BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

JOURNAL OF BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567
Vol. 18 No. 2 May – August 2024

E-ISSN 2673-0375

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

วารสารสถาบันบำราศนราดูร เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดย สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร และหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อ และประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข
3. เพื่อเป็นการจัดการความรู้ และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้

คณะที่ปรึกษา:	นายแพทย์กิตติ์พงศ์ สัญชาตวิรุฬห์	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร
	แพทย์หญิงศรัณยา ประสิทธิศิริกุล	รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายบริการทางการแพทย์ สถาบันบำราศนราดูร
	นางสุทธิพร เทรูยา	รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร
	นายแพทย์วิศิษฎ์ ประสิทธิศิริกุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
บรรณาธิการ:	แพทย์หญิงวรรณรัตน์ พงศ์พิรุฬห์	สถาบันบำราศนราดูร
รองบรรณาธิการ:	นางสาวนิอร อริโยทัย	สถาบันบำราศนราดูร
กองบรรณาธิการ:	ศ.เกียรติคุณนพ.ธีระ รามสูต	มูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์
	รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.ทรงพล ต่อนี	ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
	ผศ.ดร.มนพร ชาติชำนิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
	ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จ.นนทบุรี
	ดร.วัลลีรัตน์ พบคีรี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิศัลย์ มูลศาสตร์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
	ดร.นพ.สุทัศน์ โชตนะพันธ์	กองป้องกันการบาดเจ็บ
	ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร	กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค
	นางวราภรณ์ เทียนทอง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร
	ดร.ปิยะวดี สุมาลัย	สถาบันบำราศนราดูร
ผู้จัดการ:	นางสาวมณทิรา ท้าวเชื่อน	
ฝ่ายจัดการ:	นางสาวจันทรกานต์ สุขเรือน	

สำนักงานวารสาร: สถาบันบำราศนราดูร 38 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 5 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0 2590 3483, E-Mail: bidijournal@gmail.com

กำหนดออก: ปีละ 3 ฉบับ
(ฉบับที่1: มกราคม-เมษายน, ฉบับที่2: พฤษภาคม-สิงหาคม, ฉบับที่3: กันยายน-ธันวาคม)

เผยแพร่: เวบไซต์ ThaiJo https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index
เวบไซต์สถาบันบำราศนราดูร http://bamras.ddc.moph.go.th/th/index.php

JOURNAL of BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE

Official Publication of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Objective:
1. To distribute new knowledge and researches. Conducted by health Professional in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute and Ministry of Public Health.
2. Media for knowledge charring among public health personnel
3. Media for knowledge management and knowledge based organization

Advisors:	Kittipong Sanchartwiroon, M.D.	Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Saranya Prasithsirikul, M.D.	Deputy Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Suttiporn Teruya, B.N.S.	Deputy Director of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Wisit Prasithsirikul, M.D.	Senior Expert, Department of Disease Control
Editor:	Wannarat Pongpirul, M.D.	Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Deputy editor:	Niorn Ariyothai, B.N.S, B.A, M.Sc. (Infectious Disease)	Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Editorial Board:	Prof.Teera Ramasoota, M.D., M.P.H., M.P.A.	Rajapracha Samasai Foundation, Raj Pracha Samasai Institute
	Assoc.Prof.Dr.Sukhontha Kongsin, Ph.D.	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Asst.Prof. Krit Pongpirul, M.D., Ph.D	Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
	Asst.prof. Songpol Tornee, Ph.D.(Tropical Medicine)	Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University
	Asst.prof. Manaporn Chatchumni, Ph.D.(Care Sciences)	Faculty of Nursing, Rangsit University
	Dr.Yupawan Thongtanunam, Ph.D.(Health Promotion)	Boromarajonane College of Nursing Changwat Nonthaburi
	Dr.Vallerut Pobkeeree Dr.P.H.	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Weerawat Manosuthi, M.D.	Senior Expert, Department of Disease Control
	Visal Moolasart,	M.D. Senior Expert, Department of Disease Control
	Chawetsan Namwat, M.D	Division of Epidemiology, Department of Disease Control
	Suthat Chottanapund, M.D., Ph.D.	Director, Institute of Preventive Medicine, Department of Disease Control
	Naiyana Praditsitthikorn, Ph.D.(Pharmacy Administration)	Division of Innovation and Research, Department of Disease Control
	Varaporn Thientong, M.N.S.	Bureau of Diseases Preveulion and control Antimicrobial Resistance, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
	Piyawadee Sumalai,M.N.S.Ph.D.	Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Manager:	Monthira Thaokhuean, B.A. (Information Science)	
Management Department:	Jantarakran Sookrean, B.A. (Library Science)	

Editor Office: Journal office, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
38 Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000, 5th floor of Chalermprakiat Building Floor.
Tel. 0 2590 3483, E-Mail: bidijournal@gmail.com

Frequency: 3 issues per year (January-April, May-August, September-December)

Published on: https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index
http://bamras.ddc.moph.go.th/th/index.php

วัตถุประสงค์และขอบเขตเนื้อหา

วารสารสถาบันบำราศนราดูร มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ ระบาดวิทยา การสอบสวนโรค อนามัยสิ่งแวดล้อม การแพทย์ การพยาบาล การพัฒนาคุณภาพงาน การตรวจพิเศษ และห้องปฏิบัติการยุทธศาสตร์และนโยบายทางสาธารณสุข การประเมินผลโครงการ การพัฒนาประเมินหลักสูตร เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และอื่น ๆที่เกี่ยวข้องในรูปแบบบทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วย กรณีศึกษา รายงานผลการวิจัย ผลการปฏิบัติงาน นวัตกรรมใหม่ การทบทวนวรรณกรรม สาระน่ารู้หรือการแปลเอกสารวารสารที่สามารถนำมาเป็นแนวทางหรือความรู้แก่ผู้อ่าน เช่น ผลการวิจัยใหม่ ๆ ที่พบในวารสารต่างประเทศ

วารสารฯ มีกำหนดออกปี ละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ งานวารสารสถาบันบำราศนราดูร ซ.ติวานนท์14 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร 0 2590 3645, E-mail: bidijournal@gmail.com

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว จะเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารสถาบันบำราศนราดูร
3. ค่าบริหารจัดการ

    3.1 วารสารสถาบันฯยกเว้นค่าลงทะเบียนแรกเข้า และค่าสมาชิกรายปี

    3.2 เจ้าหน้าที่สังกัดกรมควบคุมโรคผู้นิพนธ์ชื่อแรก

    มีค่าใช้จ่ายในการพิสูจน์อักษรบทคัดย่อ/บทความภาษาอังกฤษ และการจัดหน้าตีพิมพ์โดยบทความภาษาไทย 1,500 บาท และบทความภาษาอังกฤษ 2,500 บาท

    3.3 ผู้นิพนธ์ทั่วไป

    มีค่าใช้จ่ายในการพิสูจน์อักษรบทคัดย่อ/บทความภาษาอังกฤษ และการจัดหน้าตีพิมพ์โดยบทความภาษาไทย 2,500 บาท และบทความภาษาอังกฤษ 3,500 บาท

4. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น โดยเฉพาะความถูกต้อง ของเอกสารอ้างอิงตามระบบ Vancouver
5. ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/ 1 เรื่อง โดยผู้นิพนธ์จะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
6. ผู้นิพนธ์ต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
7. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบผลการพิจารณา กรณีที่ต้องแก้ไขก่อนเผยแพร่ควรตรวจสอบและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้นิพนธ์ส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
8. ส่ง file ต้นฉบับได้ทางระบบออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL:https://www.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/index

มาตรฐานทางจริยธรรม

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์บทความ ควรขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารสถาบันบำราศนราดูร และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่นต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้นิพนธ์บทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ

2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือสมควรตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสถาบันบำราศนราดูรหรือไม่

3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้นิพนธ์ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์

4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ใช้แลกเปลี่ยนระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้นิพนธ์

6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ

7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารสถาบันบำราศนราดูรอย่างเคร่งครัด

8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารสถาบันบำราศนราดูร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ

9. ทำการชี้แจงการแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขออภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารสถาบันบำราศนราดูรแล้ว

2. ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)

3. คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ

4. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว

5. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง

6. ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)

7. ในบทความ ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จหรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่ผู้นิพนธ์ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ

2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง

3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ

4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที

5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด

6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสถาบันบำราศนราดูร ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันบำราศนราดูร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใดผู้นิพนธ์จำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

นโยบายความเป็นส่วนตัว

ชื่อและที่อยู่อีเมลที่ระบุในวารสารสถาบันบำราศนราดูร จะถูกใช้เพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในวารสารเท่านั้นและจะไม่ถูกนำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่น หรือต่อบุคคลอื่นใด

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. การเตรียมต้นฉบับ

1.1 บทความวิจัย (Original Article)

❖ **รูปแบบและขนาดตัวอักษร** ใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK 16 ระยะห่าง 1 บรรทัด ภาษาอังกฤษใช้ระยะห่าง 1.5 บรรทัด ส่วนชื่อเรื่องและหัวข้อเรื่องพิมพ์ตัวหนา และเพิ่มขนาดตามความเหมาะสม

❖ **พิมพ์บนกระดาษขนาด A4** พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้วทั้ง 4 ด้าน พิมพ์หน้าเดียวเป็นภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ

❖ **ความยาวไม่เกิน 12 หน้า** ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล เอกสารอ้างอิง ตามลำดับ (ถ้ามีภาพประกอบให้เขียนชื่อใต้รูปกำกับด้วย) รายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ตัวย่อวุฒิการศึกษา และหน่วยงาน/สถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วและมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง รวมทั้งคำสำคัญ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 350 คำ

วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย กล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ ตาราง(ถ้ามี)ให้ใส่ชื่อตารางเหนือตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมใต้ตาราง แผนภูมิ/รูปภาพ(ถ้ามี)ให้ใส่ชื่อใต้แผนภูมิ/รูปภาพ

อภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงทุกเรื่องจากตัวจริงหรือสำเนาตัวจริง

2) เขียนระบบ Vancouver โดยใช้ตัวเลข พิมพ์ยก เรียงลำดับตามการอ้างในเรื่อง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) หากเป็นเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 6 ชื่อแรกและตามด้วย “และคณะ”

4) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษา อังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus และต้องเขียนเอกสารอ้างอิงไทยทั้งหมดเป็นรูปแบบภาษาอังกฤษ และมี (in Thai) ต่อท้ายบทความ การใช้เอกสารอ้างอิง ไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เหมือนกับ 1.1 บทความวิจัย (Original Article)

1.3 บทความวิชาการ (Academic Article)

❖ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็น

บทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ หรือการรายงานประวัติศาสตร์โรคและภัยสุขภาพ ความสำเร็จของการดำเนินงานในอดีต

❖ รูปแบบ ขนาดตัวอักษร ลักษณะการพิมพ์และเอกสารอ้างอิงใช้แบบเดียวกับบทความวิจัย/รายงานผู้ป่วย

❖ ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และ เอกสารอ้างอิง ตามลำดับ (ถ้ามีภาพประกอบให้เขียนชื่อใต้รูปกำกับด้วย) รายละเอียดใช้แบบเดียวกับบทความวิจัย/รายงานผู้ป่วย

2. การส่งต้นฉบับ

2.1 ส่ง Electronics File บทความ/ผลงานวิชาการ พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord ที่ E-mail: bidijournal@gmail.com

2.2 พร้อมแนบแบบนำเสนอบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ฯ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ bamras.ddc.moph.go.th/

ส่งมาที่งานวารสารสถาบันบำราศนราดูร หรือที่ E-mail: bidijournal@gmail.com

3.การรับเรื่องต้นฉบับ และการเผยแพร่

3.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่าน ร่วมพิจารณา

3.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาเผยแพร่ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

3.3 เรื่องที่พิจารณาจะลงเผยแพร่แทนการตีพิมพ์สามารถดาวน์โหลดต้นฉบับจากเวปไซต์ของสถาบันฯ ทั้งนี้ของดการตีพิมพ์เป็นรูปเล่มวารสาร ตั้งแต่ปีที่ 12 (พศ. 2561) เป็นต้นไป

4. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

4.1 การอ้างอิงวารสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์;เล่มที่ของวารสาร(volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ย่อชื่อวารสารไทยและต่างประเทศ (ถ้ามี) เช่น Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute ชื่อย่อคือ J Bamrasnaradura Infect Dis Inst สามารถเขียนได้ดังนี้

ตัวอย่างภาษาไทยปรับให้เป็นภาษาอังกฤษ

1. ภคนันท์ สาดสี. ความชุกของเชื้อ Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2562; 13(2): 78-86.

ปรับเป็น

1. Sadsee P. The Prevalence of Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae at Somdejphrachoataksinmaharaj Hospital, Tak. J Bamrasnaradura Infect Dis Inst 2019; 13(2): 78-86. (in Thai)

ตัวอย่างเพิ่มเติม

2. Dan Song, Tu-Zhen Xu, Qiu-Hua Sun. Effect of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. Int J Nurs Sci 2014; 1(3): 291-7.

กรณีไม่มีชื่อย่อวารสาร ให้ใส่ชื่อวารสารเต็ม

ตัวอย่าง

1. Keeratiphakhawat Y, Rodcumdee P. The effectivness of using perceived self-efficacy in a program promotingmaternal care to prevent recurrent pneumonia in toddlers. Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University 2010; 22(1-3): 83-93. (in Thai)

2. Phinthong B, Chaimongkol N, Pongjaturawit Y. Family factors related to executive function development in preschool children. The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University 2018; 26(2): 20-9. (in Thai)

4.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักที่พิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo therapy. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่างภาษาไทยปรับให้เป็นภาษาอังกฤษ

1. ศรชัย หลูอารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรชัย หลูอารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค,ตระหนักจิต ทะริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: รวมทรรศน์; 2533. หน้า 115-20.

ปรับเป็น

1. Luarisuwan S. Resistance of malaria. In: Luarisuwan S, Bunnag D, Harinasut T, editors. Tropical Medicine Book. 2nd ed. Bangkok: ruamtas; 1990. p. 115-20. (in Thai)

4.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม;สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม;วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security inmedical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

4.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้นิพนธ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่างภาษาไทยปรับให้เป็นภาษาอังกฤษ

1. เอื้อมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.

ปรับเป็น

1. Chaiharn A. Characteristics of community networks for drug prevention and resolution in the community [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 1999. (in Thai)

4.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/citedปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://.....

*หมายเหตุ: ย่อชื่อวารสาร (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

1. Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tubeculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5]; 18: 52-5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://.....

ตัวอย่าง

1. Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out of pocket spending for medical care: agrowing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

ค. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเมืองที่พิมพ์ และสำนักพิมพ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://.....

ตัวอย่างภาษาไทยปรับให้เป็นภาษาอังกฤษ

1. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ. Anti-biograms [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html

ปรับเป็น

1. National Antimicrobial Resistance Surveillance Thailand. Antibiograms [internet]. 2019 [cited 2019 may 10]. Available from: http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html. (in Thai)

ง. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์ doi

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี เดือน วันที่ตีพิมพ์; เล่มที่ของวารสาร(volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. doi: ..... PMID:..... (หากมีให้ใส่ PMID ด้วย)

ตัวอย่าง

1. Heymann DL, Shindo N. COVID-19: What is next for public health? The Lancet 2020 Feb 22; 395(10224): 542-45. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30374-3.

BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 Vol.18 No. 2 May - August 2024

สารบัญ

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ / Original Article

- ผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมการดูแลทารกและน้ำหนักตัวทารกที่เกิดก่อนกำหนด
  Effects of A Preparation Program for Mothers during the Transition on Infant Care Behaviors and Preterm Infants's Body Weight
  จิดาภา พิกุลงาม, นฤมล ธีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์
  Jidapa Pikulngam, Nurumon Teerarungsikul, Siriyupa Sananrengsak — 69

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้พยาบาลต่อการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต
  Effect of Nursing Knowledge Education Program on Early Detection and Management of Patients with Sepsis
  นิภาพรรณ โชติกาญจนเรือง, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, สุมลชาติ ดวงบุบผา
  Nipapan Chotkanchanaruang, Apinya Siripitiyakunkit, Sumolchat Duangbubpha — 81

- การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจของสถาบันบำราศนราดูร ด้วย Lean Six Sigma
  Improvement of Phlebotomy and Specimen Collection Process In Clinical Laboratory of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute Using Lean Six Sigma Methods
  นฤมล ทันประโยชน์, ถวัลย์ ฤกษ์งาม
  Narumol Thanprayoch, Thaval Rerksngarm — 93

- ปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
  Factors Predicting Health Literacy of Self-Care in Thai Traditional Medicine among Type II Diabetes Mellitus Patients at Phrom Phiram Hospital in Phitsanulok Province
  เปมิกา บุญไทย, ปัทมา สุพรรณกุล, อนุสรา สีหนาท
  Pemika Boonthai, Pattama Suphunnakul, Anusara Sihanat — 103

BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 Vol.18 No. 2 May - August 2024

สารบัญ

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ / Original Article

❖ ผลของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ — นัสชฎาพร นันทะจันทร์, สุชารัตน์ เจริญ, Natchadapohn Nanthachan, Sucharat Charoen — 113

Effects of Contact Precautions Video Media on Knowledge and Practices Among Caregivers, Bangkok Hospital Chiang Mai

❖ ผลการให้บริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สถาบันบำราศนราดูร — อารี รามโกมุท, ฐิติกานต์ กาลเทศ, Aree Ramgomut, Thitikan kalates — 124

The Results of Counseling to Index Partner of HIV Testing in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Original Article
นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมการดูแลทารกและน้ำหนักตัวทารกที่เกิดก่อนกำหนด

จิดาภา พิกุลงาม พย.ม.* [1]
นฤมล ธีระรังสิกุล ปร.ด. [2]
ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ ส.ด. [3]
[1,3] *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*
[2] *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร*

บทคัดย่อ

มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมักรู้สึกไม่พร้อม วิตกกังวล และไม่มั่นใจในการดูแลทารกในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ทำให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลทารก และน้ำหนักตัวทารกไม่เพิ่มขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมการดูแลทารกและน้ำหนักทารกที่เกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรก และทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายทารก 1 สัปดาห์ ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่าน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 และค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที (*t*-test) ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารก หลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างทารกกลุ่มควบคุมและทารกกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่าน ทำให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้านถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ควรนำโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

คำสำคัญ: *โปรแกรมการเตรียมมารดา, ระยะเปลี่ยนผ่าน, พฤติกรรมการดูแลทารก, น้ำหนักตัวทารก*

Received: 18/05/2564
Revised: 01/06/2564
Accepted: 14/07/2564

* จิดาภา พิกุลงาม ผู้รับผิดชอบบทความ

Effects of A Preparation Program for Mothers during the Transition on Infant Care Behaviors and Preterm Infants's Body Weight

Jidapa Pikulngam M.N.S.*[1]
Nurumon Teerarungsikul Ph.D.[2]
Siriyupa Sananrengsak Dr.P.H.[3]
[1,3] Faculty of Nursing, Burapha University
[2] Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

ABSTRACT

Mothers of premature infants often feel unprepared, anxious, and less confident in caring for their babies during the transition from hospital to home. It can lead to less-than-optimal infant care behaviors and low infant body weight. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of a hospital-to-home maternal preparation program on infant care behaviors and body weight of preterm infants. The sample was 30 primigravida mothers and their preterm infants in the Thammasat University Hospital. The sample was divided equally into experimental and control groups. The control group received routine care in the hospital. The experimental group received, in addition, the transition preparation program 1 week before discharge in eight 30-45 minute sessions. The instrument was the maternal transition preparation program and maternal behaviour in caring preterm infant questionnaire. The content validity index was .88; Cronbachs's alpha was .89. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Post-test results for maternal caring of premature infant behaviors revealed that the experimental group mean score was significantly higher the control group's ($p < .001$). However, for body weight, the mean scores in the experimental and control groups were not significantly different ($p > .05$).

The findings indicate that the maternal transition preparation program for premature infants made a positive, significant difference, although it had no significant impact on infant body weight. Nurses and health care professionals should use the maternal transition preparation program for mothers of preterm infants while the infants are in the neonatal unit.

Key words: *Preparation Program, Transition, Infant Care Behaviors, Preterm Infants's Body Weight*

* Corresponding Author: Jidapa Pikulngam

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเพิ่มมากขึ้นและยังคงเป็นปัญหาสำคัญ อุบัติการณ์ของทารกเกิดก่อนกำหนดทั่วโลกจำนวน 15 ล้านคน ในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 5-18 สำหรับประเทศไทย พบสถิติการเกิดมีชีพของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 ร้อยละ 8.3, 8.8 และ 8.7 ตามลำดับ1 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 52 จากสถิติทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ปี 2558 ถึงปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 7.5, 9.5 และ 11.8 ตามลำดับ[3] จะเห็นว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี นอกจากนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ[4]

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีลักษณะอ่อนแอ เนื่องจากอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ยังทำงานไม่สมบูรณ์ จึงมักมีภาวะเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหายใจลำบาก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ดี[6] ทำให้ทารกต้องถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด เพื่อให้การรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์พิเศษในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ด้วยข้อจำกัดของหอผู้ป่วยหนักที่ไม่เอื้ออำนวยให้มารดาได้อยู่ดูแลทารก มารดาจึงขาดโอกาสใกล้ชิดและดูแลทารก ซึ่งเป็นการขัดขวางการสัมพันธภาพระหว่างแม่-ลูก และการปรับตัวของมารดาอันนำไปสู่การสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา มารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดนับเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดหวังไว้ มารดาจึงเกิดความเครียดสับสน[5,6] ไม่แน่ใจในบทบาทของตนเอง วิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างที่อ่อนแอและอาการเจ็บป่วยของทารก โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ไม่กล้าจับต้องทารก ทำให้ขาดการเรียนรู้พฤติกรรมของทารก[5] มารดารู้สึกว่าไม่มีความรู้หรือทักษะ และไม่มั่นใจในการดูแลทารกภายหลังจำหน่าย[6,7] ซึ่งพบว่าภายหลังจำหน่ายมารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำและไม่ถูกต้อง ได้แก่ การดูแลให้อาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การส่งเสริมพัฒนาการ การจัดท่านอนเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน การป้องกันการติดเชื้อ ท่าอุ้มทารก และการสังเกตอาการผิดปกติ[10,11] จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่ามารดายังไม่มีความพร้อม ขาดทักษะ และไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน[6] ดังนั้นการเตรียมความพร้อม ฝึกฝนทักษะ และการสอนที่มีคุณภาพสูงของพยาบาลจะช่วยให้มารดามีความสามารถในการดูแลทารกได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลทารกถูกต้องและเหมาะสม[8,9]

แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ[7] (เอเฟส อับราฮิม เมลลิส) เป็นกระบวนการของการเคลื่อนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปสู่สภาวะหนึ่งของช่วงชีวิต (Transition condition) ดังเช่นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดถือเป็นการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์การตั้งครรภ์เข้าสู่สถานการณ์การคลอดทารกลักษณะอ่อนแอ ไม่สมบูรณ์แข็งแรง และการเปลี่ยนบทบาทในการดูแลทารกภายหลังจำหน่าย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยให้บุคคลตระหนักและปรับเปลี่ยนตนเองจนสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่ได้ง่ายขึ้น ด้วยการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of readiness) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation for transition) และการใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) เพื่อให้การมีความสามารถ (Mastery) มีทักษะในการจัดการตนเองกับสถานการณ์ใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการให้ความรู้ ฝึกฝนทักษะ ส่งเสริมครอบครัวมีส่วนร่วม และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายหลังจำหน่าย เหล่านั้นล้วนมีความสำคัญที่จะทำให้มารดาสามารถปฏิบัติการดูแลทารกได้ถูกต้อง มีพฤติกรรมการดูแลทารกที่บ้านได้ถูกต้องและเหมาะสม

การเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านที่ผ่านมาพบได้น้อย และเป็นการศึกษาย้อนหลังมากกว่า 10 ปี พบเพียงการศึกษาเดียวที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อการรับรู้และความเชื่อมั่นในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด[10] ซึ่งไม่มีขั้นตอนการประเมินความพร้อมของมารดา และสามีไม่ได้เข้ากิจกรรม

นอกจากนั้นส่วนใหญ่พบเป็นการศึกษาที่ไกล้เคียง[11,12,13] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ[7] (อเฟส อับราฮิม เมลลิส) ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมของมารดา ด้านความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ความเชื่อ การเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกด้วยการให้ความรู้ สอน สาธิต ฝึกฝนทักษะด้วยตนเอง และมอบคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ร่วมกับให้สามีเข้าร่วมในการฝึกทักษะ โดยมีผู้วิจัยอยู่ใกล้ ๆ คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ จนมารดาสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง มีความมั่นใจ มีพฤติกรรมการดูแลทารกถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมการดูแลทารกและน้ำหนักตัวทารกที่เกิดก่อนกำหนด

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารกภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ในกลุ่มที่ร่วมโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าทารกที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ[7] (อเฟส อับราฮิม เมลลิส) ซึ่งอธิบายว่ามารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์การตั้งครรภ์เข้าสู่สถานการณ์การคลอดทารกลักษณะอ่อนแอ ไม่สมบูรณ์แข็งแรง และการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition) ด้านบุคคล ชุมชนและสังคม ได้แก่ การเตรียมความพร้อม ความรู้ที่ต้องมีอย่างต่อเนื่องที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และการสนับสนุนจากคู่ครอง เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่านเพื่อเข้าสู่บทบาทใหม่ของมารดา โดยการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) ดังนี้ 1) การประเมินความพร้อม 2) การเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ สอน สาธิต ฝึกทักษะ 3) การใช้บทบาทเสริม โดยให้สามีเข้ามาร่วมในการฝึกทักษะร่วมกับผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ทำให้มารดาลดความเครียด มีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติการดูแลทารกได้ถูกต้อง อีกทั้งการเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย เพื่อติดตามปัญหาการดูแลให้คำแนะนำการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้อาหาร 2) การสัมผัสด้วยความรัก 3) การดูแลความสะอาดร่างกายทารก 4) การดูแลเรื่องการนอนหลับ 5) การดูแลด้านความปลอดภัย และ 6) การส่งเสริมพัฒนาการ ย่อมส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quai-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest designs) กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกป่วยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี โดยกำหนดคุณสมบัติของมารดาตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) มารดาครรภ์แรกอายุตั้งแต่ 18 ปีไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 2) เป็นผู้ดูแลหลัก 3) สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น

กำหนดคุณสมบัติของทารกตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. ทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (Ballard score)

2. รักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 3 เดือนมีแผนจำหน่าย 1-2 สัปดาห์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและพิการแต่กำเนิด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง โรคปอดเรื้อรัง ปากแหว่งเพดานโหว่ และหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยการวินิจฉัยของแพทย์

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ทารกมีอาการวิกฤตต้องย้ายเข้าไปรักษาที่หอผู้ป่วยหนักหรือย้ายไปรักษาโรงพยาบาลอื่น

2. ระหว่างการทดลองกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของเนตรทอง ทะยา[14] ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดากลุ่มทดลอง 70.6 (SD = 5.98) กลุ่มควบคุม 64.25 (SD = 4.66) นำตัวเลขดังกล่าวมาแทนค่าเพื่อหาอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

จากสูตร $d = \frac{m_A - m_B}{\sigma}$

และ $\sigma = \frac{SD_A + SD_B}{2}$

$d = 1.19$

จากค่า d ที่ได้นำค่าที่ได้เปิดตาราง Statistical power tables ของ Jacob Cohen15 (เจคอบ โคนเฮน) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 24 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง ซึ่งโดยทั่วไปจะมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองประมาณร้อยละ 20[16] ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่คำนวณได้กลุ่มละ 3 ราย เป็น 15 รายต่อกลุ่ม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย คัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลอง 15 รายดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนเสร็จสิ้น หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างมีแบบแผน เน้นการสอนรายบุคคล มีการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ (Demonstration and return demonstration) เพื่อให้มารดาสามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ มีพฤติกรรมการดูแลทารกที่ถูกต้อง ส่งผลให้น้ำหนักของทารกเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านการบำบัดทางการพยาบาล 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมของมารดาโดยสอบถามความพร้อมของมารดาในการดูแลทารกต่อที่บ้าน 2) การเตรียมความพร้อมด้วยการให้ความรู้ ชมวิดิทัศน์สอน สาธิต และฝึกทักษะ และ 3) การใช้บทบาทเสริมด้วยการส่งเสริมให้สามีเข้าร่วมในการฝึกทักษะ โดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจมารดาขณะฝึกทักษะ จนกระทั่งมารดาสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายหลังจำหน่าย ซึ่งช่วยให้มารดาพฤติกรรมการดูแลทารกที่ถูกต้องและเหมาะสมภายหลังจำหน่าย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อน

กำหนด ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแนวคิดการดูแลทารกแรกเกิด[17] 6 ด้าน ดังนี้ 1) การดูแลให้อาหาร 2) การสัมผัสด้วยความรัก 3) การดูแลความสะอาดร่างกายทารก 4) การดูแลเรื่องการนอนหลับ 5) การดูแลด้านความปลอดภัย และ 6) การส่งเสริมพัฒนาการ โดยข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 35 ข้อ มีตัวเลือกเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1-4 (ไม่เคยทำเลย-ทำทุกครั้ง) แปลผลคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) 1) โปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่าน นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลทารกแรกเกิด 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลทารกแรกเกิด 1 ท่าน หลังจากได้รับข้อคิดเห็นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหา ความเหมาะสมถูกต้องของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยยังคงมีจำนวนข้อคำถามคงเดิม และแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ .88

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยจำนวน 20 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรม 02-08-2562 และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ 3 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสจริยธรรม 181/2562 กลุ่มตัวอย่างตกลงยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงการมีสิทธิ์ตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธการถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม ในการรวบรวมข้อมูลและจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง มีการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการเป็นภาพรวม หลังจากงานวิจัยได้เผยแพร่และตีพิมพ์แล้วข้อมูลจะถูกทำลายทันที

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

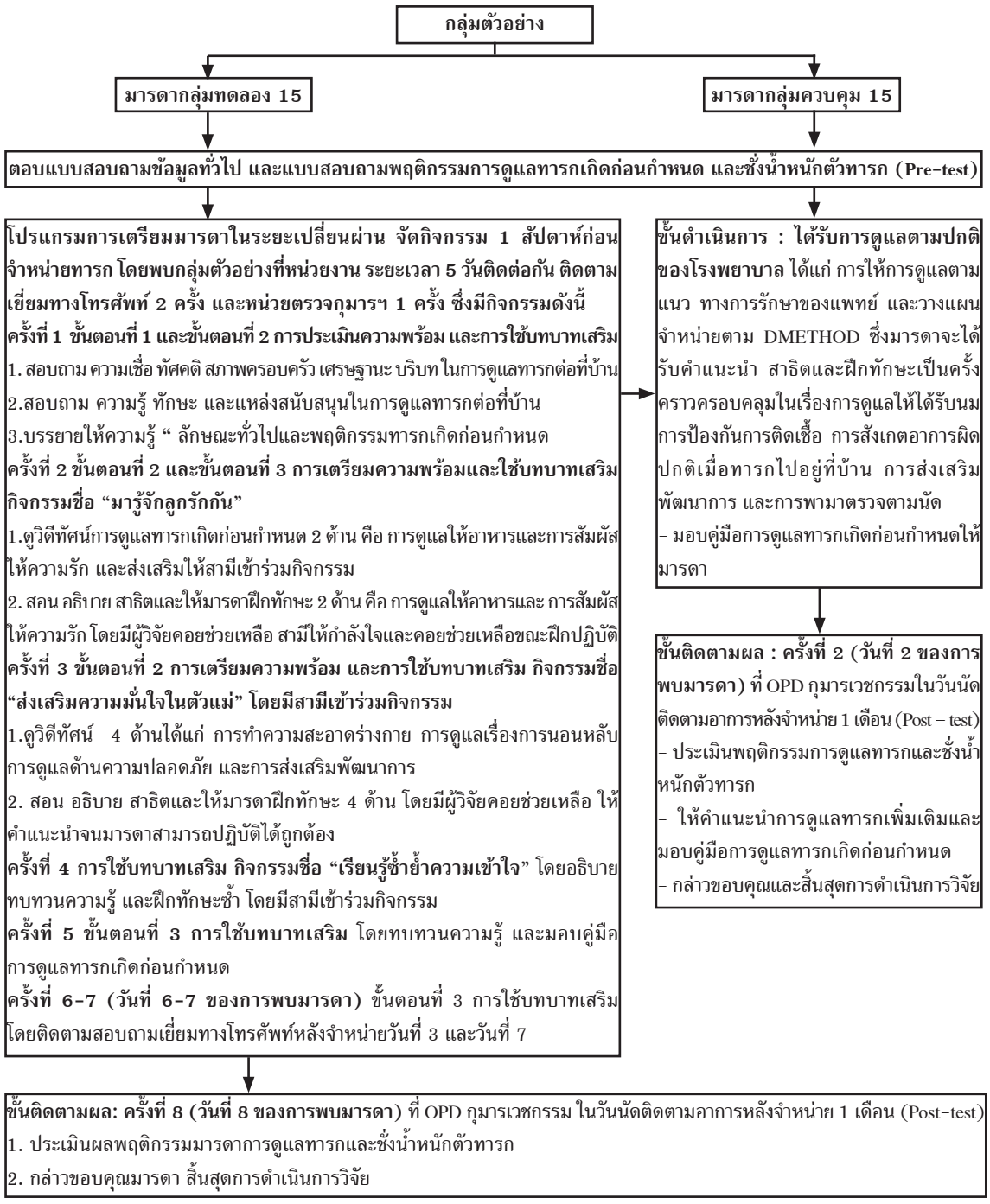
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังแผนภูมิที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ .05 ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติบรรยาย แจกแจงความถี่ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างมารดากลุ่มควบคุมและมารดากลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent *t*-test ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ 1) การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ($p>.05$) 2) ทดสอบโดยใช้สถิติ Levene's test พบว่าประชากรทั้งสองกลุ่มมีความแปรปรวนกลุ่ม (Homogeneity of Variance) ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารกก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม และภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างทารกกลุ่มควบคุมและทารกกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Independent *t*-test)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมมารดามีอายุเฉลี่ย 32.87 ปี (SD = 4.27) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 53.3 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 46.7 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้านร้อยละ 26.7 เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 60.0 คลอดวิธีปกติทางช่องคลอดร้อยละ 60.0 และบุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลทารกภายหลังจำหน่ายคือ ปู่ย่า หรือตายายร้อยละ 66.7 ข้อมูลทั่วไปของทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 73.3 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 33.27 สัปดาห์ (SD = 1.67) อายุครรภ์เมื่อเข้าโครงการเฉลี่ย 35.53 สัปดาห์ (SD = 1.68) Apgar score ที่ 1 นาทีเฉลี่ย 8.73 (SD = 0.46) และมีน้ำหนักตัวเมื่อเข้าโครงการเฉลี่ย 1,970.06, (SD = 320.10) สำหรับกลุ่มทดลองมารดามีอายุเฉลี่ย 32.53 ปี (SD = 7.88) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 53.3 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 73.3 ลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 66.7 คลอดวิธีปกติทางช่องคลอดร้อยละ 60.0 และบุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลทารกภายหลังจำหน่ายคือ ปู่ย่าหรือตายายร้อยละ 60.0 ข้อมูลทั่วไปของทารกเป็นเพศหญิงร้อยละ 53.3 อายุครรภ์เฉลี่ย 33.93 สัปดาห์ (SD =1.91) อายุครรภ์เมื่อเข้าโครงการเฉลี่ย 33.39 สัปดาห์ (SD = 1.91) Apgar score ที่ 1 นาทีเฉลี่ย 8.80 (SD = 0.56) น้ำหนักตัวเมื่อเข้าโครงการเฉลี่ย 2,069.66 กรัม (SD = 278.19) ดังแสดงในตารางที่ 1

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบรัว และวิธีการคลอด โดยใช้สถิติการทดสอบของ Chi – Square ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) บุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลทารกภายหลังจำหน่าย ใช้สถิติการทดสอบของ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนอายุ ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Independent *t*-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p >.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ โดยใช้สถิติการทดสอบของ Chi – Square ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนอายุครรภ์แรกเกิด อายุครรภ์เมื่อเข้าโครงการ Apgar score และน้ำหนักตัวเมื่อเข้าโครงการ ใช้สถิติการทดสอบของ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า มารดากลุ่มควบคุมมารดามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การดูแลให้อาหาร และการดูแลเรื่องการนอนหลับ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 31.53 (SD = 4.75) และ 12.27 (SD = 2.55) ตามลำดับ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงได้แก่ การสัมผัสด้วยความรัก การทำความสะอาดร่างกายทารก การดูแลความปลอดภัย และการส่งเสริมพัฒนาการ มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.07 (SD = 1.44), 22.20 (SD = 2.46), 20.53 (SD = 4.47) และ 21.07 (SD = 2.34) ส่วนมารดากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกอยู่ในระดับสูงทั้งหมดทุกด้านดังนี้ การดูแลให้อาหาร การสัมผัสด้วยความรัก การทำความสะอาดร่างกายทารก การดูแลเรื่องการนอนหลับ การดูแลด้านความปลอดภัย และการส่งเสริมพัฒนาการ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 39.13 (SD = 1.92), 11.60 (SD = 0.74), 23.67 (SD = 0.72), 13.93 (SD = 1.71), 22.13 (SD = 2.33) และ 21.13 (SD = 3.50) ดังตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวม โดยใช้สถิติ Independent t-test ภายหลังการทดลองพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n= 15)		*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลมารดา					
อายุ (ปี)	($\overline{X}$ = 32.87, SD = 4.27)		($\overline{X}$ = 32.53, (SD =7.88)		.88[b]
ระดับการศึกษา					.25[a]
มัธยมศึกษา	8	53.3	7	46.7	
ปริญญาตรี	7	46.7	8	53.3	
รายได้เฉลี่ย/เดือน					.94[b]
	($\overline{X}$= 44,700, SD = 21,957.97		($\overline{X}$= 45,333, SD =25,033.31)		
อาชีพ					.55[a]
รับจ้าง	8	53.3	11	73.3	
ค้าขาย	7	46.7	4	26.7	
ลักษณะครอบครัว					.71[a]
เดี่ยว	9	60.0	10	66.7	
ขยาย	6	40.0	5	33.3	
วิธีการคลอด					1.00[a]
ทางช่องคลอด	9	60.0	9	60.0	
ผ่าตัดหน้าท้อง	6	40.0	6	40.0	
บุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลทารกภายหลังจำหน่าย					.45[c]
สามี	5	33.30	6	40.0	
ปู่ย่า/ตายาย	10	66.7	9	60.0	
ข้อมูลทารก					
เพศ					.15[a]
ชาย	11	73.3	7	46.7	
หญิง	4	26.7	8	53.3	
อายุครรภ์แรกเกิด (สัปดาห์)	($\overline{X}$ = 33.27, SD =1.67)		($\overline{X}$= 33.39, SD =1.91)		.32[b]
อายุครรภ์เมื่อเข้าโครงการ(สัปดาห์)	($\overline{X}$ =35.53, SD =1.68)		($\overline{X}$= 35.53, SD =1.55)		.10[b]
Apgar score	($\overline{X}$= 8.73, SD = 0.46)		($\overline{X}$ = 8.80, SD = 0.56)		.72[b]
น้ำหนักตัวเมื่อเข้าโครงการ (กรัม)	($\overline{X}$=1,970.06, SD = 320.10)		($\overline{X}$ = 2,069.66, SD = 278.19)		.50[b]

หมายเหตุ [a]ใช้สถิติ Chi – Square [b]ใช้สถิติ Independent t-test [c]ใช้สถิติ Fisher's Exact test

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมของมารดากลุ่มควบคุม และมารดากลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

พฤติกรรมดูแลทารกภายหลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n = 15)			กลุ่มทดลอง (n= 15)		
	$\bar{X}$ (SD)	Range	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	Range	ระดับ
พฤติกรรมโดยรวม	118.67 (8.16)	100-128	สูง	131.60 (6.82)	117-140	สูง
1. การดูแลให้อาหาร	31.53 (4.75)	25-40	ปานกลาง	39.13 (1.92)	34-40	สูง
2. การสัมผัสด้วย ความรัก	11.07 (1.44)	7-12	สูง	11.60 (0.74)	10-12	สูง
3. การทำความสะอาดร่างกายทารก	22.20 (2.46)	18-24	สูง	23.67 (0.72)	22-24	สูง
4. การดูแลเรื่องการนอนหลับ	12.27 (2.55)	8-16	ปานกลาง	13.9 (1.71)	12-16	สูง
5. การดูแลด้านความปลอดภัย	20.53 (4.17)	10-24	สูง	22.13 (2.33)	16-24	สูง
6. การส่งเสริมพัฒนาการ	21.07 (2.34)	16-23	สูง	21.13 (3.50)	14-24	สูง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างมารดากลุ่มควบคุม และมารดากลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n= 15)		df	*t*	*p-value*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	S			
ภายหลังการทดลอง	118.67	8.16	131.60	6.82	28	4.71	<.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารกก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างทารกกลุ่มควบคุมและทารกกลุ่มทดลอง

น้ำหนักตัวทารก (กรัม)	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n= 15)		*t*	*p-value*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	S		
หลังการทดลอง	2,638.40	403.18	2,987.53	443.17		
ผลต่างน้ำหนัก	668.33	307.36	920.87	373.92	2.02	.053

การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวทารกเมื่อเข้าโครงการ และน้ำหนักตัวทารก หลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างทารกกลุ่มควบคุม และทารกกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบค่าที (Independent *t*-test) พบว่า ทารกที่เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่าน และทารกที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีผลต่างค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = > .05$) ดังตารางที่ 4

อภิปรายผล

สถานการณ์ที่ต้องเปลี่ยนบทบาทมาดูแลทารกด้วยตนเองภายหลังจำหน่าย หากลดความเครียด ความวิตกกังวล การส่งเสริมทัศนคติที่ดี และการเตรียมความพร้อมที่จะเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ในการดูแลทารกหลังจำหน่าย ซึ่งจากการประเมินความพร้อมมารดาผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลร่วมกับมารดาเป็นรายบุคคล มีการเพิ่มพูนความรู้ด้วยการให้ดูวิดีทัศน์ สอน สาธิต และฝึกทักษะด้วยตนเองในสถานการณ์จริง ล้วนให้มารดาเข้าใจและตระหนักว่าทารกที่บอบบางต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ มารดาได้เรียนรู้วิธีดูแลทารกและเรียนรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกเจ็บป่วย รวมทั้งเรียนรู้วิธีทำให้ทารกมีสุขภาพดีแข็งแรง[13] นอกจากนั้นการให้สามีซึ่งเป็นผู้ที่คุณค่าและอิทธิพลทางจิตใจของมารดา เข้ามาคอยให้กำลัง และร่วมฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจในบทบาทใหม่ได้ดี[13] ร่วมกับผู้วิจัยคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำอยู่ใกล้ ๆ ทำให้มารดามีความมั่นใจ และสามารถฝึกปฏิบัติการดูแลทารกได้ถูกต้อง อีกทั้งมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ใน

วันที่ 3 และวันที่ 7 ภายหลังจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยได้สอบถามปัญหาการดูแลทารก และให้คำแนะนำเพิ่มเติม จึงทำให้มารดามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกทุกด้านอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวม สูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม ($P <. 001$) ดังการศึกษาการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน[10] พบว่ามารดากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดกำหนดสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม ($p<.001$) ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ๆได้ดังนี้

1.ภายหลังการทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม อภิปรายได้ว่าการบำบัดทางการพยาบาล 3 ขั้นตอน เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทำให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกถูกต้องและเหมาะสม โดยมีการประเมินความพร้อมมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐานะ บริบท และการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้มารดาตระหนักและเข้าใจเช่นเดียวกันการศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด[11] พบว่ามารดากลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เมื่อทารกอายุ 1 เดือน สูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และการศึกษาการวางแผนจำหน่าย[12] พบว่ามารดากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลทารกสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวทารกหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างทารกกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p > .05$) อภิปรายได้ว่า จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดาทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าภายหลังจำหน่ายมารดาเลี้ยงดูและเอาใจใส่ทารกเป็นอย่างดี โดยเฉพาะด้านที่ส่งเสริมการเพิ่มของน้ำหนักตัวทารก ได้แก่ การสัมผัสด้วยความรัก การดูแลเรื่องการหลับ และการส่งเสริมพัฒนา นอกจากนั้นอาจมีปัจจัยอื่นได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยหลังจำหน่าย ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์พบว่าทารกทั้งสองกลุ่มไม่ภาวะเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อน้ำหนักทารก จึงทำให้ผลต่างของน้ำหนักตัวก่อนการทดลอง และภายหลังจำหน่าย 1 เดือน ของทารกทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาน้ำหนักของทารกทั้งสองกลุ่มพบว่าอัตราการเพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติและเหมาะสมตามวัย ซึ่งน้ำหนักทารกจะมีอัตราเพิ่มขึ้นที่แตกต่างกันเมื่ออายุ 6 เดือน[4,13] เช่นเดียวกับการศึกษาการดูแลมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่าน[10] พบว่าภายหลังจำหน่าย สัปดาห์ที่ 8 และที่ 16 สัปดาห์ การเพิ่มขึ้นน้ำหนักตัวของทารกกลุ่มควบคุม และทารกกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำใช้โปรแกรมการเตรียมมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านมาเป็นแนวทางในการประเมินและเตรียมความพร้อมมารดาและครอบครัว ทำให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้านถูกต้องและเหมาะสม

2. ด้านการศึกษา สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เพื่อเตรียมความพร้อมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด และมารดาหลังคลอดในการดูแลทารก ทำให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้านถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมโปรแกรมการเตรียมพร้อมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านในทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอื่น เช่น ทารกโรคปอดเรื้อรัง ทารกครรภ์แฝด และศึกษาเพิ่มเติมพฤติกรรมการดูแลทารกและน้ำหนักในระยะยาวมากกว่า 1 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตลาดจนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Office of Policy and Strategic Planning Office of the Permanent Secretary Ministry of Public. Public health statistics. Bangkok: Sam Charoen Panit; 2017. (in Thai)
2. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2016. Available from : http://www.who.int/factsheets/fs363/en/.
3. Division of Information Center, Institute Research and Information Thammasat University Hospital. Situation of Preterm infants 2015-2017. Pathumthani; 2017. (in Thai)
4. Hockenberry, M. J., & Wilson, D. Wong's nursing care of infants and children. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2011.
5. Teerarungsikul N. The lived Experience of Mothers with Preterm Babies. Journal of Nursing and Education 2013; 5(1): 25-39. (in Thai)
6. Boykova, M., & Kenner, C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. Int J Perinatal & Neonatal Nursing 2012; 26(1): 81-87.
7. Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Int J Advances in Nursing Science 2000; 23(1): 12-28.
8. Inta N, Kantaroat K, Dasri P. Predicting Factors of Readiness for Hospital Discharge among Parent of Premature Infants in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Nursing and Health Care j; 2018; 36(1) : 52-60. (in Thai)
9. Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofky, T., & Lang, C., Sherburne, E. Readiness for discharge in parents of hospitalized children. Int J Pediatric Nursing 2017; 23(4): 282-295.
10. Wangruangsatid R., Srisuphan W., Picheansathian W., & Yenbut J. Effect of a transition care program on premature infants and their mothers. J Pacific Rim International of Nursing Research Inst 2012; 16(4): 294-312. (in Thai)
11. Srilamai N, Teerarungsikul N. Effectiveness of Maternal Perceived Self-Efficacy Enhancement Program on Caring for Preterm Babies. Nursing and Education j 2015; 8(2): 84-94. (in Thai)
12. Sakdajiwacharoan V. The Effect of Discharge Planning Program on Premature Infant Care Behavior of Mothers [dissertation]. Bankok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai)
13. American Academy of Pediatrics. Hospital discharge of high risk neonate. Int Pediatrics 2008; 122(5): 1119-1126.
14. Taya N. Effects of Supportive-Education Nursing System on Maternal Caregiving Behavior and Health outcome of Premature infants [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2004. (in Thai)
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavior science. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. Srisatidnarakul B. The Methodology in Nursing Research. Bangkok: U and I Intermedia; 2009. (in Thai)
17. Lally, J. R. Infant-toddler child care in the United States: Where has it been? Where is it now? Where is it going?. Int J Zero to Three 2003; 24: 29-34.

BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Original Article
นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้พยาบาลต่อการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

นิภาพรรณ โชติกาญจนเรือง พย.ม.*
อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ ปร.ด., อ.พย.
สุมลชาติ ดวงบุบผา ปร.ด.
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้พยาบาลต่อการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตใช้กรอบแนวคิดของบลูม และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไปแผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โดยใช้วิธีเลือกคุณสมบัติแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์จำนวน 65 ราย ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 และเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 18 ราย ที่มีอาการเข้าเกณฑ์ SIRS criteria 2 ใน 4 ข้อ ร่วมกับสงสัยว่ามีการติดเชื้อรับไว้ดูแลรักษาต่อเนื่องตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง มกราคม พ.ศ.2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด คือ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามความรู้ในการประเมินผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อ 3. แบบสอบถามการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อ 4.แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาล และ 5. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test และสถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 23-45 ปี (ร้อยละ 98.5) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 22.98 คะแนน (SD=2.92) และค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการเท่ากับ 41.62 คะแนน (SD=2.96) หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยการจัดการมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม เท่ากับ 30.78 (SD=2.53) และ 47.15 (SD=1.73) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีอัตราการรายงานแพทย์เมื่อ SOS Score > 4 คะแนน ร้อยละ 100 และมีการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU ได้ภายใน 6 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 75 และในสัปดาห์ที่ 8 ร้อยละ 100 โปรแกรมการให้ความรู้ในการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการค้นหาและมีการจัดการได้อย่างเหมาะสม ควรมีการอบรมให้ความรู้ในการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นระยะ ๆ เนื่องจากความรู้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ส่งผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: *ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต, ความรู้, การจัดการ, SOS score, การย้ายเข้า ICU*

Received: 11/02/2564
Revised: 21/04/2564
Accepted: 01/08/2567

* นิภาพรรณ โชติกาญจนเรือง ผู้รับผิดชอบบทความ

Effect of Nursing Knowledge Education Program on Early Detection and Management of Patients with Sepsis

Nipapan Chotkanchanaruang M.N.S.(Adult Nursing)*
Apinya Siripitiyakunkit Ph.D. (Nursing), APN (Adult Gerontological Nursing)
Sumolchat Duangbubpha Ph.D. (Nursing)
Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

A quasi-experimental research was conducted with one group pretest-posttest research design. The aim of this study was to determine the effects of a nursing knowledge education program on early detection and management of patients with sepsis. Bloom's taxonomy framework and literature reviews related to sepsis were used as a conceptual framework. Sixty-five registered nurses who were working in medicine wards at Saint Louis hospital were purposively recruited into the study. Eighteen medical records of patients who met 2 of 4 SIRS criteria and suspected infection received continuing care from December 2017 to January 2018 were reviewed. Tools used for data collection consist of 5 questionnaires: 1. Personal Information Record, 2. Questionnaire about the knowledge on assessment of patients with early sepsis, 3. Questionnaire about management of patients with early sepsis, 4. nursing practice record form, and 5. patient's case record form. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test statistics, and Wilcoxon signed-rank test.

Most of registered nurses were female and 98.5% were in the age ranged from 23 to 45 years. Before entering the program, the registered nurses had a knowledge mean score of 22.98 (SD=2.52) and a management mean score of 41.62 (SD=2.96). After finishing the program, the knowledge average score and management mean score significantly increased to 30.78 (SD=2.53) and 47.15 (SD=1.73), respectively ($p<0.05$). In term of nursing practice after completion of the program, all nurses had timely notified a physician when patients had SOS Score > 4 points. Seventy-five percent and 100% of patients with sepsis could be transferred to the ICU within 6 hours at 4-week and 8-week after program completion.

An educational program for early detection and management of patients with sepsis helps a registered nurse to improve the knowledge for early detection and appropriate management of sepsis. Since knowledges regarding sepsis are constantly changing, periodic training should be encouraged to continually develop care that delivers safety outcomes to patients.

Key words: *Patients with sepsis, Knowledge in sepsis early detection, Management of sepsis*

* Corresponding Author: Nipapan Chotkanchanaruang

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่พบได้ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต เป็นสาเหตุการเสียชีวิตซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือร้อยละ 30[1] การดูแลรักษา จะได้ผลลัพธ์ที่ดีเมื่อรักษาได้ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม ตั้งแต่แรกที่คัดกรองได้ว่าผู้ป่วยมีอาการของ SIRS ร่วมกับการประเมิน SOS score โดยพยาบาลใน ซึ่งเครื่องมือ SOS Score มีความจำเพาะในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต[2] จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่าความรู้ในการประเมินและการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะติดเชื้อของพยาบาลยังมีน้อย[3] และพบว่าความรู้ในการประเมินผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาล ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการอบรม โดยพบว่า ระยะเวลาของการอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของการติดเชื้อ[4] จากแนวคิดของบลูม[5] การพัฒนาความรู้จนนำไปสู่การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมบุคคลนั้นต้องมีความรู้พื้นฐานอย่างเข้าใจ ร่วมกับฝึกปฏิบัติจะทำให้ผู้ฝึกได้รู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง เกิดกลไกการเรียนรู้ที่ตอบสนองการตัดสินใจที่ผ่านการตระหนักรู้และเข้าใจอย่างถ่องแท้ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้พยาบาลต่อการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตเพื่อให้พยาบาลมีความสามารถในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตให้ได้รับความปลอดภัยตามมาตรฐานการดูแล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้พยาบาลต่อการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest research design) แบ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 65 คน เป็นกลุ่มย่อย จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30-35 คน อบรมในช่วงเช้าและบ่าย แต่ละคนจะได้รับการอบรมจำนวน 3 ชั่วโมง ใน 1 วัน พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ภายหลังสิ้นสุดการบรรยายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้แบ่งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจะได้ฝึกปฏิบัติ ดังนี้ 1) การฝึกส่งเลือดเพื่อเพาะเชื้อจากอุปกรณ์แขนจำลองโดยมีการบรรยายสอนสาธิตทำความเข้าใจในกลุ่มก่อนเป็นเวลา 5 นาทีและตัวแทนกลุ่มอย่างน้อย 3 คนได้ฝึกปฏิบัติคนละ 5 นาที รวมเป็นเวลา 20 นาที 2) ฝึกการปฏิบัติตาม Bundle การส่งเลือดเพื่อเพาะเชื้อและตอบคำถาม Bundle การเพาะเชื้อจากแหล่งที่สงสัยการติดเชื้อจากบัตรคำถามตาม Bundle ต่าง ๆ รวมเป็นเวลา 20 นาที 3) ฝึกการคำนวณสารน้ำและหลักการเลือกใช้ชนิดสารน้ำที่เหมาะสมจากตัวอย่างสถานการณ์ รวมเป็นเวลา 20 นาที หลังเสร็จสิ้นการบรรยายและฝึกปฏิบัติใช้เวลา 30 นาที ในการถามตอบข้อสงสัยและแจกคู่มือความรู้เพื่อใช้ในการปฏิบัติการประเมินการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

2. ประเมินผลโปรแกรมจากแบบสอบถามความรู้ในการประเมินแบบสอบถามการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อ แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของบลูม[5] ซึ่งบลูมเสนอว่าการให้ความรู้เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกันเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดความรู้สู่การปฏิบัติที่ต้องการ ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก คือ 1) พุทธิพิสัย โดยการให้ความรู้ อาศัยกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำ ความเข้าใจ 2) เจตคติพิสัย เป็นทัศนคติ ความเชื่อ ซึ่งพฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันที การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดีงามอยู่ตลอดเวลา จะทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้ และ

3) ด้านทักษะพิสัย เป็นการฝึกปฏิบัติ การรับรู้/เข้าใจ ให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจนกลายเป็นนิสัย และเป็นความสามารถในการปฏิบัติจนเกิดความเชี่ยวชาญต่อการปฏิบัติสิ่งนั้น ๆ

วิธีการการศึกษา

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม และเวชระเบียนผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์โดยใช้วิธีเลือกคุณสมบัติแบบเจาะจง (purposive sampling) ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 และกลุ่มที่ 2 คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์ SIRS criteria 2 ใน 4 ข้อร่วมกับสงสัยว่ามีการติดเชื้อไว้ดูแลรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่าง 65 คน โดยเลือกหอผู้ป่วย 4 หอผู้ป่วยที่พบการปฏิบัติที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของโรงพยาบาลขนาด 344 เตียง มีจำนวน 8 หอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้พยาบาลต่อการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ระยะเวลาโปรแกรม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การบรรยายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อ และทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม เป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต สาเหตุ พยาธิสภาพ การประเมินคัดกรอง และแนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาล 2) การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ 2.1 การประเมินอาการเปลี่ยนแปลง SOS Score และการบันทึกใน Clinical Sheet 2.2 ฝึกวิเคราะห์โจทย์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการจัดการภาวะ Sepsis 5 สถานการณ์ 2.3 ฝึกปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจ (specimens) เพื่อทำการเพาะเชื้อ(Culture) ได้แก่ ฝึกทำ Hemoculture จากอุปกรณ์แขนจำลอง ทบทวนการเก็บเสมหะและปัสสาวะ ตำแหน่งที่เก็บ จำนวนพอเพียงกับการส่งตรวจ และฝึกคำนวณสารน้ำและหลักการให้สารน้ำที่ถูกต้อง เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และ 3) หลังเสร็จสิ้นการบรรยายและฝึกปฏิบัติ ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยแจกคู่มือความรู้ ตอบข้อสงสัยและซักถามเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด คือ

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

2.2) แบบสอบถามความรู้ในการประเมินผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของอรอุมา ท้วมกลัด และคณะ มีทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความหมาย 2) ด้านอาการและอาการแสดง และ 3) ด้านพยาธิสภาพและการรักษา คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 35 คะแนน

2.3) แบบสอบถามการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อของอรอุมา ท้วมกลัด และคณะ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 50 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นสถานการณ์ตัวอย่าง จำนวน 5 เรื่อง แต่ละเรื่องมีคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการวินิจฉัย 2) ด้านการติดตามสัญญาณชีพ 3) ด้านการคงไว้และการลดการใช้ออกซิเจน 4) ด้านการติดตามและการแปลผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ 5) ด้านการหาแหล่งติดเชื้อ 6) ด้านการให้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 4 ข้อ และ 7) ด้านการให้สารน้ำและการดูแลสมดุลของสารน้ำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน

2.4) แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาล สร้างและบันทึกโดยผู้วิจัย ดูจากเวชระเบียน ประกอบด้วยการบันทึก SOS Score และรายงานแพทย์เมื่อ SOS Score > 4 การส่งเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชม. และการบริหารสารน้ำ

2.5) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย บันทึกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค คะแนน SOS Score แรกรับ ผลลัพธ์การรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้ในการประเมินและการจัดการผู้ป่วยระยะแรกได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาคำนวณหาดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ค่าความเที่ยง (Reliability) KR-20 เท่ากับ 0.71

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ ID 08-60-50 ว และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เลขที่ 95012/130-17 การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการบอกยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานแผนกรับผู้ป่วยอายุรกรรม และข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 23-45 ปี จบปริญญาตรี ร้อยละ 96.92 มีประสบการณ์ทำงาน > 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.46 เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต คิดเป็นร้อยละ 9.23 ระยะเวลาในการอบรม 30 นาที แหล่งที่ได้รับความรู้ส่วนใหญ่จากการเรียน ร้อยละ 90.74 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะของพยาบาลอายุรกรรมที่เข้าร่วมโปรแกรมในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำแนกตามเพศ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา การรักการอบรม แหล่งที่ได้รับความรู้ ความต้องการได้รับความรู้และเหตุผล (n=65)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	1.54
หญิง	64	98.46
อายุ (min-max = 23-45 mean=31.97 SD=7.397)		
23 - 25 ปี	20	30.76
25 - 40 ปี	31	47.70
40 - 50 ปี	14	21.54
ประสบการณ์ทำงาน		
< 1 ปี	6	9.23
1-2 ปี	5	7.70
2-3 ปี	5	7.70
3-5 ปี	11	16.92
> 5 ปี	38	58.46
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	63	96.92
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	2	3.08
เคยรับการอบรมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	59	90.77
เคย	6	9.23

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะของพยาบาลอายุรกรรมที่เข้าร่วมโปรแกรมในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำแนกตามเพศ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา การรักการอบรม แหล่งที่ได้รับความรู้ ความต้องการได้รับความรู้และเหตุผล (n=65) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งที่ได้รับความรู้		
จากการเรียนขณะเป็นนักศึกษาพยาบาล	59	90.74
จากการปฐมนิเทศ	6	9.23
ความต้องการได้รับความรู้	65	100
เหตุผลที่ต้องการได้รับความรู้*		
เพื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง	36	55.38
ได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ	20	30.77
ใช้ SOS Score ได้ถูกต้อง	7	10.77
นำความรู้ไปใช้อธิบายผู้ป่วยและญาติ	1	1.54
เป็นกลุ่มโรคหลักของ รพ. ที่ต้องรู้และเข้าใจ	1	1.54

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะบุคคลของผู้ป่วยในด้านเพศ อายุ โรคประจำตัวคะแนน SOS Score แรกรับ และผลลัพธ์การรักษา (N=18)

ข้อมูลทั่วไปและการวินิจฉัยโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	55.6
ชาย	8	44.4
อายุ (min-max = 62-75 mean=66.22 SD=3.353)		
60 - 70 ปี	17	94.4
71 - 75 ปี	1	5.6
โรคประจำตัว		
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	8	44.4
ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง	7	38.9
ไม่มีโรคประจำตัว	3	16.7
คะแนน SOS Score แรกรับ		
คะแนน 0	1	5.6
คะแนน 1	4	22.2
คะแนน 2	12	66.7
คะแนน 3	1	5.6

ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.6 อายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน พบว่าคะแนนความรู้พยาบาลในการค้นหาผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเพิ่มมากขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้านดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนน ร้อยละ คะแนนที่เป็นไปได้และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความรู้ของพยาบาลในการค้นหาผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (N=65)

ความรู้ของพยาบาล	ร้อยละ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่วัดได้	คะแนนเฉลี่ย(SD)	ระดับความรู้ของพยาบาล
ความรู้พยาบาลในการค้นหาผู้ป่วยระยะแรกของการติดเชื้อโดยรวม					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	65.66	0-35	17-27	22.98 (2.92)	ปานกลาง
-หลังเข้าโปรแกรม	88.14		24-34	30.78 (2.53)	มาก
ความรู้รายด้าน					
1.ด้านความหมายภาวะติดเชื้อ					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	76.91	0-11	5-10	8.46 (0.87)	ปานกลาง
-หลังเข้าโปรแกรม	88.95		8-11	9.79 (0.78)	มาก
2.อาการและอาการแสดง					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	58.56	0-16	6-12	9.37 (1.02)	น้อย
-หลังเข้าโปรแกรม	90.56		12-16	14.49 (1.13)	มาก
3.พยาธิสภาพและการรักษา					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	64.5	0-8	2-6	5.16(0.75)	ปานกลาง
-หลังเข้าโปรแกรม	82.12		4-7	6.57(0.61)	มาก

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการค้นหาผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในระยะแรกของการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติทดสอบสมมติฐาน ด้วยการทดสอบการแจกแจงระหว่างก่อนให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้และหลังให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลในการค้นหา

ผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการแจกแจงปกติ ($p > 0.05$) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการค้นหา

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ของพยาบาลในการค้นหาผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม (N=65)

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ค่าสถิติ Paired- t test	p
ความรู้พยาบาลค้นหาผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อ			
ก่อนเข้าโปรแกรม	22.98 (2.92)		
หลังเข้าโปรแกรม	30.78 (2.52)	-25.39	0.000

ผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในระยะแรกของการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(1,64) = -25.39, p < 0.05$)

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 2 คะแนนความรู้ของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยจากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนความรู้พยาบาลในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเพิ่มมากขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 5 คะแนน ร้อยละ คะแนนที่เป็นไปได้และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับความรู้ของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (N=65)

ความรู้ของพยาบาล	ร้อยละ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่วัดได้	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับความรู้ของพยาบาล
การจัดการผู้ป่วยระยะแรกของการติดเชื้อโดยรวม					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	83.24	0-50	35-45	41.62 (2.96)	มาก
-หลังเข้าโปรแกรม	94.30		45-49	47.15 (1.73)	มาก
1.ด้านวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	81.54	0-5	2-5	4.08 (0.82)	มาก
-หลังเข้าโปรแกรม	98.76		4-5	4.94 (0.24)	มาก
2.ด้านการติดตามสัญญาณชีพ					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	83.85	0-6	3-6	5.03 (0.99)	มาก
-หลังเข้าโปรแกรม	98.97		4-6	5.94 (0.29)	มาก
3.การคงไว้/การลดการใช้ O2					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	84.92	0-5	3-5	4.25(0.73)	มาก
-หลังเข้าโปรแกรม	90.77		4-5	4.54(0.53)	มาก
4. ด้านติดตามและแปลผลตรวจเลือด					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	84.90	0-16	6-15	13.59 (1.49)	มาก
-หลังเข้าโปรแกรม	90.19		12-16	14.43 (1.19)	มาก
5. ด้านการหาแหล่งติดเชื้อ					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	86.15	0-4	2-4	3.45 (0.61)	มาก
-หลังเข้าโปรแกรม	93.85		3-4	3.76 (0.43)	มาก
6. ด้านการให้ยาปฏิชีวนะ					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	83.46	0-4	2-4	3.34 (0.57)	มาก
-หลังเข้าโปรแกรม	97.69		3-4	3.91 (0.29)	มาก
7. ด้านการบริหารสารน้ำ					
-ก่อนเข้าโปรแกรม	78.92	0-10	3-9	7.89 (1.05)	ปานกลาง
-หลังเข้าโปรแกรม	96.46		8-10	9.65 (0.54)	มาก

เมื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในระยะแรกของการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทดสอบการกระจายของข้อมูลก่อนทดสอบสมมติฐานพบว่ามีการกระจายแบบไม่ปกติ ใช้สถิตินนอนพาราเมตริก Wilcoxon signed-rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงผลดังตารางที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในระยะแรกของการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.95, p < 0.05$)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติของพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการติดตามในแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาลและเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 18 รายในเดือนธันวาคม 2560 และ มกราคม 2561 ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลการปฏิบัติภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 1-4 มีจำนวนผู้ป่วย 8 ราย และสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 5-8 มีจำนวนผู้ป่วย 10 ราย พบว่า มีการบันทึก SOS Score และรายงานแพทย์ เมื่อ SOS Score > 4 จำนวน 18 ราย การส่งเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 16 ราย จำแนกเป็นการปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 1-4 จำนวน 6 ราย สัปดาห์ที่ 5-8 จำนวน 10 ราย การบริหารยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมงหลังส่งเลือดเพาะเชื้อ จำนวน 18 ราย จำแนกเป็นการปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 1-4 จำนวน 8 ราย สัปดาห์ที่ 5-8 จำนวน 10 ราย และการบริหารสารน้ำ จำนวน 18 ราย จำแนกเป็น การปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 1-4 จำนวน 8 ราย และสัปดาห์ที่ 5-8 จำนวน 10 ราย ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้ของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม (N=65)

	ก่อนเข้าโปรแกรมคะแนนเฉลี่ย (SD)	หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ย(SD)	ค่าสถิติ Z	*p*
ความรู้การจัดการ	41.51(3.91)	47.20 (2.36)	-6.95	0.000

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลการบันทึกการปฏิบัติของพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรม จากการติดตามในเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (N=18)

การปฏิบัติของพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
บันทึก SOS Score และรายงานแพทย์เมื่อ SOS Score > 4 คะแนน	**18**	**100**
-สัปดาห์ที่ 1-4 หลังสิ้นสุดโปรแกรม	8	100
-สัปดาห์ที่ 5-8 หลังสิ้นสุดโปรแกรม	10	100
ส่งเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ	**16**	**88.9**
-สัปดาห์ที่ 1-4 หลังสิ้นสุดโปรแกรม	6	75
-สัปดาห์ที่ 5-8 หลังสิ้นสุดโปรแกรม	10	100
ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชม.หลังส่งเลือดเพาะเชื้อ	**18**	**100**
-สัปดาห์ที่ 1-4 หลังสิ้นสุดโปรแกรม	8	100
-สัปดาห์ที่ 5-8 หลังสิ้นสุดโปรแกรม	10	100
การบริหารสารน้ำ	**18**	**100**
-สัปดาห์ที่ 1-4 หลังสิ้นสุดโปรแกรม	8	100
-สัปดาห์ที่ 5-8 หลังสิ้นสุดโปรแกรม	10	100

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีการย้ายเข้า ICU หลังรายงานแพทย์เมื่อ SOS Score > 4 คะแนน จากเวชระเบียนผู้ป่วย (N=9)

บันทึกการย้ายเข้า ICU หลังรายงาน SOS Score > 4	จำนวนผู้ป่วยย้าย ICU ภายใน 6 ชั่วโมง (ราย)	จำนวนผู้ป่วยย้ายหลัง 6 ชั่วโมง (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU ช้ากว่า 6 ชั่วโมง
สัปดาห์ที่ 1-4 (4 ราย) คะแนน SOS Score ที่เปลี่ยนแปลง	**3**	**1**	**25**
2 คะแนนเป็น 4	2	1	
3 คะแนนเป็น 4	1		
สัปดาห์ที่ 5-8 (5 ราย) คะแนน SOS Score ที่เปลี่ยนแปลง	**5**	**0**	**0**
2 คะแนนเป็น 4	5	0	

ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษา ในเดือนธันวาคม 2560 และมกราคม พ.ศ. 2561 จำนวน 18 ราย ที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 เมื่อจำแนกเป็น SOS Score ที่เปลี่ยนแปลงก่อนย้ายเข้า ICU คือ SOS Score จาก 2 เป็น 4 คะแนน จำนวน 8 ราย SOS Score จาก 3 เป็น 4 คะแนน จำนวน 1 ราย ในสัปดาห์ที่ 1-4 มีการย้ายเข้า ICU ได้ทัน 6 ชั่วโมง 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75) มีการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU ได้ช้ากว่า 6 ชั่วโมง (คิดเป็นร้อยละ 25) ในสัปดาห์ที่ 5-8 หลังจากรายงานแพทย์เมื่อ SOS Score > 4 จำนวน 5 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการย้ายเข้า ICU ได้ภายใน 6 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 8

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่สามารถให้การนำทฤษฎีและความรู้จากการปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจงได้ [9]

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการค้นหาผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับแนวคิดของบลูม[5] และถ้ามีการส่งเสริม หรือจัดโอกาสเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ จะเป็นการปรับทัศนคติและก่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของกาบิลลาและคณะ[7] พบว่า การมีความรู้ในระดับดีจะช่วยทำให้มีแนวทางในการจัดการรักษาที่ถูกต้อง ครอบคลุมในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของเบธและคณะ[11] ที่พบว่าการค้นหาผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเกิดภาวะวิกฤต ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินความรุนแรงความเจ็บป่วย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตมากกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเสริมความรู้คู่กับการฝึกทักษะการปฏิบัติในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานแล้ว ประสบการณ์ที่มีและความรู้ที่ได้รับจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความสามารถในการจัดการตามแนวความคิดของบลูม[5] การส่งเสริมความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีแผนการสอนที่มีเนื้อหาที่ครอบคลุมกระบวนการให้ความรู้และจัดการความรู้ที่สามารถนำไปใช้กับสถานการณ์การประเมินดูแลผู้ป่วยภาวะช็อคในระยะแรกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต มีวิทยากรผู้สอนที่มีความเชี่ยวชาญให้คำแนะนำสู่การปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และสามารถนำไปวิเคราะห์โจทย์สถานการณ์ที่ใช้ประเมินความสามารถในการจัดการได้เป็นอย่างดี ยิ่งการประเมินผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค ได้แก่ การประเมินภาวะ SIRS ตั้งแต่แรกรับ[8] ที่แผนกฉุกเฉินและการจัดการการดูแลต่อเนื่องให้พ้นภาวะช็อค เช่นเดียวกับ การศึกษาความรู้ในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลในประเทศกรีก ของ สแตนมาทากิ[10] ที่พบว่า การมีความรู้และการจัดการ

ภาวะช็อคที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต การอบรมจะช่วยให้ผู้รับการอบรมมีทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ซึ่งทัศนคติที่เกิดจากการเรียนรู้ จะเป็นตัวเร่งการปฏิบัติให้เกิดเร็วขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของบลูม5 การที่พยาบาลใช้ SOS Score2 ในการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นการเฝ้าระวังอาการรุนแรงเพื่อให้รักษาได้อย่างทันท่วงที ย้ายผู้ป่วยมารักษาที่ ICU ได้มากขึ้น สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามแนว Early Goal Directed Therapy (EGDT)[6] ในผู้ป่วย Severe Sepsis และผู้ป่วยภาวะช็อคในระยะแรกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่าการจัดการรักษาผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะช็อคอย่างรวดเร็วภายใน 6 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเพิ่มขึ้น และระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลลดลง

สรุปว่าการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้พยาบาลต่อการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตควรส่งเสริมความรู้ในการค้นหาด้านอาการและอาการแสดง พยาธิสภาพและการรักษาของผู้ป่วยในระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และมุ่งเน้นการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

สามารถนำรูปแบบของการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ในการค้นหาและจัดการผู้ป่วยระยะแรกของภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตไปใช้ในการจัดอบรมให้ความรู้กับพยาบาลจบใหม่และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาแล้วทุกรายและมุ่งเน้นที่การปฏิบัติในสถานการณ์จริงด้วยการปรับรูปแบบการสื่อสารของพยาบาลและระหว่างทีมด้วยเครื่องมือประเมิน/คัดกรอง ซึ่งมีแนวปฏิบัติที่ตรงกันสามารถทำให้เข้าถึงการดูแลรักษาของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตาม Sepsis Guideline

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ของ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี และคณะผู้บริหารโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ สำนักมาตรฐานฯ ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ฯลฯ ในการส่งเสริมทุนการเรียนระดับมหาบัณฑิตวิทยากรผู้สอน และขอขอบคุณ พว.มาลีนันท์ ศรีวิลาศ กำลังใจสำคัญ และกำลังใจพิเศษที่สุดจากครอบครัวที่รัก ขอบคุณน้ำพระทัยของนักบุญหลุยส์องค์อุปถัมภ์ของโรงพยาบาล สำหรับพลังในวันที่อ่อนแอ คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ เพื่อนร่วมวิชาชีพและผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและผู้ป่วยทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of public health. Public health statistics [internet]. 2019 [cited 2019 Sep 4]. Available from: https://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=964 (in Thai)
2. Champunot R, Tansuphaswasdikul S, Kamsawang N, Tuandoung P, Thimsri D. Application of Search Out Severity (SOS) score for identification of deteriorating patients in general wards. Buddhachinaraj medical journal 2016; 33(3): 313 - 25. (in Thai)
3. Jeffery AD. Knowledge and recognition of systemic inflammatory response syndrome and sepsis among pediatric nurses. Kentucky: Northern Kentucky University; 2011.
4. Thuamklad O, Janepanish P, Siripitiyakunkit A. Knowledge for detection and management in the early stage of septic shock patients and related factors among registered nurses in a university affiliated hospital. Rama Nurs J 2014; 20(2): 207-20. (in Thai)
5. Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook I: Cognitive domain. New York: David Mckay; 1994.

6. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach, Opal SM, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guideline for management of severe sepsis and septic shock 2012. Crit Care Med 2013; 41(2): 580-37.
7. Gabriella N, Anna E, Naomi T, Chiara J, Pietro M. Physicians' and nurses' knowledge and attitudes in management of sepsis: An Italian study. Journal of Health and Social Sciences 2018; 3(1): 13-26.
8. Kaukonen K, Michael B, David P, Jamic D and Rinaldo B. Systemic Inflammatory Response syndrome Criteria in Defining Severe Sepsis. N Eng J Med 2015; 372(17): 1629 - 38.
9. Ozdemir et al. The Develment of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expect Model Perspective. International Journal of Caring Sciences 2019; 12(2): 1279-85.
10. Stamataki P, Papazafiropoulou A, Kalaitzi S, Sarafis P, Kagialari M, Adamou E et al. Knowledge regarding assessment of sepsis among Greek nurses. Journal of Infection Prevention M 2013; 15(2): 58-63.
11. Beth M, Bridges E. Managing Sepsis and Septic shock: current Guidelines and definition. AJN 2014; 118(2): 34 - 9.

BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Original Article
นิพนธ์ต้นฉบับ

การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจ ของสถาบันบำราศนราดูร ด้วย Lean Six Sigma

นฤมล ทันประโยชน์ วท.บ.[*1]
ถวัลย์ ฤกษ์งาม กศ.ด.[2]
[1]กลุ่มปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์และอ้างอิงด้านโรคติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร
[2]ภาควิชาเทคนิคการแพทย์ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

บทคัดย่อ

ปัญหาและความเสี่ยงในงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพการของห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ รวมถึงระยะเวลาในการรอคอย ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประยุกต์แนวคิดลีน (Lean) และ ซิกส์ซิกม่า (Six sigma) ในการพัฒนาคุณภาพ โดยนำหลักการ Define Measure Analyze Improve Control (DMAIC) มาใช้เป็นแนวทางการประเมินขั้นตอนการปฏิบัติงาน สามารถค้นหาปัญหาและความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดความผิดพลาด ซึ่งเก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลา 1 ปี ประเมินคุณภาพโดยใช้ระดับ Six sigma จากการศึกษาพบว่า ปัญหา ข้อผิดพลาดและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการเจาะเลือดและการลงทะเบียนรับสิ่งส่งตรวจ มีระดับ Six sigma เฉลี่ยเท่ากับ 4.27 และ 4.19 ตามลำดับ หลังจากดำเนินการนำเครื่องมือ Lean Six sigma มาใช้ปรับปรุงระบบงาน โดยนำมาช่วยวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนการปฏิบัติงาน เพื่อลดขั้นตอนที่ไม่เกิดประโยชน์ สร้างแนวทางการปฏิบัติงานและควบคุมการปฏิบัติงาน พบว่าการเจาะเลือดและลงทะเบียนรับสิ่งส่งตรวจ ปี 2562 มีระดับ Six sigma เพิ่มขึ้นเป็น 5.16 และ 5.21 ตามลำดับ และระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเดิม 76.4 นาที ลดลงเหลือ 23.2 นาที เวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) อีกทั้งร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในระดับดี และ/หรือดีมาก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดลีน (Lean) และซิกส์ซิกม่า (Six sigma) มีความเหมาะสม และช่วยพัฒนาคุณภาพงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจให้มากขึ้น

คำสำคัญ: *ลีน, ซิกส์ ซิกม่า, งานเจาะเลือดและงานรับสิ่งส่งตรวจ*

Received: 21/04/2564
Revised: 16/06/2564
Accepted: 01/08/2567

* นฤมล ทันประโยชน์ ผู้รับผิดชอบบทความ

Improvement of Phlebotomy and Specimen Collection Process In Clinical Laboratory of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute Using Lean Six Sigma Methods

Narumol Thanprayoch M.Sc.*[1]

Thaval Rerksngarm Ed.D. [2]

[1]Clinical Laboratory of Bamrasnaradura infectious disease institute

[2]Medical Technology Department , Allied Health Sciences College, RatanaBundict University

ABSTRACT

The risk of Phlebotomy and Specimen Collection Process has been affected the performance and service quality of laboratory including turnaround time and satisfactory of services.

This study aims to apply the concept of Lean and the Six Sigma method which based on the Define Measure Analyze Improve Control (DMAIC). The procedure guidelines of blood collection and specimen registration in Clinical Laboratory of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute were revised and assessed using DMAIC to determine the root cause and risk factors of defects. The nonconformance of Blood Specimen and Specimen Registration procedures were found by nonconformance evidence, specimen rejection, and risk factor records during 1 January to 31 December 2017 (1 year). The mean of six sigma values of Blood collection and Specimen registration procedures were 4.27 and 4.19, respectively. After using lean six sigma tool was implemented, the results found that the performance of blood collection and specimen registration increased mean of six sigma values as 5.16 and 5.21, respectively. The customer satisfaction of laboratory services, responded by outpatients was significantly increased ($p < 0.05$) improved. Furthermore, the turnaround time of laboratory services was significantly reduced from 76.4 to 23.2 minutes were significantly decreased ($p < 0.05$). The Blood and Specimen Collection have found a problem, which is a problem to the quality of the laboratory's standard, and also affects the quality of the analysis and the waiting time for blood collection.

In conclusion, Results also show that all staff were understanding and satisfy the process and no complaints from the patients.

Keywords: *Lean, Six sigma, Blood Collection and Specimen registration*

**corresponding Author: Narumol Thanprayoch*

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการรักษาที่ถูกต้องและแม่นยำตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา และอาจรวมถึงสามารถลดระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานสากลของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ มาตรฐาน ISO 15189: 2012[1] แบ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1.ขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ (pre-analytical phase) 2.ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ (analytical phase) 3.ขั้นตอนหลังการตรวจวิเคราะห์ (post-analytical phase)[2] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความผิดพลาดในขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ เป็นสาเหตุหลักของความผิดพลาดในกระบวนการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลมากที่สุด หน่วยงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์และอ้างอิงด้านโรคติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งมีหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้ป่วยใน-นอกและโรงพยาบาลเครือข่าย การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยของรายการส่งตรวจ การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วย การลงทะเบียนสิ่งส่งตรวจผ่านระบบสารสนเทศ การจัดอุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจให้เหมาะสม การให้คำปรึกษาในการเก็บสิ่งส่งตรวจ การเจาะเลือดผู้ป่วยนอกและการจำแนกประเภทสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมางานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจมักพบความผิดพลาดจากการเจาะเลือดและการรับ-ส่งสิ่งส่งตรวจอย่างไม่เหมาะสม เช่น การรับสิ่งส่งตรวจผิดคน/สลับคนรายละเอียดในใบสั่งตรวจไม่ถูกต้อง การติดสติ๊กเกอร์บนหลอดเลือดผิดประเภท หากเจ้าหน้าที่เจาะเลือดตรวจสอบไม่ครบถ้วนทำให้เกิดความผิดพลาดในการเจาะเลือดอาจเจาะเลือดสลับคนหรือเจาะเลือดผิดรายการตรวจได้ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดผลการตรวจวิเคราะห์ไม่ถูกต้องและอาจอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วย หรือการรับสิ่งส่งตรวจผิดคนทำให้ผู้ป่วยต้องเจาะเลือดเพื่อเก็บสิ่งส่งตรวจใหม่ การรับลงทะเบียนรับสิ่งส่งตรวจไม่ครบถ้วนตามรายการตรวจที่แพทย์ต้องการทำให้ผู้ป่วยต้องรอฟังผลการตรวจนานขึ้น หากสิ่งส่งตรวจเกินระยะเวลาที่สามารถทำการตรวจวิเคราะห์ได้หรือเจาะเลือดไม่ครบจะทำให้ผู้ป่วยต้องเจาะเลือดซ้ำใหม่ และการขนส่งตัวอย่างที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้หน่วยงานที่ตรวจวิเคราะห์ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจนั้นได้เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องเจาะเลือดใหม่ หรือแพทย์ยืนยันใช้ผลตรวจนั้นแต่ผลการตรวจวิเคราะห์อาจคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากสิ่งส่งตรวจไม่มีคุณภาพตามมาตรฐานซึ่งปัญหาข้างต้นอาจทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรและขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานและนำไปสู่การร้องเรียนจากผู้รับบริการ แนวทางการปฏิบัติงานในปัจจุบันของสถาบันบำราศนราดูรพบว่า หน่วยงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้หน่วยงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจมีมาตรฐานและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาเครื่องมือที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพงานเจาะเลือดและรับสิ่งตรวจให้ดี จากการศึกษายังพบเครื่องมือที่มีความเหมาะสมต่อการบริหารจัดการ คือ ลีน ซิกซ์ ซิกมา (Lean Six sigma)[3] ซึ่งเป็นการนำเอาเครื่องมือ 2 อย่างมาใช้งาน ได้แก่ ลีน (Lean) ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถเพิ่มงานที่มีคุณค่าลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการปฏิบัติงาน สามารถลดค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยงาน ซิกซ์ซิกมา (Six Sigma) เป็นการลดความไม่แน่นอนในการปฏิบัติงาน ค้นหาสาเหตุและแก้ไขเหตุ และลดของเสียในกระบวนการปฏิบัติงาน เมื่อนำเครื่องมือทั้ง 2 มาใช้ร่วมกันจะสามารถมองทั้งในด้านคุณภาพและเพิ่มความรวดเร็วของกระบวนการจึงทำให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น[4]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการนำเครื่องมือ ลีน ซิกส์ซิกมา (Lean Six sigma) มาปรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพแก่หน่วยงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจของกลุ่มปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์และอ้างอิงด้านโรคติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค จ.นนทบุรี

วิธีการศึกษา

1. กำหนดหัวข้อปัญหา (Problem Define)

- กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นชุดข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2560 และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานจำนวน 25 คน ขออนุมัติจริยธรรมงานวิจัยในสถาบันบำราศนราดูร (IRB/BIDI R018q/62) และการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (รหัสโครงการ 173/2561)

- เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกอุบัติการณ์ความไม่สอดคล้อง ใบปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ และโปรแกรมบันทึกความเสี่ยง ซึ่งเก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2560

- ศึกษาข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุและผลกระทบต่อการปฏิบัติงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจจากแบบบันทึกอุบัติการณ์ความไม่สอดคล้อง ใบปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ และโปรแกรมบันทึกความเสี่ยง

2. ประเมินปัญหา (Measurement) ประเมินระดับ Sigma level ของแต่ละอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบในปี 2560 เพื่อเป็นแนวทางในการคัดเลือกหัวข้อที่ต้องการแก้ไขโดยกำหนดคัดเลือกหัวข้อที่มีค่า Sigma น้อยกว่า 4.0

3. วิเคราะห์ปัญหา (Analyze) ทบทวนกระบวนการทำงานและนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นให้ผู้ปฏิบัติงานร่วมกันสำรวจปัญหา ดังตารางที่ 1 เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับห้องปฏิบัติการโดยการเก็บข้อมูลการปฏิบัติงานก่อนการดำเนินการ โดยมีหัวข้อการอบรมดังนี้ การจัดเก็บอุปกรณ์สำหรับเจาะเลือด การยืนยันตัวตนผู้ป่วย ขั้นตอนการควบคุมการติดเชื้อ และเทคนิคการเจาะเลือด ซึ่งก่อนการอบรมได้มีการทำแบบทดสอบก่อนการอบรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมอบรม และเมื่อดำเนินการอบรมเรียบร้อยแล้วทำแบบทดสอบหลังการประเมินเพื่อวัดความเข้าใจหลังการอบรมหลังจากนั้นมีการนำความรู้ที่ได้ไปสร้างแนวทางการปฏิบัติงาน เมื่อครบตามกำหนดที่ได้ทดลองใช้จึงมีการเก็บข้อมูลจากบริษัทอีกครั้งเพื่อวัดการนำความรู้ไปใช้ได้ถูกต้องตามมาตรฐานมากน้อยเพียงใด

4. ปรับปรุงกระบวนการ (Improvement) วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root cause) หลังการดำเนินการอบรบโดยการประชุมกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้บริหารนำอุบัติการณ์ที่พบมาวิเคราะห์แยกตามหัวข้อ มีการวิเคราะห์ถึงระดับความรุนแรงของปัญหาที่พบ สาเหตุของการเกิดจากนั้นร่วมกันหาแนวทางการปฏิบัติงาน โดยการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้เพื่อช่วยลดข้อผิดพลาด เพิ่มการสื่อสารทางออนไลน์ ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน ด้านสถานที่และอุปกรณ์ได้มีการปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และวางแผน จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน และจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่เข้าใจระบบงานและการปฏิบัติงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน

5. การควบคุมกระบวนการ (Control phase) จัดทำการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานโดยอ้างอิงมาตรฐานของ CLSI GP 41 : Collection of Diagnostic Venous Blood Specimens, 7th Edition ของงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจ กลุ่มปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์และอ้างอิงด้านโรคติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร โดยแนวทางการควบคุมคุณภาพนี้ต้องมีการนำมาวิเคราะห์โดยกลุ่มหัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงาน และมีส่วนร่วมก่อนและนำไปทดลองปฏิบัติจริง จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แก้ไขข้อบกพร่องที่ยังสามารถพบได้อีกครั้ง นำแผนการควบคุมคุณภาพงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจไปปฏิบัติเป็นระยะเวลา 6 เดือน และติดตามประเมินผล (Quality assessment) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์จากแบบบันทึกอุบัติการณ์ความไม่สอดคล้อง ใบปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ และโปรแกรมความเสี่ยง ดังตารางที่ 2 ประเมินระดับความเสี่ยงของปัญหาอีกครั้งและบันทึกเปรียบเทียบระดับ Six sigma ของความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของปัญหาโดยเปรียบเทียบค่าก่อนและหลัง นำ Lean Six sigma ไปใช้ซึ่งจะใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ประเมินความพึงพอใจให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานรับสิ่งส่งตรวจและเจาะเลือด ประเมินความพึงพอใจต่อระบบงานใหม่และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการปรับปรุงระบบ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับ Sigma level ของแต่ละอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนและหลังจัดการเครื่องมือ Lean Six sigma ของงานเจาะเลือดและงานรับสิ่งส่งตรวจ ปี 2560 และปี 2562

อุบัติการณ์/ปัญหาที่พบ	ปี 2560 (ก่อน)			ปี 2562 (หลัง)		
	ความถี่ (ครั้ง)/ปี*	%yield	Sigma level	ความถี่ (ครั้ง)/ปี**	%yield	Sigma level
เจาะเลือดผิดคน	2	99.9961	5.44	1	99.9984	5.65
เจาะเลือดไม่ครบรายการตรวจ	340	99.3380	3.98	2	99.9969	5.53
ใส่หลอดเลือดผิดชนิดสารกันเลือดแข็งตัว	315	99.3860	4.01	2	99.9969	5.53
เจาะเลือดไม่ครบปริมาตร	74	99.8560	4.48	26	99.9600	4.86
เจาะเลือด ทำให้เกิดเม็ดเลือดแดงแตกง่าย เกิดลิ่มเลือดและเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Hemolysis/clot/clumping)	480	99.0650	4.20	35	99.9457	4.77
เจาะเลือด มากกว่า 1 ครั้ง	1,200	97.6600	3.49	55	99.9147	4.64
Key request lab ไม่ครบถ้วน (ขาด/เกิน)	3,525	98.0300	3.56	55	99.9640	4.86
Key request lab ผิดคน	85	99.9530	4.81	4	99.9974	5.55

*ความถี่ (ครั้ง)/ปี ต่อ จำนวนการสั่งตรวจทั้งหมดของงานเจาะเลือด รวม 51,330 ครั้ง และจำนวนการสั่งตรวจทั้งหมดของงานรับสิ่งส่งตรวจ รวม 179,269 ครั้ง ปี 2562

** ความถี่ (ครั้ง)/ปี ต่อ จำนวนการสั่งตรวจทั้งหมดงานเจาะเลือด 64,496 ครั้ง และจำนวนการสั่งตรวจทั้งหมดของงานงานรับสิ่งส่งตรวจ 152,078 ครั้ง ปี 2562

จากการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาทำให้เกิดแผนผังการวิเคราะห์ปัญหาของกระบวนการทำงาน แสดงรายละเอียดความซับซ้อนของการปฏิบัติงานซึ่งสรุปได้ว่า แต่ละสาเหตุที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากผู้ปฏิบัติงานขาดความเข้าใจในการทำงาน เช่น การเจาะเลือดผิดคน การเจาะเลือดไม่ครบรายการสั่งตรวจ การใส่หลอดเลือดผิดชนิดสารกันเลือดแข็งตัว การเจาะเลือดไม่ครบปริมาตรตามมาตรฐานของหลอดบรรจุ การเจาะเลือดแล้วทำให้เกิดภาวะทำให้เกิดเม็ดเลือดแดงแตกง่าย เกิดลิ่มเลือดและเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การเจาะเลือดมากกว่า 1 ครั้ง และ การ Key request lab ผิดคน เป็นต้น

ปัญหาเหล่านี้ถือเป็นข้อผิดพลาดที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการกำหนดกระบวนการทำงานใหม่จะอาศัยระบบ Lean ซึ่งจะต้องมีการหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงและสร้างแนวปฏิบัติร่วมกันกับผู้ปฏิบัติงานโดยมีการทบทวนระบบงานร่วมกับสอบถามความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานด้วยแบบสอบถามโครงการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ระบบ Lean Six sigma และวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลความเสี่ยงเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อคาดหวังในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานเจาะเลือดและงานรับสิ่งส่งตรวจ ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 สรุปแบบสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

หัวข้อ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัญหาที่พบ	วิธีการแก้ไข
1.บุคคล	หัวหน้างาน	การสื่อสารไม่ทั่วถึง	- จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงานทั้งงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจ -จัดประชุมความเสี่ยงของหน่วยงานทุกสัปดาห์
	ผู้ปฏิบัติงาน	- การรับรู้ข้อมูล/ความเข้าใจ - ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงาน - เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน - ความกดดันเร่งรีบ ไม่รอบคอบ	- จัดอบรมการเก็บสิ่งส่งตรวจประจำทุกปี - จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานที่ดี (WI และ Flow) ประจำจุดบริการแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน - จัดอัตรากำลังทดแทนในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานลา/ไม่ครบ -จัดระบบการทวนสอบโดยเจ้าหน้าที่คนละคน
2.สถานที่	พื้นที่ในการให้บริการ	- สถานปฏิบัติงานที่คับแคบ - การจัดผังภายในห้องให้บริการทำให้ต้องเพิ่มขั้นตอนการทำงาน	ปรับพื้นที่ในการปฏิบัติงานใหม่และปรับเปลี่ยนผังในการให้บริการ
	พื้นที่รอรับบริการ	- ห้องน้ำบริการ - บริเวณที่นั่งรอรับบริการ	- จัดบริเวณรอเจาะเลือดให้เหมาะสมมีห้องน้ำบริการเก้าอี้เพียงพอต่อการรับบริการ - จัดบริเวณนั่งรอเจาะเลือดสำหรับผู้ฝากครรภ์
3.ระบบงาน	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	- ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน -ความยุ่งยากในกระบวนการทำงาน - ความหลากหลายของช่องทางการส่งตรวจ	จัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน (WI)
	ระบบการทวนสอบ	ขาดระบบการตรวจสอบที่ดี	จัดทำระบบการตรวจสอบในทุกขั้นตอนที่ปฏิบัติงาน
	การสื่อสาร	- ขาดการสื่อสารและการส่งงาน - ระบบการแสดงข้อมูลของผู้รับบริการ	- จัดทำเอกสารการบันทึกการรับ-ฝากตัวอย่างและการส่งงานประจำเวร - จัดทำป้ายเพื่อสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบขั้นตอนการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน
4.อุปกรณ์	ไม่เพียงพอ	อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน เช่น การแชร์เครื่องพิมพ์	จัดหาอุปกรณ์เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้งาน คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์เอกสารทั่วไปและเครื่องพิมพ์สติ๊กเกอร์บาร์โค้ด
	ไม่สนับสนุนการปฏิบัติงาน	- อุปกรณ์ไม่สนับสนุนในการทำงานเช่น โต๊ะ/เก้าอี้เจาะเลือด - ความทันสมัยของอุปกรณ์	- จัดหาอุปกรณ์สนับสนุนที่เหมาะสม เช่น เก้าอี้สำหรับใช้ในการเจาะเลือด - จัดทำแผนสั่งซื้อครุภัณฑ์ในการของบประมาณเพื่อจัดหาอุปกรณ์

ตารางที่ 3 แสดงปัญหาที่มีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นก่อน และหลังการอบรม

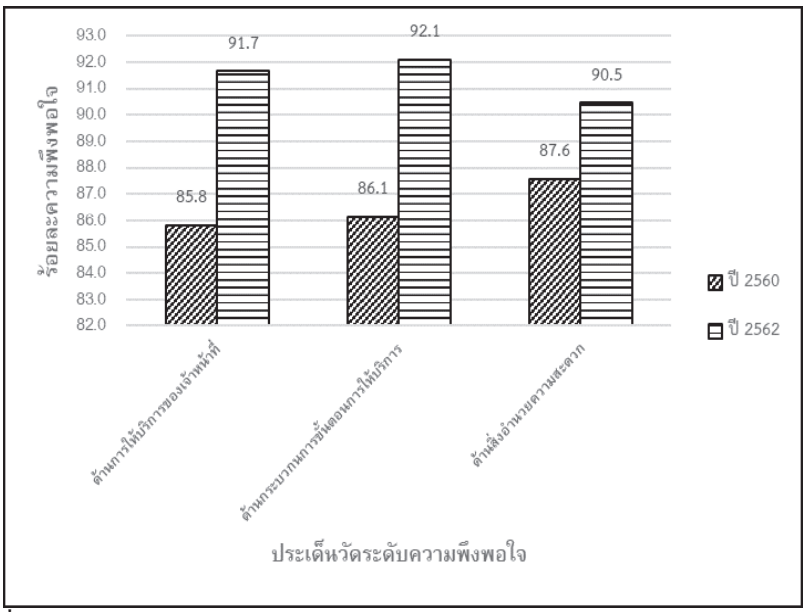
ปัญหาที่มีความเสี่ยง	ก่อนการอบรม	หลังการอบรม
1.การยืนยันตัวตนผู้ป่วย ต้องมีการยืนยันผู้ป่วยด้วย second identifier	ไม่มีการยืนยันผู้ป่วยด้วย second identifier ร้อยละ 66.0	ผู้ปฏิบัติงานทำการยืนยันด้วย second identifier ร้อยละ 100.0
2.ขั้นตอนการควบคุมการติดเชื้อ	- ใช้ถุงมือซ้ำหรือไม่สวมถุงมือในระหว่างเจาะเก็บเลือด ร้อยละ 76.0 - ทำความสะอาด บริเวณผิวหนังผู้ป่วย ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 10.0	- ใช้ถุงมือซ้ำในการเจาะเก็บเลือดร้อยละ 38.0 - ทำความสะอาด ผิวหนังผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 6.0
3.เทคนิคการเจาะเลือด	- ผู้ปฏิบัติงาน รัด Tourniquet นานเกิน 1 นาที ร้อยละ 2.0	- รัด Tourniquet นานเกิน 1 นาที ร้อยละ 2.0

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังการอบรมของงานเจาะเลือด งานรับสิ่งส่งตรวจ และการเงิน

หน่วยงาน	ปี 2560*	ปี 2562**
งานรับสิ่งส่งตรวจ	46.7 นาที	13.9 นาที
งานเจาะเลือด	8.1 นาที	3.2 นาที
การเงิน	21.6 นาที	6.1 นาที
รวม	**76.4 นาที**	**23.2 นาที**

*ระยะเวลารอคอยก่อนการอบรม ปี 2560
**ระยะเวลารอคอยหลังการอบรม ปี 2562

จากการประเมินระดับความเสี่ยงของปัญหา พบว่าปัญหาในกระบวนการเจาะเลือดลดลง เจ้าหน้าที่มีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น ผลการประเมินการพัฒนาระบบโดยอาศัยระบบ Lean ซึ่งพิจารณาจากการเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังการอบรมของงานเจาะเลือด งานรับสิ่งส่งตรวจ และการเงิน ดังตารางที่ 4 พบว่า ระยะเวลารอคอยการรับบริการของ งานรับสิ่งส่งตรวจ งานเจาะเลือดและการเงิน ในปี 2560 ใช้เวลานาน 46.7, 8.1 และ 21.6 นาที ตามลำดับ เมื่อเทียบกับระยะเวลารอคอยการรับบริการของ งานรับส่งตรวจ งานเจาะเลือดและการเงิน ในปี 2562 นาน 13.9, 3.2 และ 6.1 นาที โดยประมาณ ตามลำดับ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจจากผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อระบบงานเนื่องจากทำให้ทำงานอย่างรวดเร็วขึ้น มีความกดดันและเกิดความผิดพลาดน้อยลง เทคนิคการเจาะเลือดดีขึ้น เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกง่าย เกิดลิ่มเลือดและเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Hemolysis/clot/clumping) น้อยลง เมื่อเปรียบเทียบระดับ Six sigma ของความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของปัญหาโดยเปรียบเทียบค่าก่อนและหลังการใช้เครื่องมือ Lean Six sigma โดยก่อนการวิจัยพบว่า กระบวนการรับสิ่งส่งตรวจ Sigma level เท่ากับ 4.18 กระบวนการเจาะเลือด Sigma level เท่ากับ 4.71 หลังทำการวิจัย กระบวนการรับสิ่งส่งตรวจ Sigma level เท่ากับ 5.21 กระบวนการเจาะเลือด Sigma level เท่ากับ 5.34 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนประเมินความพึงพอใจในระบบงานรับสิ่งส่งตรวจและเจาะเลือดของผู้รับบริการ ปี 2560 และ 2562 พบว่า ระดับความพึงพอใจในปี 2560 ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 85.8, 86.1 และ 87.6 ตามลำดับ ซึ่งเทียบกับคะแนนความพึงพอใจปี 2562 ที่เพิ่มมากขึ้น ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่ ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 91.7, 92.1 และ 90.5 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนด้านการให้



ภาพที่ 1 กราฟเปรียบเทียบความพึงพอใจผู้รับบริการปีงบประมาณ 2560 และ 2562

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบปัญหาที่พบ ก่อนและหลังการดำเนินงานในระบบ Lean ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจ

ปัญหาที่พบ	ก่อนการดำเนินงาน* (ร้อยละ)	หลังการดำเนินงาน** (ร้อยละ)
ความกดดันในการปฏิบัติงาน	36.0	4.0
ผู้รับบริการ	32.0	8.0
ความยุ่งยากของระบบงาน	32.0	0
เพื่อนร่วมงาน	12.0	0
จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	36.0	4.0
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	24.0	4.0

*ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานก่อนการดำเนินการระบบ Lean ปี 2560 จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน 25 คน

**ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานหลังการดำเนินการระบบ Lean ปี 2562 จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน 25 คน

บริการของเจ้าหน้าที่ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการและด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 5.9, 6.0 และ 2.9 ตามลำดับ สามารถสรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนกระบวนการตามระบบ Lean ทำให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสมผู้รับบริการจึงมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจำนวน 25 คน และเปรียบเทียบปัญหาที่พบ ก่อนและหลังการดำเนินงานในระบบ Lean พบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 64.0เป็น ร้อยละ 93.6 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามระบบ Lean นั้นผู้ปฏิบัติงานมีความกดดันในการปฏิบัติงานลดลง จากก่อนการดำเนินการ ร้อยละ 36.0 พบเพียง ร้อยละ 4.0 ปัญหาจากผู้รับบริการ ก่อนการดำเนินการ ร้อยละ 32.0 พบเพียง ร้อยละ 8.0 ปัญหาเกี่ยวกับจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เพียงพอ ก่อนการดำเนินการ ร้อยละ 36.0 พบว่าเกิดจากเพิ่งเริ่มปฏิบัติงานใหม่ยังไม่คล่องแคล่วในการปฏิบัติงานในส่วนปัญหาที่เกิดจากจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เมื่อดำเนินการ

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจประเมินความพึงพอใจต่อระบบงาน

ระดับความพึงพอใจในขั้นตอนการปฏิบัติงาน	ระบบงานเดิม (ร้อยละ)*	ระบบงานใหม่ (ร้อยละ)**
พอใจน้อย	8.0	0
พอใจปานกลาง	64.0	0
พอใจดี	28.0	12.0
พอใจดีมาก	0	88.0

*ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบงานเดิม ปี 2560 จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน 25 คน

**ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบงานใหม่ ปี 2562 จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน 25 คน

ตามระบบ Lean พบเพียงร้อยละ 4.0 จากการสอบถามพบปัญหาในช่วงการส่งเวรระหว่างวันซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยเขียนในสมุดส่งเวรและส่งเวรในไลน์กลุ่ม และปัญหาเกี่ยวกับระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ก่อนการดำเนินการร้อยละ 24.0 พบเพียง ร้อยละ 4.0 โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความยุ่งยากของระบบงานซึ่งเป็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมากที่สุด พบว่าก่อนดำเนินการพบร้อยละ 32.0 ของผู้ปฏิบัติงานที่รู้สึกว่าระบบงานยุ่งยาก หลังดำเนินการไม่พบว่าผู้ปฏิบัติงานรู้สึกยุ่งยากในการทำงาน และพบว่าผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจมากต่อระบบงานใหม่เมื่อเทียบกับระบบงานการดำเนินงานตามตารางที่ 5 และแสดงการเปรียบเทียบเวลารับบริการก่อน(ปี 2560) และหลัง (ปี 2562) การอบรมของงานเจาะเลือด งานรับสิ่งส่งตรวจ และการเงิน ดังตาราง ที่ 6

อภิปรายผล

การเลือกใช้เครื่องมือลีนส์ (Lean) เพื่อปรับใช้ในงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจช่วยให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากช่วยลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นและเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานและลดระยะเวลาการรับบริการแก่ผู้รับบริการ กำจัดความสูญเปล่าที่ไม่เพิ่มมูลค่า เช่นเดียวกับเป้าประสงค์ของ วิทยา สุหฤทดำรง [4] ซึ่งการประเมินตัวชี้วัดจากระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นร่วมกับการปรับใช้เครื่องมือ Six sigma เพื่อเพิ่มคุณภาพของกระบวนการทำงานด้วยหลักการ DMAIC เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาในกระบวนการทำงาน นำมาวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ปัญหา และสร้างแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อลดความผิดพลาดและเพิ่มคุณภาพได้มากยิ่งขึ้น การอาศัยเครื่องมือ Lean Six sigma ในการปรับปรุงการบริการของหน่วยงานเจาะเลือดและรับสิ่งตรวจสามารถตรวจจับและลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาและเพิ่มระดับ Sigma level ให้ใกล้เคียงระดับ 6 จากเดิมมีปัญหาความผิดพลาดแสดงระดับ Six sigma น้อยกว่า 4 เมื่อมีการปรับกระบวนการทำงานทำให้ปัญหาความผิดพลาดส่วนใหญ่ ใกล้เคียง Six sigma ระดับ 6 แต่ยังไม่สามารถเพิ่มระดับ Six sigma เป็นระดับ 6 ได้เนื่องจากปัญหาในเรื่อง บุคลากร คือ จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เพียงพอในช่วงเวลาเร่งรีบทำให้ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานลดลง วัสดุอุปกรณ์ คือ ข้อจำกัดในเรื่องการจัดซื้อ ความสิ้นเปลืองของวัสดุที่เป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของ CLSI GP41 [5] ได้ในบางข้อกำหนด และในเรื่องที่ยังเป็นสาเหตุให้ระดับ Six sigma ยังไม่ได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ ผลจากการศึกษากระบวนการนี้สามารถลดระยะรอบการทำงานได้มากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยของระยะรอบการทำงานตลอดช่วงเวลาจำลองสถานการณ์ลดลงจากการปฏิบัติงานในสภาพปัจจุบัน สรุปคือ มีกระบวนการทำงานที่ได้ผลผลิตและคุณภาพเพิ่มขึ้น แนวโน้มการพัฒนามากขึ้นและแสดงผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้อง รวดเร็ว และมีคุณภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิรศักดิ์ เทพจิตร แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานเจาะเลือดและรับสิ่งส่งตรวจในการเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงานและเพิ่มระดับ Six sigma

มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ได้ โดยอาจจะมีการพิจารณา เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้สมบูรณ์มีการติดตาม ประเมินผล ควบคุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และสร้างองค์กรมาตรฐานจากความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ทุกท่าน และสามารถเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานอื่นที่สนใจได้ต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Shimoda K, Kubono K. [Update to ISO 15189 :2012, and future prospects]. Rinsho Byori. 2014; 62(6): 620-3.
2. Kubono K. Quality management system in the medical laboratory--ISO15189 and laboratory accreditation. Rinsho Byori Jpn J Clin Pathol 2004; 52(3): 274-8.
3. Mbah HA. Phlebotomy and quality in the African laboratory: opinion paper. Afr J Lab Med. 2014; 3(1): 1-4.
4. Downen J, Jaeger C. Quality improvement of intravenous to oral medication conversion using Lean Six Sigma methodologies. BMJ Open Qual. 2020; 9(1): e000804.
5. Ahmed S, Abd Manaf NH, Islam R. Effect of Lean Six Sigma on quality performance in Malaysian hospitals. Int J Health Care Qual Assur. 2018; 31(8): 973-87.

BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Original Article
นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

เปมิกา บุญไทย ส.ม. [1]
ปัทมา สุพรรณกุล ปร.ด. [2]
อนุสรา สีหนาท วท.ด.* [3]
[1]*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*
[2]*สาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*
[3]*สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพยากรณ์นี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 429 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Multiple Regression Analysis ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.5 มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในการดูแลตนเองอยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาร้อยละ 12.3 และ 1.2 มีความรอบรู้ทางสุขภาพฯ ในระดับมากเพียงพอ และในระดับยังไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองตามลำดับ ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีอำนาจการพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงที่สุด ได้แก่ อายุ (Beta = -0.300, *p-value < 0.001*) รองลงมาได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.194, *p-value < 0.001*) การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง (Beta = 0.172, *p-value = 0.001*) อาชีพเกษตรกรรม (Beta = 0.170, *p-value = 0.001*) และอาชีพค้าขาย (Beta = -0.106, *p-value = 0.031*) ตามลำดับ ปัจจัยดังกล่าวร่วมพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 24.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรนำตัวแปร อายุ อาชีพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมนำมาเป็นกรอบคิดในการจัดกิจกรรมทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

คำสำคัญ: *ความรอบรู้ทางสุขภาพ, การดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทย, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2*

* อนุสรา สีหนาท ผู้รับผิดชอบบทความ

Received: 01/04/2564
Revised: 13/07/2564
Accepted: 06/08/2567

Factors Predicting Health Literacy of Self-Care in Thai Traditional Medicine among Type II Diabetes Mellitus Patients at Phrom Phiram Hospital in Phitsanulok Province

Pemika Boonthai M.P.H. [1]
Pattama Suphunnakul Ph.D.[2]
Anusara Sihanat Ph.D.*[3]
[1] *Master of Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University*
[2] *Division of Community Health, Faculty of Public Health, Naresuan University*
[3] *Division of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Public Health, Naresuan University*

ABSTRACT

This predictive research main purpose was to study factors predicting health literacy of self-care in Thai traditional medicine among patients with type ll diabetes at Phrom Phiram Hospital in Phitsanulok Province. Data collection was used by questionnaires from 429 participants. Multiple Regression Analysis was used for data analysis at significant level of 0.05.

The results revealed that 86.5 percent of the participants had health literacy in Thai traditional medicine in sufficient level, followed by 12.3 percent and 1.2 percent with health literacy at a high enough level and at a level not enough to self-care of them, respectively. The results of analysis found that the age was the strongest predictor health literacy of self-care in Thai traditional medicine among type ll diabetes patients (Beta = -0.300, *p-value < 0.001*), followed by social support (Beta = 0.194, *p-value < 0.001*), perception of one's health condition (Beta = 0.172, *p-value = 0.001*), agriculture (Beta = 0.170, *p-value = 0.001*) and trade (Beta = -0.106, *p-value = 0.031*), respectively. These factors can predict the health literacy of self-care in Thai traditional medicine among patients with type ll diabetes at 24.9 percent with the significant level of 0.05.

Recommendation: In developing a program to promote health literacy in Thai traditional medicine for patients with type ll diabetes, variables of age, occupation, perception of health condition and social support should be used as a framework for organizing activities that are most suitable for the target group.

Key words: *Health literacy, Self-care in Thai traditional medicine, Type II diabetes mellitus patients*

**Corresponding Author: Anusara Sihanat*

บทนำ

โรคเบาหวานคือโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งเป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพของประชากรทั่วโลก สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติได้รายงานว่า สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่พบป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 99 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[1] ในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 382 ล้านคน และคาดว่าปี พ.ศ. 2583 มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นถึง 642 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 4 ล้านคน และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2583 จะมีเพิ่มขึ้นถึง 5.2 ล้านคน[1] ข้อมูลจาก Global Agricultural Information Network เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่าคนไทยบริโภคน้ำตาลเฉลี่ย 28.4 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดว่าสามารถบริโภคได้เฉลี่ยไม่เกินเฉลี่ยวันละ 6 ช้อนชา ถึง 4.7 เท่า[2] องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน[1] รายมีค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ที่ 32,438 บาท หรือ 948 ดอลล่าสหรัฐ และร้อยละ 49 ของค่าใช้จ่ายเกิดค่ารักษาภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 2 โรค จะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 6.6 เท่า ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไปจะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึง 18.5 เท่า[3] ข้อมูลสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี พ.ศ. 2558 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 697.22 ต่อประชากรแสนคน สูงที่สุดของประเทศ รองลงมาคือภาคเหนือ มีอัตราการป่วยเท่ากับ 690.45 ต่อประชากรแสนคน และภาคกลางมีอัตราการป่วยเท่ากับ 523.61 ต่อประชากรแสนคน พิจารณาในระดับจังหวัดพบอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคนสูงที่สุดคือ จังหวัดจันทบุรีมีอัตราป่วยสูงสุด 1,711.66 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือจังหวัดนครนายก 1,331.32 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดพิษณุโลก 1,167.33 ต่อประชากรแสนคน[4] โดยจังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดเดียวในภาคเหนือที่พบอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานมากที่สุด เมื่อพิจารณารายอำเภอ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า อำเภอพรหมพิรามมีอัตราการป่วยโรคเบาหวานรายใหม่สูงถึง 755.04 ต่อประชากรกรแสนคน และในปี พ.ศ. 2561 อำเภอพรหมพิรามมีร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ถึงร้อยละ 64.35[5]

การใช้ระบบบริการสุขภาพทั้งแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับการใช้ศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เป็นส่วนช่วยสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง เพื่อประคับประคองระดับความรุนแรงของโรค[6] การใช้ยาสมุนไพรเป็นการรักษาด้านการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวที่แสวงหาเพื่อเลือกใช้บรรเทาและรักษาอาการโรค พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 55.9 มีการรับประทานสมุนไพรเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 32.3 สามารถลดการรับประทานยาแผนปัจจุบันได้ [7] การแพทย์แผนไทยนั้นเป็นการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม นอกจากการใช้ยาสมุนไพร[7] แล้วยังมีหัตถการทางการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การนวดบำบัด[8] การแช่เท้าด้วยสมุนไพร[8] การกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน[9] การฝึกสมาธิ[9] และการให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ[9] รวมถึงการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยด้วย[10] แต่สิ่งหนึ่งที่จะนำไปสู่พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้เพิ่มมากขึ้นจากแหล่งข้อมูลสื่อสารสนเทศต่าง ๆ รอบตัว ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและมีความสามารถเข้าใจในสิ่งที่ได้อ่าน หรือได้รับฟัง เพื่อการเรียนรู้ในการลดช่องว่างระหว่างความรู้และความไม่รู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้สามารถเข้าใจ เข้าถึงสิทธิ์ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม[11] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน[12] ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ชะลอการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดต่ำลง ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลงซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[13]

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน อันจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

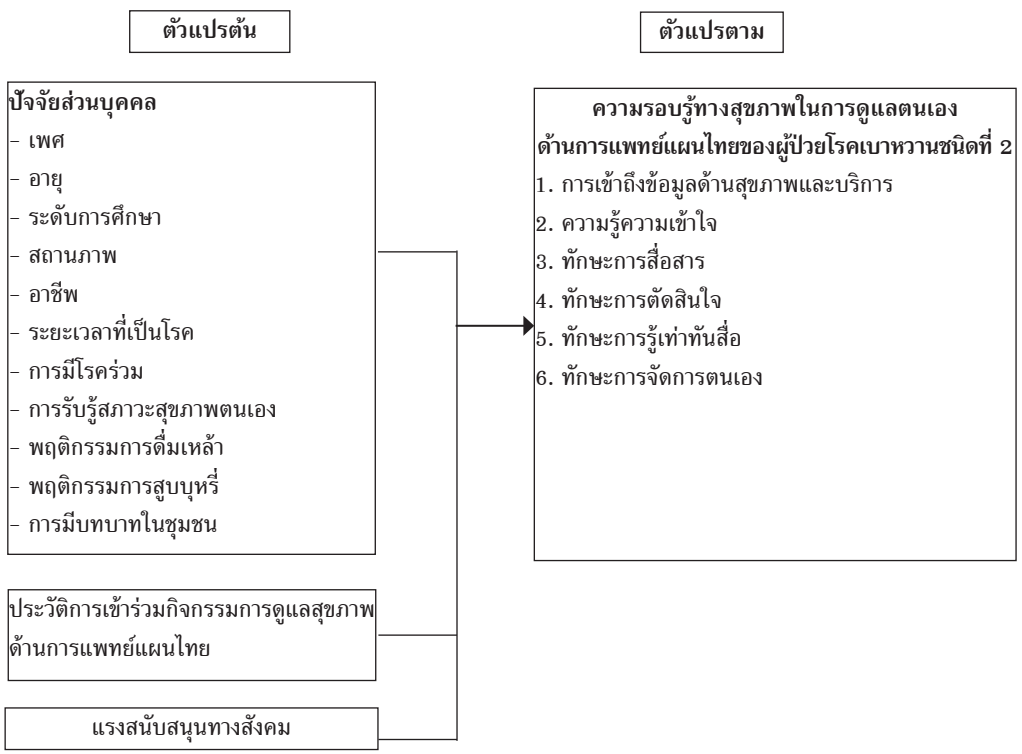
1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ ระยะเวลาการเป็นโรค การมีโรคร่วม การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการดื่มเหล้า/สูบบุหรี่ บทบาทในชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคม และประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ร่วมพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 30 ปีขึ้นไป[14] ที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย และรักษาที่โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5,424 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนเท่าของตัวแปรพยากรณ์ ในการศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด 13 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างจึงคำนวณได้เท่ากับ 390 คน (13 ตัวแปร x 30 เท่า) และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงบวกเพิ่มอีกร้อยละ 10.00 จึงได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 429 คน[15] เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในขณะเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย คณาจารย์คณะสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวม 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามฉบับนี้ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 แบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คือ ประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ เข้าร่วมเป็นประจำ เข้าร่วมเป็นบางครั้ง และไม่เคยเข้าร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 3 คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่เคยได้รับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 4 คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งแบ่งตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบไปด้วย ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทย ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพทางการแพทย์แผนไทย ตอนที่ 3 การสื่อสารสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ตอนที่ 4 การจัดการตนเองด้านการแพทย์แผนไทย ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อด้านการแพทย์แผนไทย และตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.88, 0.87, 0.88, 0.87, 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์และแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามใบรับรองเลขที่ IRB No. 0946/62

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายคุณลักษณะของประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทย

Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Vol 18 No. 2 May - August 2024

2. วิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ด้วย Multiple Regression Analysis (MRA) แบบ Stepwise กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.9 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.24 ปี จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 58.7 สถานภาพสมรสร้อยละ 71.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 30.5 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 11,090.91 บาทต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.71 ปี กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร่วมร้อยละ 96.7 ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 95.5 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ร้อยละ 97.2 ปฏิเสธการสูบบุหรี่หรือยาสูบร้อยละ 90.7 ไม่มีบทบาททางชุมชนร้อยละ 90.2 และร้อยละ 80 รับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองว่าร่างกายแข็งแรง

2. ประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.8 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลพรหมพิราม ครบทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรม เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายข้อ พบ 4 กิจกรรมการเรียนรู้ที่กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมเป็นประจำ ได้แก่ กิจกรรมการเรียนรู้การให้สุขศึกษาด้านการใช้ยาสมุนไพร กิจกรรมการแช่เท้าสมุนไพร กิจกรรมการนวดเท้าและกิจกรรมสมาธิบำบัด คิดเป็นร้อยละ 71.1, 57.8, 53.1 และ 54.3 ตามลำดับ และเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยฤาษีดัดตนเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 58.7

3. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.3 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัวใกล้ชิดเป็นประจำ ร้อยละ 67.4 และ 60.1 ตามลำดับ ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์แผนไทย อสม. และสื่อสิ่งพิมพ์เป็นบางครั้ง ร้อยละ 80.7, 74.6 และ 42.7 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.4 ไม่เคยได้รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์/อินเตอร์เน็ต

ด้านวัตถุ (เงิน, เวลา, การดูแล) กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย จากบุคคลในครอบครัวใกล้ชิดและเพื่อนเป็นประจำ ร้อยละ 80.9 และ 62.0 ตามลำดับ ได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์แผนไทยและอสม.เป็นบางครั้ง ร้อยละ 59.7 และ 59.7 ตามลำดับ ได้รับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวใกล้ชิดและอสม.เป็นประจำ ร้อยละ 64.1 และ 61.8 ตามลำดับ และได้รับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์แผนไทยและเพื่อนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.8 และ 50.6 ตามลำดับ

ด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวใกล้ชิดและเพื่อนเป็นประจำ ร้อยละ 61.1 และ 59.9 ตามลำดับ และได้รับกำลังใจจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์แผนไทยเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 62.5 และ 61.5 ตามลำดับ ได้รับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวใกล้ชิดและเพื่อนเป็นประจำ ร้อยละ 79.5 และ 65.3 ตามลำดับ ได้รับการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์แผนไทย และ อสม. เป็นบางครั้ง ร้อยละ 60.1 และ 57.8 ตามลำดับ

4. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.5 มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยที่เพียงพอ (สามารถดูแลตนเองได้แต่ยังไม่ถูกต้องทั้งหมด) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.3 มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในระดับมากเพียงพอ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก (n=429)

ระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ระดับมากเพียงพอ (คะแนนมากกว่า 82 คะแนน)	53	12.3
2. ระดับเพียงพอ (คะแนนระหว่าง 62-81 คะแนน)	371	86.5
3. ระดับยังไม่เพียงพอ (คะแนนน้อยกว่า 61 คะแนน)	5	1.2
X= 74.65, SD =5.60, Min= 56, Max= 92		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปรที่ศึกษา	β	Beta	*p-value*
1. อายุ	-.213	-.300	< 0.001*
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	.218	.194	< 0.001*
3. การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเองว่าไม่แข็งแรง (ร่างกายแข็งแรง กลุ่มอ้างอิง)	2.457	.172	0.001*
4. อาชีพเกษตรกรรม (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มอ้างอิง)	2.070	.170	0.001*
5. อาชีพค้าขาย (ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มอ้างอิง)	1.461	-.106	0.031*

*p-value < 0.05**, Constant = 73.223, R^2 = 24.9

(สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องทั้งหมด) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.2 มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในระดับยังไม่เพียงพอ (ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง) ดังแสดงในตารางที่ 1

5. ปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงที่สุดได้แก่ อายุ (Beta= -0.300, *p-value < 0.001*) รองลงมาได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.194, *p-value < 0.001*) การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง (Beta= 0.172, *p-value = 0.001*) อาชีพเกษตรกรรม (Beta= 0.170, *p-value = 0.001*) และอาชีพค้าขาย (Beta = -0.106, *p-value = 0.031*) ตามลำดับ โดยตัวแปรดังกล่าวร่วมพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 24.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสมการพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทย = 73.223-0.213 (อายุ) + 0.218 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 2.457 (การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง) + 2.070 (อาชีพเกษตรกรรม) + 1.461 (อาชีพค้าขาย) ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.5 มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยที่เพียงพอ (สามารถดูแลตนเองได้แต่ยังไม่ถูกต้องทั้งหมด) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.3 มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในระดับมากเพียงพอ (สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องทั้งหมด)

และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.2 มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในระดับยังไม่เพียงพอ (ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง) จากผลการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพียงร้อยละ 12.3 ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในระดับที่มากเพียงพอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้โรคป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทย ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รู้และเข้าใจวิธีการดูแลตนเองเกี่ยวกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย มีทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ทั้งนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางสุขภาพที่มากเพียงพอจะสามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[12]

2. ปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยอภิปรายผลตัวแปรที่มีอำนาจร่วมพยากรณ์ ตามลำดับดังนี้

อายุ มีอำนาจพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย (Beta = -0.300, *p-value < 0.001*) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยทางด้านการทำงานของร่างกาย ส่งผลต่อความยากลำบากในการอ่าน การทำความเข้าใจและการจดจำ ตลอดจนไม่มีทักษะในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อเข้าถึงข้อมูล บางรายไม่สามารถใช้อุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา[12] ที่พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง และการศึกษาของมนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ [16] ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 26-36 ปี จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอ ซึ่งเป็นกลุ่มคนวัยทำงานที่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้จากหลากหลายแหล่ง มีความรู้ความสามารถในการจดจำและการสื่อสารข้อมูลในการดูแลสุขภาพได้ดี แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลจะลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย (Beta = 0.194, *p-value < 0.001*) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jordan et al.[17] ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงถึงความรอบรู้ทางสุขภาพนอกเหนือจากปัจจัยส่วนบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ขุมทอง[18] ที่พบว่าการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกมีความสำคัญในการเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด มีบทบาทสำคัญในการช่วยชี้แนะถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในจัดการสุขภาพของผู้ป่วย

การรับรู้สภาวะทางสุขภาพตนเอง มีอำนาจพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย (Beta = 0.172, *p-value = 0.001*) สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ขุมทอง[18] ที่พบว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพและความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคลเกิดการเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจถึงสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนรีมาลย์ นีละไพจิตร[19] ที่พบว่าผู้ที่รับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองว่าแข็งแรงดีจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ และการศึกษาของ Marques et al.[20] ที่พบว่าผู้ที่รับรู้ว่าตนเองไม่แข็งแรงจะมีแนวโน้มความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง

อาชีพ ในการศึกษาครั้งนี้พบอาชีพเกษตรกรรม (Beta = 0.170, *p-value = 0.001*) และอาชีพค้าขาย (Beta = -0.106, *p-value = 0.031*) อำนาจพยากรณ์ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองด้านการแพทย์แผนไทย ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพค้าขายมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการประกอบอาชีพทำให้มีโอกาสในการปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มคน หรือชุมชนได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และวิทยา จันทร์ทา[12] ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยผู้ที่

ประกอบอาชีพจะมีแนวโน้มระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ HbA1C หรือ FBG

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือและการสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tossanoot S, Sirikamonsathian B. A situation study of using chronic care model in caring for diabetes type 2 patients. JHSR 2016; 10(2): 29-40. (in Thai)
2. Department of Health. Dietary reference intake for Thais 2020 (1). Bangkok: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
3. Ratsarn C. Current situation and cooperation to reform diabetes care in Thailand. Bangkok: Novo Nordisk Pharma (Thailand); 2017. (in Thai)
4. Thonghong A. Annual epidemiological surveillance report 2015. Bangkok: Centers for Disease Control and Prevention; 2015. (in Thai)
5. Ministry of public health. Health data center [internet]. 2014 [Cited 2019 May 11]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th. (in Thai)
6. Natason A, Pumthong G, Pinthong P, et al. Alternative medicines for caring patients with diabetes in Lao. PNUJR 2015; 7(1): 25-35. (in Thai)
7. Kengganpanich T, Leerapan P, Kengganpanich M, et al. Factors related to herbal consumption for controlling blood sugar of patients with type 2 diabetes mellitus. JBCN_Bangkok 2015; 31(1): 13-25. (in Thai)
8. Mon-ar A, Nateetanasombat K, Prasertsong C. The experiences of foot care in type 2 diabetes mellitus soldiers with foot complications. JRTAN 2015; 16(2): 50-58. (in Thai)
9. Pithaksa P, Salitool P. The association between Thai traditional medicine Dhammanamai Health promotion program and quality of life in diabetes patients in Kantharalak district Si Sa Ket province. J Thai Trad Alt Med 2012; 10(1): 43-51. (in Thai)
10. Payogo S, Sudsukh U. Buddhist integration of caring for chronic diseases in Thai society. JMPS 2014; 3(2): 45-64. (in Thai)
11. Health education division. Establishing and assessing health literacy and health behavior. Nonthaburi: Ministry of public health; 2018. (in Thai)
12. Rattanawarang W, Chantha W. Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type2 diabetes, Chainat province. JBCNM 2018; 24(2): 34-51. (in Thai)
13. Mancuso JM. Health Literacy: A concept/dimensional analysis. Nurs Health Sci 2008; 10(3): 248-55.
14. Ministry of public health. National NCDs prevention and control strategic plan 5 years (2017 - 2021). Nonthaburi: Emotion art company; 2017. (in Thai)

15. Vanichbuncha K. Advanced statistical analysis with SPSS for windows. Bangkok: Chulalongkorn printing; 2006. (in Thai)
16. Norasing M, Thanomphan S. Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. J Nakornping Hosp 2019; 10(1): 35-50. (in Thai)
17. Jordan S, Diederichs CD, Dollmann SD, Neuhauser H. Health literacy, general health and social support Results from the survey 'German Health Update'. Eur J Public Health 2017; 27(3): 42.
18. Khumthong T. A causal model and effect of health literacy to health behavior and health outcome of risk Thai adults with diabetes and hypertension in Uthaithani and Ang thong province [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn university; 2016. (in Thai)
19. Tanasugarn C, Neelapaichit N. A survey of health literacy of patients with diabetes and hypertension. Nonthaburi: Health education division, Ministry of public health; 2016. (in Thai)
20. Marques SRL, Escarce AG, Aguiar Lemos SMA. Health literacy and self-rated health in adults primary care patients. CoDAS 2018; 30(2): 1-8.

BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Original Article
นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่

นัสชฎาพร นันทะจันทร์ พย.ม.*
สุชารัตน์ เจริญ พย.ม
ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่

บทคัดย่อ

โรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสหลายชนิดสามารถติดต่อได้รวดเร็ว เกิดการแพร่กระจายไปสู่ครอบครัวและคนรอบข้างได้ง่าย การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่กำลังดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสในโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 จำนวน 46 ราย คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย กลุ่มทดลองได้รับความรู้จากการชมสื่อวีดิทัศน์ กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ด้วยวิธีปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส และแบบบันทึกการสังเกต โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลโดยชมสื่อวีดิทัศน์มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวิดีทัศน์ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสถูกต้องเพิ่มขึ้น สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติได้

คำสำคัญ : *สื่อวีดิทัศน์, การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส, ผู้ดูแลผู้ป่วย*

Received: 07/12/2564
Revised: 30/03/2565
Accepted: 08/08/2567

*นัสชฎาพร นันทะจันทร์ ผู้รับผิดชอบบทความ

Effects of Contact Precautions Video Media on Knowledge and Practices Among Caregivers, Bangkok Hospital Chiang Mai

Natchadapohn Nanthachan M.N.S.*

Sucharat Charoen M.N.S.

Total Quality and Cost Improvement Division, Bangkok Hospital Chiang Mai

ABSTRACT

Many contact transmission diseases can widely spread to family member and colleague. Providing correct information about contact precautions to caregiver is necessary for prevention of infection. This experimental research was two groups pretest-posttest design. The purpose of this study was to investigate the effects of contact precautions video media on knowledge and correct practices among caregivers. The sample was 46 caregivers who responsible for taking care of patients with contact transmission diseases at Bangkok Hospital Chiang Mai from October to November, 2020, 23 caregivers were assigned into control group and experimental group. The experimental group received contact precautions video media, whereas the control group received regular inform. Research instruments consisted of the video media on contact precautions, a demographic data questionnaire, a knowledge test and an observational recording form, which had Cronbach's Alpha Coefficiency value as 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test and paired t-test.

The results of this study revealed that after receiving the information provided through video media, the mean score of knowledge among the experimental group significantly higher than the control group ($p < 0.001$) and the mean score of correct practices among the experimental group was significantly highly than control group ($p < 0.05$).

The results of this study indicated that giving information using video media was associated with increased knowledge and increased correct practices on contact precautions. Therefore, healthcare provider should use video media for giving information to caregiver and family member in order to enhance effectiveness to prevent the transmission of disease.

Keywords: *video media, contact precautions, caregivers*

*Corresponding Author: Natchadapohn Nanthachan

บทนำ

การแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (contact transmission) คือการที่เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายจากผู้ป่วยสู่บุคคลอื่นทางการสัมผัส ทั้งจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโดยตรง (direct contact transmission) และการสัมผัสทางอ้อม (indirect contact transmission) ผ่านตัวกลาง เช่น จากมือของบุคลากร ผู้ดูแล หรือจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปนเปื้อน โดยโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (respiratory syncytial virus, RSV) การติดเชื้อหรือพบเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพบนร่างกาย (multidrug-resistant organisms infection or colonization, MDROs) การติดเชื้อคลอส ตริเดียม ดิฟฟิไซล์ (clostridium difficile infection, CDI) ทางเดินอาหารอักเสบจากเชื้อโนโรไวรัส/โรตาไวรัส (norovirus/rotavirus) และเริม (disseminated herpes simplex)[1] เป็นต้น

โรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสหลายชนิดสามารถติดต่อได้รวดเร็ว เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ครอบครัวหรือเกิดการระบาดเป็นวงกว้างได้ หากผู้ดูแลให้การดูแลโดยไม่มีความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้อง จากสถิติของโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ระหว่างปี 2560-2562 พบผู้ป่วยโรคติดต่อที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 490 ราย 779 ราย และ 801 รายตามลำดับ[2] โดยพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น เด็กเล็กและผู้สูงอายุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้ป่วยในขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อแห่งสหรัฐอเมริกา (centers for disease control and prevention, CDC) ได้ทบทวนงานวิจัยและสรุปเป็นข้อปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (contact precautions) จากผู้ป่วยไปสู่ผู้ดูแลรักษาและญาติซึ่งประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การสวมเสื้อคลุมและถุงมือเมื่อต้องสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม[1] ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับหลักการดังกล่าวเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติขณะดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง[3] ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคเน้นเฉพาะเรื่องการล้างมือก่อนเตรียมและปรุงอาหารและหลังขับถ่าย[4] แต่ไม่ครอบคลุมการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายและการจัดการขยะติดเชื้ออย่างเหมาะสม

การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยควรนำหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (adult learning) มาประยุกต์ในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม[5] โดยปัจจุบันการใช้สื่อช่วยสอนเข้ามามีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้มารับบริการอย่างมากโดยเฉพาะการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวิดีทัศน์ที่มีการนำเสนอเนื้อหาด้วยภาพ โดยใช้เสียงบรรยาย นำเสนอเป็นภาพเคลื่อนไหวและสร้างความต่อเนื่องของเนื้อหา ซึ่งสามารถเร้าความสนใจของผู้เรียนช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้นส่งผลให้เรียนรู้ได้มากขึ้น ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สูง[6] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีหลายการศึกษาที่ใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อหวังผลในการเพิ่มความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่าง[7,8,9,10] แต่มีเพียงการศึกษาเดียวที่พบว่าหลังให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น[7] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสมาใช้ในการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ โดยคาดหวังว่าหลังชมสื่อวีดิทัศน์ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์
2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน

การแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์

3. เปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์

4. เปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (adult learning) ข้อมูลจากสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาครอบคลุมการทำความสะอาดมือ การสวมเสื้อคลุมและถุงมือเมื่อต้องสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม ตามแนวคิดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ถือเป็นสิ่งเร้าซึ่งจะกระตุ้นผ่านอวัยวะรับสัมผัสทางตาและหูส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ข้อมูล เกิดการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์สิ่งเร้า และเกิดการเรียนรู้ขึ้น และตอบสนองในรูปของความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้อง ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติอาจได้รับเนื้อหาที่แตกต่างกันตามทักษะ ความรู้ และความสามารถของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจึงมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยกว่า

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design)

ประชากร ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งครอบคลุมผู้ปกครอง สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่ถูกจ้างเพื่อให้มาดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส ขณะนอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ คัดเลือกจากประชากรที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) คือมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคติดต่อที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ดูแลมีอาการของโรครุนแรงขึ้น หรือผู้ป่วยที่ดูแลมีอาการติดเชื้ออื่นร่วมขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test)[11] เท่ากับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 เปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย รวมเป็น 44 ราย งานวิจัยนี้คาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการเข้าร่วมวิจัยร้อยละ 5 คำนวณการปรับขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน รวมทั้งสิ้น 46 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. สื่อวีดิทัศน์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสที่พัฒนาขึ้นโดยโรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ เนื้อหาครอบคลุมความหมายของการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส โรคที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส การปฏิบัติตนในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การสวมเสื้อคลุมและการสวมถุงมืออย่างเหมาะสม คำแนะนำขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล การจัดการมูลฝอยและการแยกในห้องแยก (ระยะเวลา 2.40 นาที)

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส จำนวน 9 ข้อ

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงเนื้อหาตามสื่อวิดีทัศน์ประกอบด้วยความหมายของการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสโรคที่แพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายเมื่อต้องสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย การกำจัดขยะอย่างเหมาะสม และข้อปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลกรณีมีความจำเป็นต้องออกจากห้องแยก แบบให้เลือกตอบแบบถูกผิด (true false) จำนวน 12 ข้อ

4. แบบบันทึกการสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับใช้สังเกตการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย การแยกอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย การทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม การทิ้งขยะติดเชื้ออย่างเหมาะสม และการแจ้งเจ้าหน้าที่กรณีต้องการออกจากห้องพัก มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 13 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส และแบบบันทึกการสังเกตได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน และพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ปรับเปลี่ยนของโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 2020-001 รหัสโครงการ BCM-IRB-2019-09-001 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2562 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาและสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กรณีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่โดยดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อนจึงดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination) ของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

-กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (pretest)

2. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย

3. พยาบาลประจำแผนกให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยวิธีปกติคืออธิบายร่วมกับให้แผ่นให้ความรู้

ครั้งที่ 2 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (posttest)

2. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย

-กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (pretest)

2. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเปิดวีดิทัศน์

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส

ครั้งที่ 2 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (posttest)

2. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Chi-square

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Shapiro-Wilks Test โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติทดสอบ dependent pair t-test

3. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์ ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Shapiro-Wilks Test โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติทดสอบ independent t-test

4. เปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Shapiro-Wilks Test โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติทดสอบ dependent pair t-test

5. เปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์ ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Shapiro-Wilks Test โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติทดสอบ independent t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 ราย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 37.48 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.00) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 78.40) และประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 91.30) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.00 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.60) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 60.90) และประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 56.50) ดังแสดงในตารางที่ 1

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองพบว่าหลังชมสื่อวีดิทัศน์ผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.96 คะแนน เป็น 11.65 คะแนน (*p-value = 0.008*) ดังตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์ เท่ากับ 11.48 คะแนน กลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.65 คะแนน (p-value = 0.571) ดังแสดงในตารางที่ 3

การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มทดลองพบว่าหลังชมสื่อวีดิทัศน์ผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 3.39 คะแนน เป็น 6.22 คะแนน (*p-value = 0.000*) ดังแสดงในตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์ เท่ากับ 5.04 คะแนน กลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.22 คะแนน (*p-value = 0.011*) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละและการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=46)

หัวข้อ	กลุ่มควบคุม (n=23)		กลุ่มทดลอง (n=23)		p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					**0.177**
20-30	6	26.09	5	21.74	
31-40	11	47.82	13	56.52	
41-50	1	4.35	2	8.70	
51-60	4	17.39	0	0	
≥ 61	1	4.35	3	13.04	
	M = 39.00	SD = 11.44	M = 37.48	SD = 11.01	
	Min = 26	Max = 65	Min = 28	Max = 62	
เพศ					**0.907**
ชาย	7	30.40	3	13.00	
หญิง	16	69.60	20	87.00	
ระดับการศึกษา					**0.563**
ประถมศึกษา	3	13.00	3	13.00	
มัธยมศึกษา	4	17.40	1	4.30	
ปริญญาตรี	14	60.90	18	78.40	
ปริญญาโท	2	8.70	1	4.30	
อาชีพ					**0.640**
รับจ้าง	3	13.00	2	8.70	
รับราชการ	1	4.30	0	0	
พนักงานบริษัท	6	26.10	0	0	
ธุรกิจส่วนตัว	13	56.50	21	91.30	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ (n=23)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้	M	SD	Range	*t*	*p-value*
ก่อนชมสื่อวีดิทัศน์	10.96	1.331	8-12	2.912	0.008
หลังชมสื่อวีดิทัศน์	11.65	1.071	7-12		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์ (n=46)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้	M	SD	Range	*t*	*p-value*
กลุ่มควบคุม (n=23)	11.48	0.994	8-12	-.571	0.571
กลุ่มทดลอง (n=23)	11.65	1.071	7-12		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังชมสื่อวีดิทัศน์ (n=23)

คะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้อง	M	SD	Range	*t*	*p-value*
ก่อนชมสื่อวีดิทัศน์	3.39	2.061	1-8	5.725	0.000
หลังชมสื่อวีดิทัศน์	6.22	1.380	3-8		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้ชมสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ชมสื่อวีดิทัศน์ (n=46)

คะแนนการปฏิบัติที่ถูกต้อง	M	SD	Range	*t*	*p-value*
กลุ่มควบคุม (n=23)	5.04	1.609	2-8	-2.656	0.011
กลุ่มทดลอง (n=23)	6.22	1.380	3-8		

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย

การศึกษานี้พบว่าหลังผู้ดูแลผู้ป่วยได้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.96 คะแนน (SD = 1.331) เป็น 11.65 คะแนน (SD = 1.071) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่าการให้ข้อมูลโดยสื่อวีดิทัศน์มีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้ขณะดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคือ การปฏิบัติตนในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยการทำความสะอาดมือ การสวมเสื้อคลุม การสวมถุงมือ และคำแนะนำขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งหากปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจทำให้ติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือเกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลขึ้นได้ นอกจากนี้การนำเสนอของสื่อวีดิทัศน์ เช่น ภาพเคลื่อนไหว ตัวอักษร และเสียง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้ดีกว่าการใช้สื่อการสอนเพียงอย่างเดียว[12] จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น และมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์[13,14] ดังการศึกษาของสุวัจนา น้อยแนมชาติชาย สุวรรณนิตย์ และฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์[15] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการประเมินสภาพเท้าผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 106 รายพบว่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังดูสื่อวีดิทัศน์เพิ่มขึ้นจาก 9.13 คะแนน เป็น 12.53 คะแนน (*p = 0.001*)

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันหลังทดลอง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.48 คะแนน และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยเท่ากับ 11.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน (*p = 0.571*) (ตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rabab El Sayed และ Samar El-Hoseiny

Abd El-Raouf El-Sayed[16] ที่ศึกษาการสอนกายวิภาคศาสตร์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์แก่นักศึกษาพยาบาล จำนวน 27 ราย ผลพบว่ากลุ่มทดลองสอบผ่านกลางภาคเรียนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนในรูปแบบปกติ คือ ร้อยละ 100 และร้อยละ 92.6 ตามลำดับ (p = 0.150) แต่ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบคะแนนความรู้ของกลุ่มที่รับข้อมูลโดยการชมสื่อวีดิทัศน์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้โดยการอธิบายด้วยปากเปล่าอย่างมีนัยสำคัญสถิติ[7,8,9] จากข้อมูลตารางที่ 3 จะเห็นว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในระหว่างที่ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่เกิดการระบาดของโควิด 19 ระลอกที่ 2 ในประเทศไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีการให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อจากโควิด 19 ทั้งจากสื่อโทรทัศน์และสื่อออนไลน์ ซึ่งข้อมูลความรู้นั้นครอบคลุมถึง การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลล์แอลกอฮอล์ การงดการสัมผัสใบหน้า จมูก ตา และปาก การรับประทานอาหารร้อนและใช้ช้อนส่วนตัว รวมถึงการทิ้งมูลฝอยที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งลงในถังขยะติดเชื้อ จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสค่อนข้างสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของจรัส รัชกุลชาติชาย สุวรรณนิตย์ และฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์[17] ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชนไทย จำนวน 422,479 รายพบว่าในช่วงการระบาดของโควิด 19 มีพฤติกรรมในการป้องกันตัวเองอยู่ในระดับสูงที่ประมาณร้อยละ 90 ซึ่งหัวข้อที่ประชาชนทำได้มากที่สุด คือการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า รองลงมาคือการล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ และการทานอาหารร้อนและใช้ช้อนส่วนตัว

การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสของผู้ดูแลผู้ป่วย

การศึกษานี้พบว่าหลังผู้ดูแลผู้ป่วยได้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 3.39 คะแนน (SD = 2.061) เป็น 6.22 คะแนน (SD = 1.380) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4 และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติที่ถูกต้องเท่ากับ 5.04 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) ดังตารางที่ 5 โดยเฉพาะการทำความสะอาดมือก่อน-หลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและหลังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากจากปฏิบัติร้อยละ 3.04 เป็นร้อยละ 91.30 ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น น่าจะเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้จากการชมสื่อวีดิทัศน์ การเห็นวิธีปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเห็นว่าข้อมูลที่ได้รับเกิดผลดีแก่ตนเอง กลุ่มตัวอย่างจะเกิดการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ที่ได้รับส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้ถูกต้องตามมา[18,19] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yeu-Hui Chuang และคณะ[20] ที่ศึกษาผลของการสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์ในนักศึกษาพยาบาล จำนวน 44 รายพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีทักษะเกี่ยวกับสายสวนปัสสาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลที่ดูแลโดยการอธิบายด้วยปากเปล่าประกอบการให้แผ่นให้ความรู้อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ไม่ดีนัก ส่งผลให้ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติอย่างถูกต้องได้ เนื่องจากการให้ข้อมูลด้วยวิธีปกติอาจไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือการปฏิบัติ หรือไม่ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไรถึงจะถูกต้อง[21]

อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสเพิ่มขึ้น แต่การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่สวมถุงมือและเสื้อคลุมเมื่อต้องสัมผัสสารคัดหลั่ง ดังนั้นจึงไม่มีเหตุการณ์สังเกตหัวข้อ การใส่และการถอดถุงมือและเสื้อคลุม รวมถึงการทำความสะอาดมือหลังถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ซึ่งการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สวมทั้งถุงมือและเสื้อคลุมสามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีอุปกรณ์ป้องกันร่างกายสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ แต่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจไม่ใช้

อุปกรณ์ป้องกันร่างกายถึงแม้ว่าจะต้องทำกิจกรรมที่สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ประกอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดเป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งสัมผัสใกล้ชิดตั้งแต่ก่อนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้คิดว่าไม่สามารถติดโรคดังกล่าวจากผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งช่วงที่ต้องนอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

2. ศึกษาติดตามความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะยาวโดยเฉพาะเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย และขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจนทำให้การวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [internet] 2019. [cited 2021 Oct 5]. Available from: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf
2. Medical Records and Statistics Bangkok Hospital Chiang Mai. Hospital Patient Statistics Report Chiang Mai from 2017 to 2019. Medical Records Audit Bangkok Hospital Chiang Mai; 2019. (in Thai)
3. Tapin P, Boonchieng W, Suttajit S. Parental health literacy and behavior to prevent hand-foot-and-mouth disease in child development center of Charoen Mueang sub-district, Chiang Rai. Lampang Med J 2018; 39(2): 72-80.
4. Promsopan C, Prabpai S. Factors related to hand foot and mouth disease prevention behaviors among parents and preschool children in amphoe Bua Yai, Nakhon Ratchasima province. Dis Control J. 2017; 43(4): 356-67.
5. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. Adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 6th ed. Boston: Elsebier; 2005.
6. Utamachun W. Television and computer media production. 2nd ed. Bangkok: OS Printing House; 2001.
7. Ketphak N. Effects of information provision using video media on patients' knowledge and practices in prevention of nosocomial infection [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2011. (in Thai)
8. Otcharoenchai S. Effects of information provision using video media on housekeepers' knowledge and practices in infectious waste management in community hospital [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2010. (in Thai)
9. Kongtan A. Effects of information provision using video media on professional nurses' knowledge and practices in prevention of intravenous infusion related infections [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2010. (in Thai)
10. Kala S, Youngwanichsate S, Chunuan S. Effects of instructional videos on the knowledge and labour practical skills of nursing students. Songkla Med J. 2008; 26(2): 111-21.

11. Burns N, Grove SK. The Practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 5th ed. St. Louis Missouri: Elsevier saunders; 2005.
12. Lopez EJ. The Art of Using Visual Aids. In: Lopez EJ, editors. The 2005 sourcebook for advance practice nurses. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P.15-16.
13. Khaosriprai S. Instructional media: basic principle and theory to practice. BangKok: Srinakharinwirot University; 2006. (in Thai)
14. Romkaew N. Introduction to Educational Technology Research. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2004. (in Thai)
15. Noinam S, Kittipimpanon K, Kraithaworn P, Tongvichean T. The effectiveness of video media about diabetic foot assessment on knowledge, self-confidence, and satisfaction of nursing students. Bangkok: Mahidol University; 2021. (in Thai)
16. El Sayad R, El Raouf S. Video-based lectures: an emerging paradigm for teaching human anatomy and physiology to student nurses. Alexandria J Med. 2013; 49(3): 215-22.
17. Rachakul C, Suvannit C, Tuangratananon T. Survey of public perspectives toward population adherence to COVID-19 mitigation policy following the outbreak in the first half of 2021. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
18. Kaewpradit E. Educational Technology: Principles and Ideas to Practice. Songkhla: Thaksin University. (in Thai)
19. Khamanee T. Knowledge for effective organization of learning processes. 4th ed. Bangkok: Dan Suttha Printing; 2005. (in Thai)
20. Chuang YH, Lai FC, Chang CC, Wan HT. Effects of a skill demonstration video delivered by smartphone on facilitating nursing students' skill competencies and self-confidence: a randomized controlled trial study. Nurse Educ Today. 2018; 66: 63-8.
21. Scherer LA, Chang MC, Meredith JM, Battistella FD. Videotape review leads to rapid and sustained learning. AJS 2003; 185(6): 516-20.

BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Original Article
นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการให้บริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สถาบันบำราศนราดูร

อารี รามโกมุท พย.บ.*
ฐิติกานต์ กาลเทศ พย.ม.
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) อัตราการมารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่จากการรับบริการปรึกษา 2) ผลตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่ 3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง ประชากรที่ศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการปรึกษาที่คลินิกปรึกษาสุขภาพ สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่เริ่มจัดบริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ช่วงระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ตัดสินใจชวนคู่มาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากการรับบริการปรึกษา ซึ่งได้มาโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง จำนวน 164 คน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตัดสินใจชวนคู่ และสามารถชวนคู่มาตรวจได้สำเร็จจากการรับบริการปรึกษา 137 คน คิดเป็นร้อยละ 83.5 ของทั้งหมด เป็นเพศชายร้อยละ 48.8 มีช่วงอายุระหว่าง 35-54 ปี ร้อยละ 45.1 กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นคู่เพศสัมพันธ์ชายกับหญิง ร้อยละ 58.5 รองลงมาเป็น MSM ร้อยละ 18.3 ผู้ติดเชื้อใช้วิธีชวนคู่ด้วยตนเอง (Client referral) มากที่สุด ร้อยละ 89.0 ผลตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่พบว่า HIV Positive ร้อยละ 8.8 สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อมาตรวจ ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p – value เท่ากับ 0.001

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกเพศ ทุกช่วงอายุ ควรได้รับการเสนอบริการชวนคู่มาตรวจเอชไอวี และได้ฝึกทักษะในการไปชวนคู่ โดยเฉพาะคู่ MSM เพราะคู่ได้รู้สถานะผลเลือดตนเอง เพิ่มการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นพิจารณาตามบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี, การชวนคู่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

* อารี รามโกมุท ผู้รับผิดชอบบทความ

Received: 21/09/2566
Revised: 17/10/2566
Accepted: 01/08/2567

The Results of Counseling to Index Partner of HIV Testing in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Aree Ramgomut B.N.S*

Thitikan kalates M.N.S

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ABSTRACT

This research aims to investigate: 1) the rate of HIV testing acceptance by partners through counseling services, 2) the diagnosis results of the HIV infection status of partners, and 3) the factors related to encouraging HIV-infected individuals to invite their partners for HIV testing. The research adopts a retrospective observational study design. The population under study consists of HIV-infected individuals who received counseling services at the Health Counseling Clinic of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, starting from the initiation of counseling services to invite the partners of HIV-infected individuals for HIV testing. The study period is from 15 November 2020 to 31 March 2023. The sample group comprises all HIV-infected individuals who decided to invite their partners for HIV testing through targeted methods, totaling 164 individuals.

The research findings indicate that out of the 164 HIV-infected individuals who decided to invite their partners for testing, 137 individuals (83.5%) successfully invited their partners through counseling services. The majority were males (48.8%), aged between 35-54 years (45.1%). The primary target group consisted of heterosexual couples (58.5%), followed by MSM (18.3%). The most common method used by HIV-infected individuals to invite their partners was client referral (89.0%). The diagnosis results revealed an 8.8% HIV-positive rate among tested partners. Factors associated with successfully inviting partners for testing included the target group, with statistical significance at a p-value equal to 0.001.

Recommendations from this research suggest that all HIV-infected individuals, regardless of gender and age, should be offered services to invite their partners for HIV testing. Training should be provided to enhance skills and confidence in inviting partners, especially for male-male couples, to allows partners to be aware of their HIV status, enhancing prevention efforts in avoiding transmission. Consideration should be tailored to the context of each HIV-infected individual.

Keywords: *HIV-positive individuals, partners of HIV-positive individuals, partner encouragement for HIV testing*

* Corresponding Author: Aree ramgomut

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชน ความเป็นอยู่ทางสังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของทุกประเทศทั่วโลก ปัจจุบันจากรายงานสรุปสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี 2564 คาดประมาณสถานการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวี พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 520,000 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,500 รายต่อปี (เฉลี่ย 18 รายต่อวัน) ซึ่งการติดเชื้อส่วนใหญ่ยังคงสูงในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย คู่ผลเลือดต่าง คู่นอนชั่วคราว นอกสมรส การมีเพศสัมพันธ์แบบซื้อขายบริการ และการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน โดยในปี พ.ศ.2563 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 7.8 รองลงมาเป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 7.3 และในกลุ่มสาวประเภทสองพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 4.2[1] ประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์อย่างมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ภายในปี พ.ศ.2573 การดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์คือการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ แต่ความครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลักยังไม่ถึงเป้าหมาย จึงต้องปรับการดำเนินงานให้มีความเฉพาะมากขึ้น คือการส่งเสริมให้คู่ของผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจเอชไอวี แต่มาตรการที่ผ่านมาเน้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยผลเลือดของตนกับคู่ก่อนจึงจะให้ชวนคู่มาตรวจ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนอึดอัดใจ จึงตัดสินใจปฏิเสธการเข้ารับบริการ และไม่ชวนคู่มาตรวจ ทำให้คู่เสียโอกาสที่จะรู้สถานะผลเลือดของตนเอง และเสี่ยงต่อการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในอนาคต

ปัจจุบันการให้บริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี[2] ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องเปิดเผยผลเลือดของตนกับคู่ ผู้ติดเชื้อตัดสินใจเลือกวิธีชวนคู่ด้วยตนเองจากการรับบริการปรึกษา ซึ่งวิธีชวนคู่ทั้ง 4 วิธี มีดังนี้ วิธีที่ 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ชวนเอง วิธีที่ 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้เริ่มชวนคู่ก่อน หากคู่ยังไม่มารับบริการ ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยชวนคู่ วิธีที่ 3. ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ชวน วิธีที่ 4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และคู่มาพบผู้ให้การปรึกษาพร้อมกัน โดยแต่ละวิธีที่ผู้ติดเชื้อเลือก จะมีผู้ให้บริการปรึกษาเป็นผู้ช่วยฝึกเทคนิคเสริมพลัง และติดตามสนับสนุนให้สามารถชวนคู่ได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1) อัตราการมารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของคู่จากการให้บริการปรึกษา

2) ผลตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่

3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) โดยศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากแบบบันทึกการให้บริการ Index partner testing และศึกษาข้อมูลผลตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจากเวชระเบียน

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการปรึกษา คลินิกปรึกษาสุขภาพ สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่เริ่มจัดบริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2566 จำนวน 167 คน โดยเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ตัดสินใจชวนคู่มาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากการรับบริการปรึกษา ซึ่งได้มาโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง จำนวน 164 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างโดยศึกษา และทบทวนจากตำรา ผลงานการวิจัย โครงการ Index partner testing และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องการให้การปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบฟอร์มเก็บข้อมูลการให้บริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหา

การติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Index client) ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ 2. ข้อมูลการให้บริการปรึกษา ได้แก่ วิธีใช้ชวนคู่

ส่วนที่ 3. ผลการตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยส่งเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 2 ท่าน คือ นักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่ทำการศึกษา จากแบบบันทึกการให้บริการ Index partner testing และข้อมูลผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีจากเวชระเบียนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลาที่กำหนดตามแบบฟอร์มเก็บข้อมูลการให้บริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี นำข้อมูลที่จะถูกนำมาใช้ในการศึกษามาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลตามคู่มือลงรหัส แล้วนำไปลงรหัสก่อนนำไปบันทึกลงในแบบฟอร์มเก็บข้อมูล และนำเข้าข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ในภาพรวมโดยไม่ระบุรายชื่อบุคคล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร เลขที่ IRB/BIDI S002h/66_ExPD ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์จากแบบฟอร์มเก็บข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เป็นสถิติที่ใช้ในการสรุปปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Division) ค่าเฉลี่ย (Mean)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Index client) ใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เป็นสถิติที่ใช้เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรคือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม โดยกำหนดค่าทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือระดับความเชื่อมั่นทางทางสถิติที่ 95% และการหาความสัมพันธ์สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Index client)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (N=164 คน)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	101	61.6
หญิง	63	38.4
อายุ		
15-34 ปี	67	40.9
35-54 ปี	78	47.5
ตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป	19	11.6
กลุ่มเป้าหมาย		
คู่เพศสัมพันธ์ชายกับชาย (MSM)	41	25.0
คู่เพศสัมพันธ์ชายกับหญิง	112	68.3
ผู้ใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้น	2	1.2
คู่แม่กับลูก	9	5.5
วิธีใช้ชวนคู่		
ผู้ติดเชื้อชวนคู่ด้วยตนเอง (Client referral)	146	89.0
ผู้ให้บริการปรึกษาชวนคู่ (Provider referral)	16	9.8
ผู้ให้การปรึกษาติดต่อคู่ของผู้ติดเชื้อภายหลัง 14 วัน (Contract referral)	0	0.0
ผู้ให้บริการปรึกษา และผู้ติดเชื้อร่วมกันชวนคู่ (Dual referral)	2	1.2

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Index Client) พบว่า เพศ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.6 และเพศหญิง ร้อยละ 38.4 อัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 2 ต่อ 1 อายุผู้ติดเชื้ออยู่ในระหว่าง 35-54 ปี ร้อยละ 47.5 และรองลงมาอายุ 15-34 ปี ร้อยละ 40.9 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 38.76 กลุ่มเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนมากเป็นคู่เพศสัมพันธ์ชายกับหญิง ร้อยละ 68.3 และรองลงมาเป็นคู่เพศสัมพันธ์ชายกับชาย (MSM) ร้อยละ 25.0 วิธีใช้ชวนคู่ พบว่า ผู้ติดเชื้อใช้วิธีชวนคู่มาตรวจด้วยตนเอง (Client referral) มากที่สุด ร้อยละ 89.0

จากตารางที่ 2 แสดงผลตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่ พบว่าคู่ของผู้ติดเชื้อที่มาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี 137 คน ผลตรวจ HIV Negative ร้อยละ 91.2 และผล HIV Positive ร้อยละ 8.8

ตารางที่ 2 แสดงผลตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่

ผลตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่ (N=137)	จำนวน	ร้อยละ
HIV Positive	12	8.8
HIV Negative	125	91.2

ตารางที่ 2 แสดงผลตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อ	ชวนคู่มาตรวจสำเร็จ		ชวนคู่มาตรวจไม่สำเร็จ		ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการชวนคู่ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	*p-value*
เพศ					*0.163*
ชาย	80	48.8	21	12.8	
หญิง	57	34.8	6	3.6	
อายุ					*0.244*
15-34 ปี	55	33.5	12	7.3	
35-54 ปี	74	45.1	4	2.4	
ตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป	8	4.9	11	6.7	
กลุ่มเป้าหมาย					*0.001*
คู่เพศสัมพันธ์ชายกับชาย (MSM)	30	18.3	11	6.7	
คู่เพศสัมพันธ์ชายกับหญิง	96	58.5	16	9.8	
ผู้ใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้น	2	1.2	0	0	
คู่แม่กับลูก	9	5.5	0	0	

จากตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตัดสินใจชวนคู่มาตรวจเอชไอวี จำนวน 164 คน มีผู้ติดเชื้อที่สามารถชวนคู่มาตรวจได้สำเร็จ จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 83.5 ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 80 คน ร้อยละ 48.8 อายุในระหว่าง 35- 54 ปี จำนวน 74 คน ร้อยละ 45.1 กลุ่มเป้าหมาย มากกว่าครึ่งเป็นคู่เพศสัมพันธ์ชายกับหญิง จำนวน 96 คน ร้อยละ 58.5 รองลงมาเป็นคู่ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำนวน 30 คน ร้อยละ 18.3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการให้บริการเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่ระดับความสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อมาตรวจเอชไอวี (*p-valve= 0.163*) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อมาตรวจเอชไอวี (*p-valve=0.244*) กลุ่มเป้าหมาย มีความสัมพันธ์กับการให้บริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อมาตรวจเอชไอวี (*p-valve=0.001*)

อภิปรายผล

การให้บริการปรึกษาเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สถาบันบำราศนราดูร ผู้ให้บริการปรึกษา เสนอบริการนี้ภายหลังแจ้งผลบวกกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Index Client) ทุกราย ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นผู้ตัดสินใจชวนคู่ และเลือกวิธีใช้ชวนคู่จากการรับบริการปรึกษาด้วยตนเองโดยความสมัครใจ (Client center) ผู้ให้บริการปรึกษามีบทบาทในการสนับสนุน และฝึกทักษะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการชวนคู่ และคอยติดตามเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตัดสินใจชวนคู่มาตรวจจากการรับบริการปรึกษา จำนวน 164 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.6 อายุอยู่ระหว่าง 35- 54 ปี

ร้อยละ 45.2 กลุ่มเป้าหมาย มากกว่าครึ่งเป็นคู่เพศสัมพันธ์ชายกับหญิง ร้อยละ 58.5 รองลงมาเป็นคู่ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ร้อยละ 24.4 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าครึ่ง ใช้วิธีชวนคู่มาตรวจด้วยตนเอง (Client referral) ร้อยละ 89.0

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถชวนคู่มาตรวจได้สำเร็จจากการรับบริการปรึกษา 137 คน ร้อยละ 83.5 ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 48.8 อายุระหว่าง 35-54 ปี ร้อยละ 45.1 และกลุ่มเป้าหมาย มากกว่าครึ่งเป็นคู่เพศสัมพันธ์ชายกับหญิง ร้อยละ 58.5 ผลตรวจวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่ พบว่า คู่ผลตรวจ HIV Negative ร้อยละ 91.2 และผลตรวจ HIV Positive ร้อยละ 8.8 ซึ่งถือว่าเป็นการค้นพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น

ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีความสัมพันธ์กับการชวนคู่มาตรวจหาเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p - value = 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ[3] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบคู่ พบว่า สัมพันธภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ การให้การปรึกษาเน้นการให้การปรึกษาตามมาตรฐานและเพิ่มทักษะการเชื่อมโยงความรู้สึกของทั้งสองฝ่ายเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผลลัพธ์การใช้รูปแบบพบว่ามีความสัมพันธ์กับคู่ของผู้ติดเชื้อพร้อมรับการตรวจเลือดเอชไอวี ผู้ติดเชื้อและคู่พร้อมเข้าระบบการรักษาและสัมพันธภาพผู้ติดเชื้อและคู่มีทิศทางที่ดีขึ้นและ การศึกษาของ สินีนาฎ ชาวตระการ และ วราภรณ์ คำรศ [4] ศึกษาความตระหนักและพฤติกรรมการมารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักเกี่ยวกับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจเอชไอวีสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ แดงกระจ่าง และคณะ[5] ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า มีความตั้งใจของนักศึกษาชายทีมีเพศสัมพันธ์กับชายในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกเพศ ทุกช่วงอายุ ควรได้รับการเสนอบริการชวนคู่มาตรวจเอชไอวี และได้ฝึกทักษะจนมั่นใจในการไปชวนคู่ โดยเฉพาะคู่ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เพราะจะช่วยให้ชวนคู่ได้สำเร็จเพิ่มขึ้น คู่ได้รับรู้สถานะผลเลือดของตนเอง เพิ่มการป้องกันการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น โดยเน้นการพิจารณาตามบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละบุคคล

รูปแบบการจัดบริการเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คลินิกปรึกษาสุขภาพ สถาบันบำราศนราดูร ใช้กระบวนการให้บริการปรึกษา (Counseling) มีขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ข้อมูลบริการ Index partner testing เบื้องต้นกับผู้รับบริการทุกราย ขณะให้บริการปรึกษา Pre - test counseling

2. เสนอบริการ Index partner testing ตอนให้บริการปรึกษา Post - test counseling กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Index Client) ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ผู้ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ที่เปลี่ยนคู่เพสสัมพันธ์ ผู้ที่ On ARV และยังกดไวรัสไม่ได้ ผู้ที่รับส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่น

3. สอบถามข้อมูลคู่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ คู่เพศสัมพันธ์ คู่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน คู่แม่กับลูก

4. ประเมินความเสี่ยงเกิดความรุนแรงระหว่างคู่ โดยใช้คำถาม มาตรฐาน 3 ข้อ

5. เสนอวิธีชวนคู่ 4 วิธี ดังนี้ วิธีที่ 1 ผู้ติดเชื้อชวนคู่ด้วยตนเอง วิธีที่ 2 ผู้ให้บริการปรึกษาชวนคู่ วิธีที 3 ผู้ให้การปรึกษาติดต่อคู่ของผู้ติดเชื้อภายหลัง 14 วัน วิธีที่ 4 ผู้ให้บริการปรึกษาและผู้ติดเชื้อร่วมกันชวนคู่

6. ดำเนินการชวนคู่ตามวิธีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกผู้ให้บริการปรึกษาช่วยฝึกทักษะ เสริมพลัง และคอยติดตามสนับสนุน

7. สรุปผลการให้บริการปรึกษา กรณีคู่ผลเป็นบวก ให้ข้อมูลการรักษา ส่งต่อเข้าระบบการดูแลรักษา และเสนอบริการ Index partner testing ต่อไป ถ้าคู่ผลเป็นลบ นัดตรวจเอชไอวีซ้ำตามสิทธิ์ตรวจฟรีของ สปสช. และสนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ ถุงยางอนามัย PEP PrEP

ข้อจำกัดของการศึกษา

การให้บริการปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อไปชวนคู่มาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ต้องขอคำยินยอมจากผู้ติดเชื้อเพื่อขอข้อมูลคู่โดยความสมัครใจเท่านั้น ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ข้อมูลคู่ว่ามีจำนวนเพียง 1 คน ดังนั้นผู้ให้บริการปรึกษาจึงสามารถให้บริการได้ตามจำนวนคู่ที่ผู้ติดเชื้อให้ข้อมูล

การให้บริการโดยผู้ให้บริการปรึกษาที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษา และเน้นการฝึกทักษะเป็นการเพิ่มศักยภาพให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถไปชวนคู่ได้ด้วยตนเอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝนและเพิ่มความระมัดระวังไม่ให้เกิดความรุนแรงระหว่างคู่

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการให้บริการเพื่อชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยการใช้ชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self Testing: HST) จะช่วยให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงการตรวจเอชไอวีเบื้องต้น สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง และเมื่อผู้ตรวจเอชไอวีเบื้องต้นพบว่าตนเองมีผลตรวจเอชไอวีเบื้องต้นผิดปกติ จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสูง สามารถเข้าสู่การตรวจยืนยันซ้ำในระบบบริการสุขภาพ และเข้าสู่การดูแลรักษาได้เร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. AIDS Control Division, Department of Health, Bangkok. Strategic Plan for Ending AIDS in Bangkok 2017 – 2030. Bangkok: AIDS Control Division, Department of Health, Bangkok; 2017. (in Thai)
2. Division of AIDS and STIs. Department of Disease Control. Thailand index partner testing guideline 2021. Nonthaburi: Department of disease Control (TH); 2021. (in Thai)
3. Eumkep P. The development of a couple counseling model for blood testing Anti-HIV. NURS HEALTH & amp; PUB J [Internet]. 2023 Apr. 4 [cited 2024 Aug. 9];2(1):29-51. Available from: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj/article/view/473
4. Chautrakarn S, Khamros W. HIV Testing Awareness and Behavior in a Men Who Have Sex with Men Group in Bangkok. J Public Health 2016; 46(3): 211-222.
5. Dangkrachang K, Srisuriyawat R, Homsin P. Predictors of HIV Testing Intention for the First Time among Male University Students Who Have Sex With Men. JFONUBUU [Internet]. 2019 Aug. 27 [cited 2024 Aug. 9];27(2):1-10. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/212084