archives of The Medicine and Case Reports*. 2024;5(3):602.

การบริการการแพทย์ทางไกล : ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

พรพรรณ โพธิ์ไชยา* พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ณัฐวิโรจน์ ชูดำ** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

(รับ: 19 กันยายน 2567, แก้ไข: 2 พฤศจิกายน 2567, ตอรับ: 1 ธันวาคม 2567)

บทคัดย่อ

การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมและไม่ทั่วถึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การบริการการแพทย์ทางไกลเป็นการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการพัฒนาบริการเพื่อช่วยแก้ปัญหาเรื่องความสะดวก ลดระยะทาง ลดเวลา และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการจัดบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการบริการการแพทย์ทางไกล จะต้องมีการจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุใช้งานสะดวกเข้าใจง่าย การให้บริการที่เป็นมิตร ให้บริการช่วยเหลือทางเทคนิคหากเกิดปัญหาขณะใช้งาน การเน้นย้ำเรื่องมาตรการด้านความปลอดภัยและการรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพ การสร้างประสบการณ์ที่ดี การสื่อสารที่ชัดเจน การติดตามผลและความพึงพอใจ รวมถึงการสร้างกลุ่มหรือชุมชนออนไลน์สำหรับผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการลงทุนในเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันสมัย การลงทุนในเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดการแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาในโรงพยาบาลที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง อีกทั้งยังช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การแพทย์ทางไกล, ผู้สูงอายุ, การดูแลสุขภาพในชุมชน

* อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์

** อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์

E-mail: natthawirod.c@nrru.ac.th

Telehealth: An alternative for Elderly health care in community

Pronpan Pothichaiya* M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)

Natthawirod Choodum** M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)

(Received: September 19,2024, Revised: November 2, 2024, Accepted: December 1, 2024)

Abstract

Unequal and inclusive access to healthcare services remains a significant problem in Thailand's healthcare system. Providing care for the elderly is extremely important in Thai society, which has fully entered the aging society. Telemedicine is a solution that incorporates information and communication technology to improve services, convenience, and effectively reduce the distance, time and cost of travel to see a doctor for the elderly in the community.

Service provision guidelines to increase efficiency in caring for the elderly through telemedicine services must include user-friendly manuals or learning materials that are easy for the elderly to understand. The service should offer friendly assistance and technical support in case of problems during usage. The emphasis should be placed on ensuring safety measures and protecting the privacy of health information, creating a positive experience, clear communication, follow-up, and satisfaction, including creating online communities or groups for the elderly to share experiences and support each other, as well as investing in new technologies to ensure services are effective and up-to-date. Investing in new technologies will provide efficient services to the elderly in community, enhance their health and quality of life, reduce overcrowding in the hospitals, and improve the quality of treatment in the hospitals that lack of specialists. It also helps develop knowledge and skills of the healthcare personnel sustainably.

Keyword: Telehealth, Elderly, Community health care

* Lecturer, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Faculty of Nursing

** Lecturer, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Faculty of Nursing

E-mail: natthawirod.c@nrru.ac.th

บทนำ

การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญโดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปยังสถานพยาบาลซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสมและจำเป็นในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกิดโรคระบาดหรือในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ยังคงมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตาม การนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้อย่างเต็มรูปแบบยังคงเผชิญกับปัญหาหลายประการซึ่งประกอบไปด้วย การเข้าถึงเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตแม้ว่าการแพทย์ทางไกลจะสามารถเข้าถึงได้ผ่านอุปกรณ์ที่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ต เช่น สมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์ แต่ในบางพื้นที่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการ อีกทั้งผู้สูงอายุบางกลุ่มอาจไม่มีทักษะในการใช้งานเทคโนโลยีความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ แม้ว่าการแพทย์ทางไกลจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ แต่การให้บริการทางไกลต้องการความสามารถและทักษะพิเศษจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความชำนาญในการใช้ระบบซอฟต์แวร์การแพทย์ทางไกล การประเมินอาการของผู้ป่วยทางออนไลน์ และการตัดสินใจในการรักษาที่แม่นยำในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีการตรวจร่างกายโดยตรงข้อจำกัดด้านกฎหมายและนโยบาย ปัญหาด้านกฎหมายและระเบียบข้อบังคับยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาและขยายการใช้การแพทย์ทางไกลในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย เช่น ข้อกำหนดด้านการรับรองและอนุญาตการให้บริการจากแพทย์ข้ามเขตพื้นที่หรือข้ามประเทศ, ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพ และการปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษาที่เหมาะสมในการสื่อสารผ่านช่องทางดิจิทัลความน่าเชื่อถือและความปลอดภัยของข้อมูลการส่งข้อมูลทางการแพทย์และการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์อาจเสี่ยงต่อการรั่วไหลของ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย หากไม่มีการรักษาความปลอดภัยที่เพียงพอ เช่น การเข้ารหัสข้อมูลและการใช้ระบบที่มีมาตรการป้องกันที่เข้มงวด นอกจากนี้ การตรวจสอบการรับรองของแพทย์หรือผู้ให้บริการในระบบออนไลน์ยังอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจในความน่าเชื่อถือ การขาดการพัฒนาบุคลากรและการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีในการแพทย์ทางไกลต้องการการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้พวกเขามีทักษะที่ทันสมัยในการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ รวมถึงการปรับปรุงกระบวนการทำงานของโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ให้สามารถรองรับการใช้แพลตฟอร์มทางการแพทย์ทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพความแตกต่างทางสังคมและเศรษฐกิจ ในพื้นที่ห่างไกลหรือชนบทที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การเข้าถึงเทคโนโลยีอาจเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากผู้คนในพื้นที่เหล่านั้นอาจไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์หรืออินเทอร์เน็ตที่มีคุณภาพ อีกทั้งอาจขาดแคลนความรู้หรือทักษะในการใช้งานเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทางไกลได้อย่างเต็มที่ข้อจำกัดทางด้านการบริการที่ไม่สามารถให้ได้ทางไกลบางปัญหาทางการแพทย์จำเป็นต้องได้รับการตรวจร่างกายหรือการทดสอบที่ไม่สามารถทำได้ทางไกล เช่น การเจาะเลือด การตรวจเอกซเรย์ หรือการผ่าตัด ซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้การแพทย์ทางไกลแทนการพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้ในบางกรณี

การเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมและไม่ทั่วถึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายต่างๆ เช่น การดำเนินนโยบาย “บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า” รวมถึงการย้ายหน่วยบริการโดยไม่ต้องรอ 15 วัน แต่ปัญหาความเหลื่อมล้ำยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะกับกลุ่มเปราะบาง¹ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine/Telehealth) เป็นการใช้โทรคมนาคม

และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้การบริการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น² เช่น การวินิจฉัยและการรักษาโรค การป้องกันโรค การศึกษาอาการบาดเจ็บ การวิจัย การประเมินผล และการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการระบาดของ COVID-19 ทำให้เกิดการเร่งรีบในการนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลมาใช้มากขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบตัวต่อตัว การแพทย์ทางไกลจึงกลายเป็นทางเลือกที่สำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยบริการสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้จากระยะทางไกล ลดความจำเป็นในการเดินทางไปยังสถานพยาบาลและช่วยในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย³

ในปัจจุบันทุกสถานบริการพยาบาลของรัฐจะต้องมีคลินิกโรคเรื้อรังโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ และปัญหาที่พบมากในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าว คือ การไม่มาตามนัดหรือผิดนัด ปัญหานี้เกิดขึ้นจากปัจจัย เช่น ความลำบากในการเดินทาง ไม่ว่าจะระยะทางไกล หรือความกดดันของเส้นทางที่ต้องใช้ในการเดินทาง หรือความลำบากในการเคลื่อนย้าย ผู้รับบริการขึ้นลงรถเพื่อนำมาตรวจที่ห้องตรวจโรคที่โรงพยาบาล รวมถึงความแออัดและระยะเวลารอคอยที่ต้องรอตรวจและรอรับยาที่ต้องใช้เวลา มากกว่า 5-6 ชั่วโมงหรือบางครั้งอาจใช้เวลาทั้งวัน หากการมาตรวจตามนัดครั้งนั้นมีหัตถการหรือมีการตรวจพิเศษเพิ่มเติม รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ขณะที่มาโรงพยาบาล ค่ารถ ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายต่างๆ หากมีผู้ดูแลมาหลายคน ค่าใช้จ่ายยิ่งต้องเพิ่มขึ้น และอีกประเด็นคือญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาหรือมีเวลาว่างไม่ตรงกับวันที่นัดตรวจของผู้สูงอายุ

บทความนี้ได้นำเสนอรูปแบบการจัดการบริการการแพทย์ทางไกลในสถานการณ์ปัจจุบัน การ

พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการแพทย์ทางไกล ความจำเป็นของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลในการบริการการแพทย์ทางไกล ประสิทธิภาพของการบริการการแพทย์ทางไกลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาและความท้าทายในการให้บริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุ และแนวทางการจัดบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการการแพทย์ทางไกลแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการบริการการแพทย์ทางไกลในชุมชน

การพัฒนา Telemedicine ถูกกระตุ้นโดยการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศที่ก้าวหน้าและราคาที่ลดลง พร้อมทั้งการใช้ระบบอินเทอร์เน็ตและสื่อมัลติมีเดียอย่างแพร่หลาย ซึ่งช่วยขยายขอบเขตของการรักษาผ่าน Web-Based Applications เช่น E-Mail, Teleconference, และ Teleconsultation พร้อมกับการสร้างแอปพลิเคชันใหม่เพื่อยกระดับระบบ Telemedicine ในอนาคต⁴ ระบบ Telemedicine ที่มีประสิทธิภาพต้องการโครงสร้างโทรคมนาคมที่ทันสมัยและครอบคลุม ซึ่งรวมถึงระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท รัฐบาลได้ดำเนินการพัฒนาการประยุกต์ใช้งานบริการทางการแพทย์ผ่านอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงตามแผนยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2556-2565) เพื่อให้บริการสาธารณสุขที่ทั่วถึงและเท่าเทียม โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ การปรึกษาการแพทย์ทางไกล การพัฒนานวัตกรรมสำหรับการเฝ้าระวังและเตือนภัยด้านสุขภาพ และการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน⁵ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการบริการการแพทย์ทางไกลในชุมชน คือ การสร้างและปรับปรุงระบบที่สนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลโดยไม่ต้องมีการพบปะกันแบบตัวต่อตัว

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ประกอบไปด้วย 5 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ 1) โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี ประกอบด้วย การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และอุปกรณ์ การมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เสถียรและรวดเร็วเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การประชุมทางวิดีโอและการส่งข้อมูลทางการแพทย์เป็นไปอย่างราบรื่น ชุมชนหรือผู้ป่วยจึงต้องมีการเข้าถึงอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน และอุปกรณ์ต่อพ่วงที่รองรับการใช้บริการการแพทย์ทางไกล 2) ระบบแพลตฟอร์มการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย ซอฟต์แวร์และแอปพลิเคชัน รวมไปถึงระบบการจัดการข้อมูล การใช้แพลตฟอร์มที่ปลอดภัยและใช้งานง่ายสำหรับการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ การจัดการข้อมูลผู้ป่วย และการสื่อสารกับแพทย์ ระบบฐานข้อมูลที่สามารถเก็บรักษาข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและเป็นส่วนตัว 3) การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะ ประกอบไปด้วย การฝึกอบรมบุคลากรและผู้ใช้บริการบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับการฝึกอบรมในการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลและการจัดการข้อมูลทางการแพทย์ ชุมชนต้องได้รับการสอนและสนับสนุนให้ใช้เทคโนโลยีนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ ประกอบด้วย นโยบายความเป็นส่วนตัวและข้อบังคับทางการแพทย์ การมีมาตรการและระเบียบในการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย การปฏิบัติตามข้อกำหนดทางกฎหมายและมาตรฐานทางการแพทย์ในการให้บริการทางไกล และ 5) การสนับสนุนและการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางการเงินและการเข้าถึงบริการ การพิจารณาแหล่งทุนหรือการสนับสนุนทางการเงินเพื่อการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน

การทำให้แน่ใจว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ทางไกลได้โดยไม่มีอุปสรรค การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานนี้มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือที่มีทรัพยากรจำกัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้คนสามารถได้รับการดูแลที่ดีและทันเวลา แม้จะไม่ได้อยู่ใกล้กับสถานพยาบาลหรือแพทย์

ความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ถึง 2568 โดยมุ่งเน้นการผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้าสู่ยุคดิจิทัล ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้โรงพยาบาลทั่วประเทศใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มากขึ้น เป้าหมายหลัก คือ การให้บริการการแพทย์ทางไกลแก่ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้บริการการแพทย์ทางไกลจะรวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ การรักษา การติดตาม และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสามารถทำได้ระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ เช่น บ้าน คลินิก ชุมชน อพูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยใช้เทคโนโลยีทางอิเล็กทรอนิกส์ในการดำเนินการ⁶ เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคน การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างมากเนื่องจากเหตุผลหลายประการ ดังนี้ 1) การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุบางคนอาจมีปัญหาด้านการเดินทางหรือไม่สามารถไปยังคลินิกหรือโรงพยาบาลได้สะดวก โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว 2) การจัดการโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหลายโรคที่ต้องการการติดตามอย่างสม่ำเสมอ 3) การป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ เช่น COVID-19 ระบบการแพทย์ทางไกลช่วย

ลดความเสี่ยง 4) การสนับสนุนการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านอาจต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลหรือญาติ และ 5) การเพิ่มความสะดวกสบายและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุสามารถได้รับการดูแลทางการแพทย์โดยไม่ต้องออกจากบ้าน⁷

เทคโนโลยีที่ใช้ในการบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุ

Telehealth คือการใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงเพื่อให้บริการข้อมูลด้านสุขภาพ การป้องกัน การติดตาม และการดูแลทางการแพทย์ในหลายด้าน โดยเป็นส่วนหนึ่งที่เติบโตอย่างรวดเร็วในวงการสุขภาพ การแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นกลุ่มหลักของ Telehealth นั้นหมายถึงการให้บริการทางการแพทย์ผ่านอินเทอร์เน็ต อีเล็กทรอนิกส์จากระยะไกล การบริการแพทย์ทางไกลสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลัก แบบซิงโครนัส (Synchronous) การให้บริการที่เกิดขึ้นแบบเรียลไทม์ เช่น การประชุมทางวิดีโอระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้สามารถสื่อสารและให้คำปรึกษาได้ทันที แบบอะซิงโครนัส (Asynchronous) การส่งข้อมูลที่ไม่ต้องมีการสื่อสารแบบเรียลไทม์ เช่น การส่งผลการตรวจหรือข้อมูลทางการแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อให้แพทย์ได้ตรวจสอบและตอบกลับในเวลาที่เหมาะสม และการตรวจสอบระยะไกล (Remote Monitoring) การติดตามและตรวจสอบสภาพสุขภาพของผู้ป่วยจากระยะไกล โดยใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สามารถส่งข้อมูลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง เช่น อุปกรณ์ติดตามการเต้นของหัวใจหรือระดับน้ำตาลในเลือด Telehealth นี้ยังแบ่งได้เป็นการบริการจากแพทย์ไปยังแพทย์ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำแก่แพทย์ในพื้นที่ห่างไกล) และการบริการจากแพทย์สู่ผู้ป่วย (ผู้ป่วยติดต่อแพทย์โดยตรงผ่านช่องทางออนไลน์) โดยทั้งสองรูปแบบมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของเทคโนโลยีที่ใช้ในการบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภทที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพสะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เทคโนโลยีที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) แพลตฟอร์มการแพทย์ทางไกล (Telemedicine Platforms) ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรึกษาแพทย์ผ่านวิดีโอคอลหรือแอปพลิเคชัน ซึ่งช่วยลดความจำเป็นในการเดินทางไปโรงพยาบาลหรือคลินิก 2) อุปกรณ์ติดตามสุขภาพ (Health Monitoring Devices) เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด, และเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ที่สามารถส่งข้อมูลไปยังแพทย์ได้แบบเรียลไทม์ 3) ระบบเตือนภัย (Alert Systems) เช่น ระบบตกใจหรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถกดปุ่มเพื่อเรียกความช่วยเหลือได้ทันทีในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือปัญหาสุขภาพ 4) เทคโนโลยีการสื่อสาร (Communication Technologies) การใช้แท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟนในการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนฝูง ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเชื่อมโยงและไม่โดดเดี่ยว 5) การวินิจฉัยและการรักษาผ่านแอป (Remote Diagnosis and Treatment Apps) แอปที่ช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและเสนอแนะแนวทางการรักษาผ่านข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย 6) เทคโนโลยี AI และการวิเคราะห์ข้อมูล (AI and Data Analytics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพเพื่อคาดการณ์ปัญหาหรือแนวโน้มในสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนะนำการรักษาหรือการป้องกัน 7) ระบบจัดการยา (Medication Management Systems) เช่น แอปที่ช่วยเตือนให้ผู้สูงอายุรับประทานยาอย่างถูกต้องตามเวลาที่กำหนด และติดตามการใช้ยาของพวกเขา และ 8) เทคโนโลยีการตรวจจับการล้ม (Fall Detection Technology) อุปกรณ์ที่ติดตั้งในบ้านเพื่อการตรวจจับการล้มและส่งสัญญาณเตือนภัยไปยังบุคคลหรือศูนย์บริการฉุกเฉิน เทคโนโลยีเหล่านี้สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการทำ

ให้การดูแลสุขภาพเป็นไปได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁸

ประสิทธิภาพของการบริการการแพทย์ทางไกลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การแพทย์และการพยาบาลทางไกลช่วยให้ผู้รับบริการในพื้นที่ห่างไกลหรือผู้ที่มีความยากลำบากในการเดินทางสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลหรือคลินิก ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากและเสียเวลา ทำให้เกิดความสะดวกสบายและประหยัดเวลา ผู้รับบริการสามารถ รับคำปรึกษาหรือการติดตามอาการจากที่บ้านหรือที่ทำงานได้ โดยไม่ต้องใช้เวลารอคอยหรือลังงาน อีกทั้งเป็นการลดความแออัดในสถานพยาบาล และสามารถแก้ไขปัญหาการผัดผ่อนหรือไม่มาตามนัดในผู้รับบริการโรคเรื้อรัง การบริการการแพทย์ทางไกลมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายด้าน ดังนี้ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้น 2) การติดตามและควบคุมโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 3) การลดค่าใช้จ่ายช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิก รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4) ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการจากบ้านของตนเอง นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับบริการทางการแพทย์ได้ในเวลาที่สะดวก 5) การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเชื่อมโยงกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้มากขึ้น โดยไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว และ 6) การป้องกันและการดูแลก่อนการเกิดโรคสามารถช่วยในการให้คำแนะนำและการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งช่วยในการป้องกันและตรวจวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น⁹

บทบาทของพยาบาลในการบริการการแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ตามประกาศเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล

พ.ศ. 2562 ที่ออกโดยสภาการพยาบาลเมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 มีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ใน 3 หมวด รวมทั้งหมด 11 มาตรฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) หมวดการบริหารจัดการบริการพยาบาล มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการคุณภาพการพยาบาล และมาตรฐานที่ 2 การวางแผนและการประเมินผลการให้บริการ 2) หมวดการดูแลผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 3 การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการและโรคที่สามารถจัดการได้ในระดับปฐมภูมิ มาตรฐานที่ 4 การให้คำปรึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 5 การให้การศึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน และมาตรฐานที่ 6 การให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ และ 3) หมวดการทำงานร่วมกับชุมชนและทีมงานสุขภาพ มาตรฐานที่ 7 การทำงานร่วมกับชุมชน มาตรฐานที่ 8 การทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ มาตรฐานที่ 9 การประสานงานและการอ้างอิงกับบริการอื่นๆ มาตรฐานที่ 10 การสร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพการทำงานร่วมกับบุคลากร และมาตรฐานที่ 11 การบันทึกและการรายงานข้อมูลการพยาบาล มาตรฐานเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพการให้บริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ และให้พยาบาลมีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นบทบาทหลักที่พยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ¹⁰

แต่ยังมีบทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งในปัจจุบัน คือ การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน บทบาทหลักๆ ของพยาบาล¹¹ ประกอบไปด้วย 1) การติดตามและประเมินสุขภาพ พยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเพื่อติดตามและประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น

การตรวจสอบสัญญาณชีพ การจัดการโรคเรื้อรัง หรือ การติดตามอาการของโรค 2) การให้คำแนะนำและการศึกษา พยาบาลสามารถให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ การใช้ยา และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพผ่านการแพทย์ทางไกล นอกจากนี้ยังสามารถให้การศึกษากับเกี่ยวกับการจัดการโรคและวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด 3) การสนับสนุนทางอารมณ์ การมีส่วนร่วมในแพลตฟอร์มการแพทย์ทางไกล ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้สูงอายุที่อาจรู้สึกโดดเดี่ยวหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง 4) การประสานงานกับทีมสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานระหว่างผู้สูงอายุและทีมสุขภาพ โดยใช้การแพทย์ทางไกลในการสื่อสารกับแพทย์อื่นๆ นักโภชนาการ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ เพื่อให้การดูแลมีความครบถ้วนและเป็นระบบ 5) การจัดการกรณีและการวางแผน การดูแล พยาบาลช่วยในการจัดการกรณีและการวางแผนการดูแลโดยใช้ข้อมูลที่ได้รับจากการแพทย์ทางไกลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการ 6) การให้การดูแลที่เป็นแบบเฉพาะบุคคล การแพทย์ทางไกลช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลที่เป็นแบบเฉพาะบุคคลตามข้อมูลและประวัติสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้การดูแลมีความตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้นและ 7) การจัดการกับปัญหาทางเทคนิค พยาบาลต้องสามารถจัดการกับปัญหาทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางไกล เช่น การตั้งค่าอุปกรณ์ การให้คำแนะนำในการใช้แพลตฟอร์ม หรือการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นการใช้การแพทย์ทางไกลสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีขึ้นและสะดวกสบายมากขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹²

ปัญหาและความท้าทายในการให้บริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุ

ปัญหาหลักที่ระบบการดูแลสุขภาพในหลายประเทศกำลังเผชิญประกอบด้วย ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบการแพทย์ ประชาชนบางกลุ่มอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้เท่าที่ควร การได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน การให้บริการอาจไม่เป็นธรรมและไม่เสมอภาค คุณภาพของการบริการอาจมีคุณภาพที่แตกต่างกัน และความคุ้มค่าต่อค่าใช้จ่ายอาจไม่สอดคล้องกับคุณภาพของการบริการ การเปลี่ยนแปลงในระบบการสื่อสาร โดยเฉพาะการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เช่น คอมพิวเตอร์เครือข่าย, โทรศัพท์มือถือ, และระบบ Telemedicine, ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหานี้ เทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาการบริการทางการแพทย์และการเรียนการสอนทางด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่อง¹³

การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับผู้สูงอายุมีข้อดีมากมาย เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และลดความจำเป็นในการเดินทาง แต่ก็มีปัญหาและความท้าทายที่ต้องพิจารณา เช่น 1) ความเข้าใจและการใช้งานเทคโนโลยี ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่คุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยี หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน ซึ่งอาจทำให้การเข้าถึงบริการการแพทย์ทางไกลเป็นเรื่องยาก 2) ปัญหาทางเทคนิค การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียรหรือมีปัญหาในการทำงานของซอฟต์แวร์อาจทำให้เกิดอุปสรรคในการให้บริการ 3) ปัญหาทางสังคมและจิตใจ ผู้สูงอายุบางคนอาจรู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่สามารถรับรู้ได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์เหมือนการไปพบแพทย์แบบตัวต่อตัว 4) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอาจเป็นไปได้ยากเมื่อใช้

ช่องทางการสื่อสารทางไกล เนื่องจากอาจมีข้อจำกัดในการแสดงออกหรือการอ่านข้อมูลที่ละเอียด 5) ความปลอดภัยของข้อมูล ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกส่งผ่านช่องทางออนไลน์ต้องมีการปกป้องอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันการรั่วไหลหรือการโจมตีทางไซเบอร์ 6) การตรวจสอบและติดตามผล การติดตามผลและการตรวจสอบสภาพร่างกายที่ละเอียดอาจเป็นเรื่องยากในการให้บริการทางไกล เนื่องจากไม่สามารถทำการตรวจสอบทางกายภาพได้และ 7) ปัญหาด้านการเข้าถึง ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลหรือในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ การจัดการกับความท้าทายเหล่านี้จำเป็นต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย รวมถึงการฝึกอบรมผู้สูงอายุในการใช้งานเทคโนโลยี การให้การสนับสนุนทางเทคนิคที่มีคุณภาพ การออกแบบประสบการณ์ผู้ใช้ที่เหมาะสม และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลอย่างเข้มงวด

แนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลสำหรับทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และครอบครัว

การพัฒนารูปแบบในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ทางไกลได้มากขึ้น และเจ้าหน้าที่เริ่มรับรู้ถึงประโยชน์จากการใช้งานมากขึ้น จะทำให้ไม่รู้สึกว่าการใช้งานยากเหมือนในช่วงแรก ¹⁴ ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาดังนี้ 1) การจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่อธิบายการทำงานของบริการแพทย์ทางไกล การใช้งานแอปพลิเคชันหรือการเชื่อมต่อกับแพทย์ ที่ผู้สูงอายุใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน 2) การให้บริการที่เป็นมิตร มีการสนับสนุนทางจิตใจ 3) ทำให้เข้าถึงได้ง่าย ให้บริการช่วยเหลือทางเทคนิคเพื่อช่วยเหลือหากเกิดปัญหาขณะใช้งาน 4) การเน้นย้ำเรื่องมาตรการด้านความ

ปลอดภัยและการรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพ 5) การสร้างประสบการณ์ที่ดี สื่อสารที่ชัดเจน การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการติดตามประเมินความพึงพอใจ 6) การสร้างกลุ่มหรือชุมชนออนไลน์สำหรับผู้ให้บริการเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน 7) การปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพของบริการ และ 8) การลงทุนในเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันสมัยอยู่เสมอ

การสร้างเชื่อมั่นในการให้บริการการแพทย์ทางไกลของผู้สูงอายุและครอบครัว

การสร้างเชื่อมั่นในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญมาก เนื่องจากมันช่วยให้พวกเขาได้รับการดูแลที่ดีขึ้นโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลหรือต้องออกจากบ้าน แนวทางที่อาจช่วยสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ให้บริการประกอบด้วย 1) การศึกษาและการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางไกลในผู้สูงอายุ จัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่อธิบายการทำงานของบริการแพทย์ทางไกล การใช้งานแอปพลิเคชัน หรือการเชื่อมต่อกับแพทย์ จัดฝึกอบรมหรือการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าใจวิธีการใช้เทคโนโลยี รวมถึงการตั้งค่าหรือการจัดการปัญหาที่พบบ่อย 2) การให้บริการที่เป็นมิตรมีการสนับสนุนทางเทคนิคและทำให้เข้าถึงได้ง่าย ให้บริการช่วยเหลือทางเทคนิคเพื่อช่วยเหลือหากเกิดปัญหาขณะใช้งาน ปรับปรุงให้บริการมีความเป็นมิตรและใช้งานง่าย เช่น การออกแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 3) การสร้างความเชื่อมั่นความปลอดภัยความเป็นส่วนตัวและการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา เน้นย้ำเรื่องมาตรการด้านความปลอดภัยและการรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพ ชี้แจงขั้นตอนการรักษาและการติดตามผลให้เข้าใจ

ง่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจในการรับบริการ 4) การสร้างประสบการณ์ที่ดี สื่อสารที่ชัดเจน ติดตามผลและความพึงพอใจ แพทย์ควรสื่อสารอย่างชัดเจนและให้ความสำคัญกับความต้องการและความกังวลของผู้ป่วย มีการติดตามผลการรักษาและสอบถามความพอใจของผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ 5) การสร้างชุมชนและสนับสนุนและการประชาสัมพันธ์ สร้างกลุ่มหรือชุมชนออนไลน์สำหรับผู้ใช้บริการเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ใช้สื่อที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ทางไกล เช่น ผ่านช่องทางออนไลน์หรือกิจกรรมในชุมชน 6) การปรับปรุงและพัฒนา รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ใช้บริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพของบริการ ลงทุนในเทคโนโลยีใหม่ๆ และอัปเดตเพื่อให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและทันสมัย การสร้างความเชื่อมั่นในการใช้บริการการแพทย์ทางไกลต้องการการมีส่วนร่วมของหลายฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการ ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อให้บริการนี้สามารถตอบสนองความต้องการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่

สรุป

การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นเทคโนโลยีที่มีบทบาทสำคัญในการขยายขอบเขตการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปยังสถานพยาบาล ซึ่งถือเป็นทางเลือกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในช่วงที่มีโรคระบาด หรือในพื้นที่ที่การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ยังคงมีข้อจำกัด เช่น พื้นที่ห่างไกลหรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเดินทาง การนำการแพทย์ทางไกลมาใช้ในประเทศไทยยังเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ได้แก่ การเข้าถึงเทคโนโลยี ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาด้านกฎหมายและความปลอดภัยการให้บริการแบบซิงโครนัส (Synchronous) การให้บริการแบบอะซิงโครนัส (Asynchronous) การตรวจสุขภาพ

ระยะไกล (Remote Monitoring) ความสำคัญของการพัฒนา Telemedicine สำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในระบบ Telemedicine สำหรับผู้สูงอายุมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหลายโรคที่ต้องการการติดตามอย่างสม่ำเสมอ และบางครั้งการเดินทางไปสถานพยาบาลอาจเป็นภาระหนัก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุผ่าน Telemedicine ได้แก่ แพลตฟอร์ม Telemedicine ใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรึกษาแพทย์ผ่านการประชุมทางวิดีโอ หรือแอปพลิเคชัน อุปกรณ์ติดตามสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หรือเครื่องวัดน้ำตาลในเลือด ที่สามารถส่งข้อมูลให้แพทย์ได้ทันที ระบบเตือนภัย (Alert Systems) ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเรียกความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในกรณีฉุกเฉิน เทคโนโลยีการตรวจจับการล้ม (Fall Detection) อุปกรณ์ที่สามารถตรวจจับการล้มของผู้สูงอายุและส่งสัญญาณเตือนทันที ประสิทธิภาพของการแพทย์ทางไกลในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การใช้การแพทย์ทางไกลช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้นจากที่บ้าน โดยไม่ต้องเดินทางไกล ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนี้ยังช่วยให้การติดตามและควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุทำได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะการติดตามการใช้ยา การควบคุมความดันโลหิต และการตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือด บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุผ่าน Telemedicine พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การติดตามสุขภาพ การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการประสานงานกับทีมสุขภาพ พยาบาลยังสามารถช่วยในการจัดการกรณีและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการแพทย์

ทางไกลเพื่อให้การดูแลเหมาะสมกับความต้องการ
ของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนให้ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร
ประจำหมู่บ้าน หรือบุคคลที่มีจิตอาสา เข้าใจและ
ช่วยเหลือบุคคลกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล
ได้รับยาสม่ำเสมอโดยที่ผู้ป่วยไม่ขาดยา

2. สนับสนุนสถานศึกษาสร้างความเข้าใจ
และเป็นตัวเชื่อมในการดูแลการเข้าถึงระบบสุขภาพ
และการเข้าถึงการบริการทางแพทย์ทางไกลในกลุ่ม
ด้อยโอกาสทางเทคโนโลยีโดยการสร้าง อาสาสมัคร
นักศึกษาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยังเข้าถึงไม่ถึงบริการ
สุขภาพหรือไม่มีญาติคอยดูแล

Reference

1. Woratha M. Access to public health services in Thailand: reflection and inequality of socially vulnerable groups. *J Hum Soc Sci Univ Southeast Asia*. 2022;6(1):55-68.
2. World Health Organization. A health telematics policy: report of the WHO group consultation on health telematics Geneva, 11–16 December 1997. Geneva: World Health Organization; 1998.
3. Than J, Sim PY, Muttuvelu D, Ferraz D, Koh V, Kang S, Huemer J. Teleophthalmology and retina: a review of current tools, pathways and services. *Int J Retina Vitreous*. 2023 Dec 5;9(1):76.
4. Vipawan Annopornchai & Chawapon Kidhirunkul. Applications of telemedicine systems for the improvement of quality service in rural emergency medicine. *West Univ Res J Hum Soc Sci*. 2021;7(3):258-71. Thai.
5. Thiraphat Adulyatham. Cloud meeting – Telemedicine with medical personnel in the COVID-19 era. *J Dep Med Serv*. 2020;45(2):5-7.
6. Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Digital health strategy of the Ministry of Public Health (2021-2025). [Internet] Available from: https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e13f81fec13e431e7a5e.pdf. Accessed August 13, 2024. Thai.
7. Ansarian M, Baharlouei Z. Applications and challenges of telemedicine: privacy-preservation as a case study. *Arch Iran Med*. 2023 Nov 1;26(11): 654-61.
8. Mechanic OJ, Persaud Y, Kimball AB. Telehealth systems. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29083614>. Accessed September 12, 2022.
9. Moradi V, Babaee T, Esfandiari E, Lim SB, Kordi R. Telework and telerehabilitation programs for workers with a stroke during the COVID-19 pandemic: a commentary. *Work*. 2021;68(1):77-80.
10. Natthawirod Choodum, Sasinaporn Lohitthai, Wanwisa Kunsat. The role of practical nurses and the outcomes of service delivery in primary healthcare units. *Journal of the Clinical Medical Education Center, Phra Pokklao Hospital*. 2022; 39(2): 251-8. Thai.

11. Nursing Council of Thailand. Guidelines for tele-nursing. Nursing Council of Thailand. 2021; 138(33): 49- 51. Thai.
12. Ministry of Public Health. Standards for health services using telemedicine systems. [Announcement]. Bangkok: Ministry of Public Health;2021.138(23):6-7. Thai.
13. Paisan Muneesawang. Report on the development of a prototype technology to improve the quality of remote emergency medical services in rural areas through high-speed digital networks. 2018. Accessed September 19, 2024, from <http://nuradio.nu.ac.th/?p=4096>. Thai.
14. Jarurat Pattanathong. Development of telemedicine service model, Prachuap Khiri Khan Province. *J Health Sci Thailand*. 2024;33(3):452-64. Thai.



วารสารกองการพยาบาล

กองบรรณาธิการวารสารกองการพยาบาล

อาคาร 4 ชั้น 4 ตึกกรมการแพทย์ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-6264, 0-2590-6291 โทรสาร 0-2590-6295, 0-2591-8268

Website <http://www.nursing.go.th>