



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิชาการ

การรับมือกับไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จวงกลณี ดุ้ยเจริญ, นิษกานต์ ววษ์ประกอบ, กฤตกร หมั่นสระเกษ, ชิดารัตน์ นิ่มกระโทก

การสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในยุคสังคมสารสนเทศ

วิภาวี พลแก้ว, ปรางทิพย์ กาสนนะ, เอลเกอ์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพินนะ, นัฏฐวรรณ คำแสน

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์

นิตยา กออิสรานุกาพ, วรวิษา สำราญเนตร, เพชรลดา จันทรศรี

บทความวิจัย

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในจังหวัดแห่งหนึ่ง

เกษร สายบุญ, เกษรากรณ์ เคนบุปผา, นิชา ว่องไว

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม

อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

สิริพันธุ์ ปัญญาจรงค์, กุลชญา ลอยหา, สุภาพร ใจการุณ

แนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน :

กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

นัฏฐิดา สัมมะโร, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิวหวัธธรรม



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2563)

ISSN (Print) : 2673-0723

ISSN (Online) : 2697-5246

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ใจการุณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ลักขณา ชอบเสียง

อาจารย์ชนุกร แก้วมณี

อาจารย์กัททณ พละไชย



กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
รองศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธีพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธารากร

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา กำดี
รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ บุญเชียง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติกรรณารณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวกี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงภคการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนเมงกุลกุล

ดร.สุเพียร โภกทิพย์
ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์
ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง
ดร.นิสากร วิบูลชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม



ดร.ศุภวดี	แควเพี้ย
ดร.กมลทิพย์	ตั้งหลักมั่นคง
ดร.พิทยา	ศรีเมือง
ดร.สินศักดิ์ชนม์	อุ่นพรมมี
ดร.ชลียา	วานะสุน
ดร.อนุชตรา	วรรณเสวก
ดร.เกษราภรณ์	เคนบุพผา
ดร.เอนอร	แสงศิริ
ดร.สุภาภรณ์	ศรีรัตนัน
ดร.รุ่งรังษี	วิบูลชัย
ดร.เพชรรัตน์	วิริยะสืบพงศ์
ดร.นภา	สิงห์วีรธรรม
ดร.สมรภาพ	บรรหารักษ์
ดร.ปรางทิพย์	ทาสนา เอลเทอร์
ดร.สุรศักดิ์	สุนทร
ดร.ชลนภา	ไชยสมบัติ
ดร.วิไลวรรณ	ประทีก
ดร.ณัฐยา	ศรีทะแก้ว
ดร.พาญ	นาวาคุระ
ดร.บุญสิริ	ฉิมบ้านไร่
ดร.สุภาภรณ์	อุดมลักษณะ
ดร.บุษยสิทธิ์	พงษ์พิจิตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดขอนแก่น
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
จังหวัดอุดรธานี
โรงพยาบาลอุพผางกรณ์ สภากาชาดไทย
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุดรธานี
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
สถาบันพระบรมราชชนก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินธร
จังหวัดชลบุรี



ดร.กุลธิดา	กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.สุภารัตน์	พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.นุสรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
ดร.พัชรีย์	ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
Mr. Kent Dale	Hamilton	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง
อาจารย์ทรงวุฒิ	ภัทรไยกร	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

224 ถ.พหลโยธิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทร. 045-255462

ภาพหน้าปก : Pinterest





ให้พากันละบาปและบำเพ็ญบุญ อย่าให้เสียชีวิตลมหายใจไปเปล่า
ที่ได้มีวาสนามาเกิดเป็นมนุษย์ และเราเกิดเป็นมนุษย์มีความสูงศักดิ์มาก
แต่อย่านำเรื่องของสัตว์มาประพฤติ มนุษย์ของเราจะต่ำลงกว่าสัตว์
และจะเลวกว่าสัตว์อีกมาก เวลาตกนรกจะตกที่ร้อนกว่าสัตว์มากมาย
“อย่าพากันทำ”

ที่มา : คติธรรม หลวงเสาร์ กนฺตสีโล

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ขอน้อมรำลึกพระครูวิเวกพุทธกิจ หรือหลวงปู่เสาร์ กนฺตสีโล พระภิกษุฝ่ายธรรมยุติกนิกาย
ชาวจังหวัดอุบลราชธานี ผู้เป็นบูรพาจารย์สายพระป่าในประเทศไทย ท่านเป็นอาจารย์ของพระอาจารย์
มั่น ภูริทตฺโต พระอริยสงฆ์สำคัญของประเทศไทย มาเสนอเพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการดำเนินชีวิต
อย่างมีสติ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ
ในประเทศไทย สำหรับกองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 6 เรื่อง
เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม 2563) ดังนี้ 1) การรับมือกับไวรัสโคโรนา COVID-19
ในงานสาธารณสุขมูลฐาน 2) การสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคเรื้อรังในยุค
สังคมสารสนเทศ 3) การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมวินัยในการรับปธานยา
ต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ 4) บทบาทพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการ

สุขภาพระดับปฐมภูมิในการส่งเสริมภาวะพหุคูณพลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในจังหวัดกำแพงเพชร 5) ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ตำบลสามบ่อ อำเภอบางบาล จังหวัดอุบลราชธานี และ 6) แนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคเมเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเสนา จังหวัดสงขลา

นอกจากนี้ กองบรรณาธิการได้รับข้อเสนอแนะจากนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการนำเสนอบทความในวารสาร ดังนั้น กองบรรณาธิการ จึงได้มีการจัดวางรูปแบบการนำเสนอของวารสารใหม่ และเพิ่มจำนวนบทความวิชาการ 2 เรื่อง และ บทความวิจัย 8 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 10 เรื่องต่อฉบับ ตั้งแต่ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2564) เป็นต้นไป

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ ได้นำเสนอไปนั้นและจะนำเสนอในปีต่อไป จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้ง ช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2563)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การรับมือกับไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน.....1
Management of the COVID -19 in Primary Health Care Settings
จกกลณี ตัญเจริญ, นิชกานต์ วงษ์ประกอบ,
กฤตกร หมั่นสระเกษ, ธิดารัตน์ นิ่มกระโทก
Jongkolnee Tuicharoen, Nichakhan Wongprakhob,
Krittakorn Munsraket, Tidarat Nimkratoke
- การสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในยุคสังคมสารสนเทศ...21
Social Support for Family of Children with Cancer in the Information
Society
วิภาวี พลาแก้ว, ประทีปย์ ทาสนะ เอลาเทอร์,
วิภารัตน์ สุวรรณไพบัตนะ, ภัฏฐวรรณ คำแสน
Wipawee Ponkaew, Prangthip Thasanoh Elter,
Wiparat Suwanwaiphatthana, Natawan Khumsaen
- การประยุกต์ใช้แนวการจัดการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมวินัยในการรับประทาน
ยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์.....35
Applying Self-management to Enhance Antiretroviral Medication
Adherence among People Living with HIV/AIDS
นิตยา กออิสรานูภาพ, วรวิษา สำราญเนตร, เพชรลดา จันทร์ศรี
Nittaya Kor-issaranuphab, Wanwisa Samrannet, Petlada Chansri





ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2563)

สารบัญ

บทความวิจัย

- บทบาทพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการส่งเสริมภาวะ
พดุมพลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในจังหวัดหนึ่ง.....49
Professional Nurse Roles Working in Primary Health Care Units for Promoting
Active Ageing in Older People with Mental Health Problems at a Province
เกษร สายธนู, เกษราภรณ์ เคนบุบผา, นิชา ว่องไว
Kesorn Saithanu, Kedsaraporn Kenbubpha, Nicha Wongwai
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง
ตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี.....70
The Effective of Early Childhood Development Program in Khampom
Sub-District, Kemmarat, Ubon Ratchathani
สิริพันธ์ ปัญญาองค์, กุศลญา ลอยหา, สุภาพร ใจการุณ
Siripan Punyayong, Kunchaya Loyha, Supaporn Chaigarun
- แนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา
ในรับทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา.....85
The Clinical Practice Guidelines in Dentistry for Patients Receiving
Radiation Therapy in Community Hospital: Case Study at Sadao
Hospital in Songkhla Province
ณัฐธิดา สังกะโร, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีธรรม
Nattida Sangkaro, Kittiporn Nawsuwan, Noppcha Singweratham

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ



การรับมือกับไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จงกลณี ตัญเจริญ วท.ม.^{1*}

ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ พย.ม.¹

กฤตกร หมั่นสระเกษ พย.ม.¹

ธิดารัตน์ นิ่มกระโทก พบ.²

บทคัดย่อ

การนำแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานในการบริการปฐมภูมิมาใช้ให้สอดคล้องกับบริบทสุขภาพในปัจจุบัน เป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพชุมชนในลักษณะการทำงานร่วมกันเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้นของระบบ จากสถานการณ์ของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019-nCoV หรือ 2019 novel Coronavirus (COVID-19) ระบาดทั่วโลกนั้น การสร้างความเข้าใจ การช่วยป้องกันช่วยดูแลคนในชุมชน ถือเป็นสิ่งสำคัญในการชะลอการแพร่ระบาดของโรคเพื่อป้องกันการระบาด การแพร่ระบาด และการยับยั้งการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนาในงานสาธารณสุขมูลฐาน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน คนในชุมชน ที่มีในทุกพื้นที่จะเป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยป้องกันการแพร่ระบาด การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จะสามารถทำงานได้เร็วขึ้นส่งผลดีต่อระบบบริการสุขภาพ การบริการทางสังคมและทางเศรษฐกิจได้ดีขึ้น

คำสำคัญ สาธารณสุขมูลฐาน, COVID-19

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาาย นครราชสีมา

*Corresponding email: jongkolnee@knc.ac.th

วันที่รับ (received) 30 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ก.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ธ.ค. 2563

Management of the COVID – 19 in Primary Health Care Settings

Jongkolnee Tuicharoen, M.S. (Public Health)^{1*}

Nichakhan Wongprakhob, M.S.N.¹

Krittakorn Munsraket, M.S.N.¹

Tidarat Nimkratoke, B.S.N.²

Abstract

The concept of primary health care in primary care must be used in line with current health contexts. It describes the relationships between various parts of the community health system in a collaborative manner to promote better efficiency and effectiveness of the system. Due to the situation created by the new corona virus 2019 species, or COVID-19, outbreak and pandemic, knowledge about prevention and taking care of people in the community are considered important aspects of how to slow the spread of the disease and to prevent the worsening of the epidemic, and ultimately stopping the spread of the virus. In the primary health system, those who play important roles in the community, such as village health volunteers, leadership, and people in every area, will be an important force to help prevent the disease's spread. The participation of people in the community is consistent with the context of the community concept and it can enable us to work faster, resulting in creation of better health care systems, providing better social services, and improving the economy.

Keywords: primary health care, COVID-19

¹Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

²Kanai Tambon Health Promoting Hospital, Nakhonratchasima

*Corresponding email: jongkolnee@knc.ac.th

บทนำ

ไวรัสโคโรนาที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ไวรัสที่ก่อเหตุคือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ โดยองค์การอนามัยโลกให้ชื่อว่า 2019-nCoV หรือ 2019 novel Coronavirus (COVID-19) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ก่อโรคในสัตว์ทั้งระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร แพร่มาสู่คนและก่อโรคในคนได้ (Zoonotic infection) สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา มีรายงานครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 โดยพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ไม่รู้สาเหตุในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน จำนวน 27 ราย โดยมีผู้ป่วย 7 รายที่มีอาการรุนแรง¹⁻² ต่อมาได้มีการรายงานเป็นทางการเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2563 ว่าโรคปอดอักเสบที่มีการระบาดในเมืองอู่ฮั่นนั้น มีสาเหตุจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็นการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้¹ การระบาดของไวรัสโคโรนากลายเป็นภัยคุกคามไปทั่วโลก จนนายเทดรอส อาดานอม เกเบเรเยซัส ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ต้องประกาศให้การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ วันที่ 30 มกราคม 2563 ทำให้ทั่วโลกยกระดับมาตรการรักษาความปลอดภัยต่อการระบาดในครั้งนี้อย่างมาก³ และวันที่ 11 มีนาคม 2563 ประกาศให้ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 novel Coronavirus (COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ของโลก (Pandemic) อย่างเป็นทางการหลังจากมีการลุกลามไปทั่วโลก⁴

องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เข้าองค์ประกอบของสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ซึ่งเห็นว่าการระบาดของไวรัสโคโรนา กลายเป็นภัยคุกคามไปทั่วโลกไม่ใช่อยู่แค่ที่จีน การประกาศภาวะฉุกเฉินในครั้งนี้จะทำให้ทั่วโลกได้ยกระดับมาตรการรักษาความปลอดภัยต่อการระบาดในครั้งนี้อย่างมาก³ และวันที่ 11 มีนาคม 2563 ประกาศให้ไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ COVID-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ของโลก (Pandemic) หลังจากมีการลุกลามไปทั่วโลก⁴ การประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2563⁵ สำหรับทั่วโลก มีผู้ป่วยรายสะสม 10,375,662 ราย รายใหม่ 163,939 (1.6%) เสียชีวิต 508,055 (4.9%) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยรายสะสม 3,173 ราย รายใหม่ 2 ราย (0.1%) เสียชีวิต 58 ราย (1.8%) ซึ่งพิริยะ ผลพิรุฬห์⁶

กล่าวว่า ผลกระทบของประชาชนต่อการใช้ชีวิตประจำวันในสถานการณ์ไวรัสโควิด-19 มีดังนี้ 1) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของประชาชนทางด้านสุขภาพ ตั้งแต่การที่มีผู้เจ็บป่วยจากการติดเชื้อ อันนำมาสู่ค่าใช้จ่าย การรักษา และร้ายที่สุดคือการเสียชีวิต 2) ผลกระทบจากพฤติกรรมที่จะต้องหลีกเลี่ยงให้ ห่างไกลจากการติดเชื้อไวรัส ยกเลิกกิจกรรมที่จะส่งผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด-19 3) ผลกระทบ ต่อการจ้างงาน ค่าจ้าง ความยากจน และความเหลื่อมล้ำ เมื่อมีผู้เจ็บป่วยจากการติดเชื้อเป็นจำนวนมากย่อมส่งผลไปสู่การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน 4) ผลกระทบ ทางลบด้านอุปทานการผลิต อันจะส่งผลกระทบต่อสถานะการเงินเพื่อในสินค้าที่จำเป็นบางประเภทได้ เช่น หน้ากากอนามัย หรือเจลล้างมือ สินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็น และ 5) ผลกระทบในระยะยาว ที่เกิดจากการสูญเสียการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การตาย และการย้ายถิ่น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขของไทยเกิดความตระหนักในโรคระบาดนี้จึงยกระดับมาตรการป้องกันการระบาดของไวรัสชนิดนี้ ซึ่งรวมถึงการพิจารณาประกาศให้โรคปอดติดเชื้อจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น “โรคติดต่ออันตราย” ตาม พระราชบัญญัติ โรคติดต่อพ.ศ. 2558 ซึ่งจะนับเป็นโรคติดต่ออันตราย ชนิดที่ 14 ของไทย⁷ ในมาตรการขั้นต้นได้กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2563⁸ เกี่ยวกับมาตรการด้านสาธารณสุข จัดให้มีการเฝ้าระวังขั้นสูง โดยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ในกลุ่มผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสืบสวนโรคค้นหาผู้ป่วย ผู้สัมผัสและกักโรค การจัดการผู้ที่มีความเสี่ยงสูง การเตรียมพร้อมและการจัดการระบบรักษาและดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มาตรการการระบบจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินโดยร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมความรู้เรื่องสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 การส่งเสริมการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล และการเว้นระยะระหว่างบุคคลในพื้นที่สาธารณะ ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้จะต้องเกิดความร่วมมือจากคนในชุมชนที่มีการทำงานที่เป็นระบบและมีทิศทางเดียวกัน โดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินงาน⁹ คือ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชน 2) การนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมีวิธีการที่ง่าย ไม่ยุ่งยากเหมาะสมกับแต่ละชุมชนและคนในชุมชนสามารถปฏิบัติได้ 3) การปรับระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานซึ่งเป็นการบริหารจัดการที่มีอยู่แล้ว

ปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานและสนับสนุนให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมและครอบคลุมการบริการที่เข้าถึงได้ และ 4) ผลผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานด้านอื่นๆ ทั้งในหน่วยงานเดียวกันและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง แต่ละชุมชนจะมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอันเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขถือว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและเป็นทุนที่สะสมอยู่ในระบบการสาธารณสุขไทยที่ทำให้การพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ผ่านมาประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ร่วมมือช่วยกันและพร้อมที่จะเตรียมรับในสถานการณ์ที่จะเกิดตามมาที่จะไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดมากขึ้น สรุปได้ว่างานสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน ตำบลหรือชุมชน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยวิธีการเทคโนโลยีที่เหมาะสม มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นที่ยอมรับของสังคมสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ เกิดการพึ่งพาตนเองได้ โดยมีภาครัฐให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุน

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขมูลฐานต่อการป้องกันโรค เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนในพื้นที่ร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จะทำให้ลดอัตราการแพร่กระจาย คนในชุมชนเป็นตัวจักรร่วมที่สำคัญในเรื่องการสาธารณสุขสำหรับชุมชนเอง โดยที่ชุมชนร่วมมือ ร่วมพิจารณาในการจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อบรรเทาหรือแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ การเขียนบทความเรื่องนี้ ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์ข้อมูลข่าวจากเอกสาร หนังสือ บทความต่าง ๆ ที่เป็นสถานการณ์โลกในเรื่องการระบาดของโรค COVID-19 เพื่อนำสิ่งที่ได้จากบทความนี้มาปรับใช้ในแต่ละบริบทของพื้นที่ โดยให้เน้นให้ชุมชนร่วมคิดร่วมทำ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขเพื่อภาวะสุขอนามัยที่ดีและมีความยั่งยืนต่อไป

สถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย

เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อ 50 ราย รวมยอดผู้ติดเชื้อสะสมอยู่ที่ 322 ราย รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 278 ราย เสียชีวิต 1 ราย อีก 1 สัปดาห์ต่อมา พบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 111 ราย รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

953 ราย อาการหนัก 4 ราย และเสียชีวิต 4 ราย ส่วนยอดผู้ป่วยเฝ้าระวัง หรือ PUI อยู่ที่ 14,022 ราย เป็นที่น่าสังเกตว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงให้มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563⁷ หลังจากนั้นเพียงวันเดียวได้มีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 และวันที่ 26 มีนาคม 2563 ได้ประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) โดยได้ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น¹⁰ ต่อมาในวันที่ 1 เมษายน 2563 ประเทศไทย พบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่ม 33 ราย รวมผู้ป่วยสะสม 2,551 ราย เสียชีวิตเพิ่ม 3 ราย รวมผู้เสียชีวิตสะสม 38 ราย และทั่วโลกจะมียอดสะสมผู้ติดเชื้อ 1,780,315 ราย ในจำนวนนี้รักษาหายแล้ว 404,031 ราย และมียอดสะสมผู้เสียชีวิต 108,828 ราย¹¹

ระบาดวิทยาของเชื้อไวรัสโคโรนา

องค์การอนามัยโลกหรือ (WHO) ประกาศว่าการระบาดของไวรัสโคโรนา COVID-19 ทำให้เกิดโรคระบาดที่แพร่กระจายไปทั่วโลก (Pandemic) จัดระดับการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อเป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) คือ การที่โรคติดเชื้อแพร่ระบาดจากคนสู่คนได้ง่าย โดยเกิดขึ้นพร้อมกันในหลายพื้นที่ทั่วโลก การแพร่ระบาดที่เรียกว่า ระยะ 1, 2, 3 ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรค แต่เป็นการกำหนดระยะของการระบาดเพื่อวางแผนเสนอนโยบายและวางมาตรการในการดูแลควบคุม และป้องกันโรค โดยเป็นการกำหนดนโยบายของแต่ละประเทศ จึงไม่ได้เป็นบรรทัดฐานเดียวกันทั่วโลกการแพร่ระบาด¹² งานสาธารณสุขแบ่งระยะของการระบาดออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พบผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นผู้ป่วยจากต่างประเทศและไม่พบการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในประเทศ

ระยะที่ 2 พบคนไทยติดเชื้อในประเทศ จากนักท่องเที่ยวหรือคนไทยที่คาดว่าติดเชื้อจากการเดินทางไปยังกลุ่มประเทศเสี่ยง

ระยะที่ 3 มีการติดเชื้อระหว่างคนในประเทศด้วยกันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ที่ไม่เคยมีประวัติเดินทางไปยังต่างประเทศ และทำให้เกิดการแพร่กระจายต่อเป็นวงกว้าง

การพักตัวของโรค

การพักตัวหมายถึงระยะเวลาที่มีการติดเชื้อจนถึงระยะที่เริ่มมีการแสดงอาการของโรค ปัจจุบันคาดว่าระยะพักตัวของโรคใช้เวลาประมาณ 1 ถึง 14 วัน โดยค่าเฉลี่ยจะอยู่ที่ 5 วัน¹³ วารสารวิชาการทางการแพทย์ได้เผยแพร่งานศึกษาล่าสุดระบุว่า ผู้ป่วยจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ยังคงมีเชื้อมีติดตัวอยู่นานถึง 37 วัน ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีที่ว่าผู้ป่วยยังคงติดเชื้อมานานหลายสัปดาห์ซึ่งระบุว่า จากการศึกษาดังกล่าวคือ ผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 191 ราย ทั้งจากโรงพยาบาลจินหยินตันและโรงพยาบาลอู่ฮั่น พูลโมนารี พบค่าเฉลี่ยมัธยฐานของเชื้อที่อยู่ในตัวผู้ป่วยอยู่ที่ 20 วัน และจากการสำรวจระยะเวลาที่เชื้ออยู่กับผู้ป่วยพบว่านานสุดถึง 37 วัน¹⁴ เชื้อไวรัสโควิด 19 สามารถมีชีวิตรอดอยู่บนพื้นผิวสัมผัสชนิดต่างๆ ได้นาน¹⁵

เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีการพักตัวของโรค (ระยะเวลาที่มีการติดเชื้อจนถึงเริ่มอาการแสดงของโรค) ประมาณ 1-14 วัน (ค่าเฉลี่ย 5 วัน)¹³ แต่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีจะมีเชื้อติดตัวนานถึง 37 วัน จากการศึกษานี้ผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 191 ราย ในโรงพยาบาลจินหยินตันและโรงพยาบาลอู่ฮั่น พูลโมนารี พบค่าเฉลี่ยมัธยฐานของเชื้อที่อยู่ในตัวผู้ป่วย คือ 20 วัน และระยะเวลาที่เชื้ออยู่กับตัวผู้ป่วยนานสุด คือ 37 วัน¹⁴ นอกจากนี้เชื้อไวรัสยังสามารถมีชีวิตรอดอยู่บนพื้นผิวสัมผัสชนิดต่างๆ ได้นานถึง 9 วัน¹⁵ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงอายุของเชื้อที่อยู่พื้นผิวชนิดต่างๆ

ประเภทของพื้นผิว	อายุของเชื้อ
เหล็ก 48 ซม.	9 วัน
อะลูมิเนียม	2-8 ซม.
โลหะอื่นๆ	5 วัน
ไม้	4 วัน
กระดาษ	4-5 วัน
แก้ว	5 วัน
พลาสติก	8 ซม.-9 วัน
ถุงมือยาง	น้อยกว่า 8 ซม.
ชุดกันโรค	1 ซม.-2 วัน
เซรามิก	5 วัน
เทฟลอน	5 วัน

ที่มา: บทความ Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents (G. Kampf, D. Todt, S. Pfaender, E. Steinmann) จาก Journal of Hospital Infection

ธรรมชาติของโรคระบาดเป็นการระบาดของโรคหลายชนิดที่เกิดจากไวรัส เมื่อประชากรกว่าครึ่งติดเชื้อทั้งแบบมีและไม่มีอาการ จะเกิดการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd immunity) และเมื่อประชากรจำนวนมากมีภูมิคุ้มกันต้าน โรคระบาดจะลด ความรุนแรงลง กลายเป็นโรคประจำถิ่น หรือระบาดตามฤดูกาลแทน¹⁶ ผู้ป่วยที่ เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว¹⁷ ที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 41 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36, ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 18, โรคหัวใจ ร้อยละ 14 โรคไต ร้อยละ 9 และภาวะอ้วน ร้อยละ 7 ส่วนอัตราการตายต่อรายป่วย เชื้อไวรัส โคโรนาอัตราการตายของผู้ป่วย (Case fatality rate) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ SARS-CoV ตายร้อยละ 9.5 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ MERS-CoV ตายร้อยละ 34.4 และผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 โรคระบาดที่เคยเกิดขึ้นมาที่พบครั้งแรกจนปัจจุบัน ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงสถานการณ์เปรียบเทียบการระบาด: ชาร์ส, ไข้หวัดใหญ่ 2009, เมอร์ส, ไวรัสโคโรนา COVID-19 รวบรวมวันที่ 29 มกราคม 2563

	พบครั้งแรก	แพร่ระบาด (ประเทศ)	ผู้ป่วย (คน)	เสียชีวิต (คน)	อัตราเสียชีวิต (%)	พบผู้ป่วยในไทย (คน)
ชาร์ส	2545	29	8,098	774	9.8	1
SARS						
ไข้หวัดใหญ่ 2009	2552	116	>622,482	18,000	0.28	30,956
โรคเมอร์ส	2555	27	2,494	858	34.4	2
ไวรัสโคโรนา						
สายพันธุ์ใหม่ 2012						
ไวรัสโคโรนา	2562	19	6,058	132	2.17	14
สายพันธุ์ใหม่ 2019						

ที่มา : WHO, กระทรวงสาธารณสุข, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศสช, สำนักข่าวอิศรา รวบรวม¹⁸ รวบรวมวันที่ 29 มกราคม 2563

การระบาดของโรคต้องอาศัยการป้องกันควบคุมโรค ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสามทางระบาดวิทยา คือ ตัวคน (Host) ตัวเชื้อโรค (Agent) และ ตัวสิ่งแวดล้อม (Environment) การป้องกันควบคุมปัจจัยเหล่านี้ด้วย “ระบบสาธารณสุข” ที่เข้มแข็ง การระบาดก็จะชะลอตัวลงหรือหยุดลงได้ “ตัวคน” แต่ละคนมีความแตกต่าง ทั้งลักษณะทางพันธุกรรม พฤติกรรม กิจกรรม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ที่จะเป็นปัจจัยให้เกิดโรคได้ “ตัวเชื้อโรค” คาดว่า เชื้อโรค COVID-19 ไม่ต่างกัน เป็นเชื้อซาร์โควี-2 เหมือนกัน แต่อาจต่างกันที่สายพันธุ์ย่อย และ “ตัวสิ่งแวดล้อม” เป็นสิ่งที่แตกต่างกันอย่างมากของสภาพแวดล้อม จะมีผลอย่างมากต่อความสามารถในการก่อโรคในคน และความคงทนในสิ่งแวดล้อมของไวรัส เมื่อคนติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 อาจเกิดได้ 4 รูปแบบ¹⁹

1. ติดเชื้อแล้วต้านเชื้อได้ไม่พบเชื้อในร่างกาย กลุ่มนี้จะไม่แพร่เชื้อ และมีภูมิคุ้มกัน

2. ติดเชื้อแล้วต้องต่อสู้กันระยะหนึ่งกว่าจะเอาเชื้ออยู่แต่ไม่มีใครแพร่เชื้อได้ ทั้งตัวคนและตัวเชื้อโรคจะพบไวรัสในคนแต่ไม่มีอาการ จะสามารถแพร่เชื้อได้ระยะหนึ่งแต่ไม่เกิน 14 วัน

3. ติดเชื้อแล้วเกิดอาการไม่รุนแรง จะสามารถแพร่เชื้อได้ แต่ไม่เกิน 14 วัน
4. ติดเชื้อแล้วเกิดอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนเกิดปอดบวมเล็กน้อยไปจนถึงระบบหายใจล้มเหลว ถ้าดูแลระดับประคองใส่เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มนี้อาจหายหรือเสียชีวิตได้ กลุ่มนี้พบไม่มาก และที่ตายก็น้อยกว่า 3%

แนวคิดในการรับมือกับโรคติดเชื้อ COVID-19

การรับมือหลังองค์การอนามัยโลกประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศโดย มาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการระบาด¹³ ได้แก่

1. เพิ่มความเข้มข้นในการคัดกรองผู้ป่วยในสถานที่ต่าง ๆ นอกเหนือจากสนามบิน เช่น โรงพยาบาลและชุมชน เนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่ติดเชื้อแล้วแต่ยังไม่แสดงอาการ

2. พิจารณาประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายโรคที่ 14 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

3. ช่วยสนับสนุนการสอบสวนโรคให้แก่ประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือจากประเทศไทย เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการใช้เทอร์โมสแกนในการคัดกรองผู้ป่วย

สำหรับในประเทศไทยนั้นสถานการณ์โควิดในแต่ละจังหวัดมีการพร้อมรับมือในระดับพื้นที่ของแต่ละชุมชนตามข้อกำหนดตาม มาตรา 9 พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 ฉบับที่ 1²⁰ ให้อำนาจแก่ผู้ว่าราชการจังหวัด โดยให้เป็นผู้กำกับบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินทุกมิติในเขตท้องที่ที่ตนรับผิดชอบ มีการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ การห้ามประชาชนเข้าพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีการปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดโรค การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักรในพื้นที่ ไม่มีการกักตุนสินค้า เวชภัณฑ์ อาหาร น้ำดื่มและสิ่งจำเป็น ห้ามชุมนุม การทำกิจกรรมในสถานที่แออัด มาตรการพึงปฏิบัติสำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อให้อยู่ภายในเคหะสถานหรือกักบริเวณที่พำนักตน ให้คนในชุมชนร่วมกันดูแลความสงบเรียบร้อย จัดเวรยาม ตั้งจุดตรวจตาม สถานที่สำคัญ และใช้มาตรการป้องกันโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้เป็นการทั่วไป

งานสาธารณสุขมูลฐาน

งานสาธารณสุขมูลฐาน จากการทบทวนความรู้ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนให้ความหมายได้ว่า การมีกิจกรรมทางสาธารณสุขในด้านต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น เกิดความรู้ในเรื่องโรค การรักษาโรค การดูแล การป้องกัน ที่จะทำให้ประชาชนได้มีการปรับปรุงในการดำเนินชีวิตที่ดี รวมทั้งยังทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการดำรงชีวิต โดยมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยนำเข้าเป็นทางด้านสุขภาพ กระบวนการที่มีทรัพยากร องค์กรต่างๆ งบประมาณการเงิน การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ การมีสุขภาพที่ดีในการบริหารจัดการจะใช้หลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยเป็นกิจกรรมที่จำเป็น มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้และมีความครอบคลุมด้านการบริการได้อย่างทั่วถึง โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้รู้สึกเป็นเจ้าของมีส่วนร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมไม่ซับซ้อน เหมาะกับบริบทแต่ละพื้นที่นั้นๆ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ให้บริการอย่างมีคุณภาพ และสิ่งสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จได้ต้องได้รับการประสานจากหน่วยงานอื่นที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพ

บทบาทผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานสาธารณสุขมูลฐานที่จะช่วยป้องกันการระบาดของโรค COVID-19

ผู้เขียนได้สังเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนความรู้ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ในบทบาทหน้าที่ของการป้องกันการระบาดของโรค COVID-19 นั้น กลุ่มผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ที่มพยาบาลวิชาชีพ

1. ให้ความรู้เรื่องการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสนี้ติดต่อผ่านทางลมหายใจ สารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ทุกคนควรใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันเชื้อแพร่กระจาย

2. การรับประทานอาหารที่เป็นชุดสำหรับคนเดียว เป็นอาหารที่สุกแล้ว ไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น (กินร้อน ช้อนเรา ล้างมือ)

3. ให้คำแนะนำการล้างมือบ่อยๆ และทำความสะอาดมืออย่างทั่วถึงด้วยสารที่มีแอลกอฮอล์ผสม หรือล้างด้วยสบู่และน้ำ เนื่องจาก การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้สารที่มีแอลกอฮอล์ผสม ช่วยฆ่าไวรัสที่อาจจะมีอยู่บนมือได้

4. จัดเตรียมแอลกอฮอล์(เข้มข้นกว่า 70%) หรือ แอลกอฮอล์ฟีน (เข้มข้น95%) ในสถานบริการสุขภาพ

5. แนะนำการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งเมื่อสัมผัสสิ่งนอกบ้าน หลังกลับเข้าที่พักอาศัย

6. หากพบว่ามิใช่ ไอ และหายใจลำบาก ควรไปพบแพทย์หรือการโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ล่วงหน้า โดยทำตามแนวทางที่กำหนดโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเอง เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่และระดับประเทศ จะมีข้อมูลที่ทันสมัยที่สุดเกี่ยวกับสถานการณ์ในพื้นที่

7. ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องติดตามข่าวสารและทำตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษาพยาบาล ติดตามข่าวสารล่าสุดเกี่ยวกับ COVID-19 เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่และระดับประเทศ จะมีข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับ ในพื้นที่ที่จะต้องปฏิบัติตัวเองอย่างไรบ้างจึงจะป้องกันตัวเองได้

8. แนะนำคนในพื้นที่ให้เว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) โดย

8.1 ยืนหรือนั่งห่างกัน 1.5 – 2 เมตร

8.2 งดการรวมตัวกัน เช่น ในที่ทำงาน สถานบันเทิง

8.3 เลี่ยงการจัดประชุมใหญ่ที่มีการรวมคนจำนวนมาก

8.4 ติดต่อการใช้โทรศัพท์เป็นหลัก

8.5 เมื่อขึ้นลิฟต์หันหลังให้กัน

ทีมแพทย์

แผนกเวชระเบียนและคัดกรองเบื้องต้น แพทย์จะซักประวัติโดยยึดหลัก Social distancing การป้องกันสุขอนามัยตามมาตรฐานกับผู้ป่วยที่มีประวัติไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5°C ขึ้นไป ร่วมกับอาการระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น (ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก) และมีประวัติในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มมีอาการ คือ

ก) มีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจาก พื้นที่หรืออยู่อาศัยในพื้นที่ที่เกิดโรคระบาดต่อเนื่องของ COVID-19

ข) เป็นผู้ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก

ค) สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน หรือสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยัน COVID-19 โดยไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสม

ง) มีประวัติไปในสถานที่ที่ชุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน

ทีมทันตแพทย์

ด้วยสถานการณ์ COVID-19 ประกาศจากกรมการแพทย์เมื่อเดือนมีนาคม 2563²¹ ระบุว่า ให้ดำเนินการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะกรณีฉุกเฉิน (Emergency case) เท่านั้น เลื่อนการรักษาทันตกรรมที่ไม่เร่งด่วน (Elective case) ออกไปก่อน ในกรณีมีความจำเป็นต้องให้การรักษาพิจารณาตามแนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และหากจำเป็นต้องใช้ห้องผ่าตัดให้ปฏิบัติตาม แนวทางปฏิบัติการทำหัตถการผ่าตัดสถานการณ์ COVID-19 ตามประกาศกรมการแพทย์

ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน

บทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันและเป็นผู้ที่ลงปฏิบัติจริงถึงพื้นที่มีดังนี้

1. ร่วมตั้งทีมอาสาต่อต้าน COVID-19 ในระดับชุมชน เพื่อช่วยกันตรวจสอบข้อมูลของคนในชุมชน พร้อมส่งต่อหากมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น

2. สอบถามคนในชุมชนแต่ละครอบครัว เช่น บ้านนี้มีผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่ มีใครกำลังเจ็บป่วยหรือไม่ (จะได้ทำการส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มีใครเดินทางมาจากที่อื่นหรือไม่ เป็นต้น

3. ปฏิบัติตัวเองโดยไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่ไอ จาม เมื่อมีใครไอหรือจามจะมีละอองฝอยของเหลวขนาดเล็กฟุ้งกระจายออกจากจมูกหรือปากของผู้นั้นก็อาจจะหายใจเอาละอองฝอย เชื้อโรคเข้าไปได้ หากว่าผู้นั้นมีการติดเชื้อ

4. ค้นหาผู้ที่อยู่ในสถานที่แออัดหรือผู้ที่เดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด

5. ให้คำแนะนำกับคนในชุมชนในเรื่องการไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ

6. หากพบว่าคนในชุมชน มีไข้ ไอ และหายใจลำบาก แนะนำไปพบแพทย์ หรือการโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ล่วงหน้า

7. ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องติดตามข่าวสารล่าสุดเกี่ยวกับ COVID-19, หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่และระดับประเทศ เนื่องจาก หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่และระดับประเทศที่จะต้องปฏิบัติตัวเองอย่างไรบ้างจึงจะป้องกันตัวเองได้

8. ถ้าพบว่าคนชุมชนมีอาการไข้ มีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เจ็บคอ ปวดหัว อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ให้สวมหน้ากากอนามัย และรีบไปพบแพทย์ทันที

9. มีการปฏิบัติตัวเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) โดยยืนหรือนั่งห่างกัน 1.5 – 2 เมตร ติดต่อการใช้โทรศัพท์เป็นหลัก

กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ผู้สูงอายุ ด้วยที่ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำการระมัดระวังป้องกันการติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญที่ทั้งผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวจะต้องช่วยกันอย่างเคร่งครัด การดูแลเบื้องต้น²² มีดังนี้

1. ล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้า ส้วม

2. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก

3. รับประทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ใช้ช้อนกลาง

4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ

5. ดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต หาวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วย

6. หากมี อาการไอ จาม ให้ไอ จาม ใส่กระดาษทิชชูแล้วทิ้งทิชชูลงในถุงพลาสติก ปิดปากถุงให้สนิทก่อน ทิ้ง หรือใช้แขนเสื้อปิดปากจมูกเมื่อไอหรือจาม และทำความสะอาดมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทันที หรือให้สวมหน้ากากอนามัยโดยปิดถึงคาง หลีกเลี่ยง/ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก

ผู้ที่มีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคทางเดินหายใจ) หากมีการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อหรือป่วยรุนแรง จึงมีคำแนะนำดังนี้

1. หลีกเลียงออกจากบ้านในช่วงที่มีการระบาดของโรคหรือบริเวณที่มีคนหนาแน่น

2. รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตรหรือ 6 ฟุต (Social distancing)

3. งดใช้ของหรือเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น

4. ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัว ของผู้สูงอายุไว้ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์หากจำเป็นให้ญาติไปพบแพทย์แทน

สำหรับผู้สูงอายุมักจะเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ข้อปฏิบัติในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. ถ้ามีอาการไอ จาม เป็นหวัด มีไข้ ให้งดการเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา

2. กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ควรงดไปร่วมงาน

3. มีการดูแลป้องกันตนเอง ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วม โดยเน้นหลังเข้าร่วมพิธีกรรมหรือหลังจากไอจาม

4. สวมหน้ากากผ้า รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก เมื่อเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา

5. เลือกรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ไม่ใช้ช้อน แก้วน้ำร่วมกัน และใช้ช้อนกลางส่วนตัวแยกจากผู้อื่นเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

6. ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก

7. ใช้เวลาในการร่วมพิธีกรรมทางศาสนาให้น้อยที่สุด

สถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เพื่อให้พร้อมเปิดเรียนอย่างปลอดภัยโดยร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและภาคีเครือข่าย ร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติกับบุคลากรสาธารณสุข และผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ทางโรงเรียนจะต้องดำเนินการ 6 แนวทางในช่วงเปิดเรียนดังนี้

1. การมีมาตรการคัดกรอง เช่น วัดไข้ก่อนเข้าโรงเรียน หากเด็กมีอาการไข้ ไม่สบายต้องหยุดเรียนทันที และแจ้งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

2. สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ในโรงเรียน

3. จัดจุดล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลอย่างเพียงพอ

4. การเว้นระยะห่างในห้องเรียน เน้นจัดการเรียนการสอนให้เป็นกลุ่มก้อนเดียวกัน ให้มีกิจกรรมทำในกลุ่มเดียวกันตลอดทั้งวัน

5. เน้นการทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสต่างๆ ที่ใช้ร่วมกัน อาทิ สนามเด็กเล่น ลูกบิดประตู ห้องน้ำ

6. ลดความแออัด ไม่จัดกิจกรรมที่เกิดการรวมกลุ่มของเด็ก
สถานที่จัดกิจกรรมทางศาสนา ²³

1. จัดให้มีการคัดกรองศาสนิกชนหรือผู้เข้าร่วมประกอบพิธีกรรมทางศาสนา บริเวณทางเข้าพุทธศาสนสถานตามความเหมาะสม พร้อมจัดเตรียมอุปกรณ์ล้างมือ เช่น เจลแอลกอฮอล์ไว้บริเวณทางเข้าประตูศาสนสถาน

2. จัดให้มีการดูแลอาคารสถานที่/อาหารและเครื่องดื่ม ดังนี้

2.1 ทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์ เครื่องใช้ให้สะอาด ไม่เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคด้วยการทำความสะอาดพื้นที่ด้วยน้ำยาทำความสะอาดโดยรอบ และจุดที่มีการใช้ร่วมกัน โดยเฉพาะประตู แก้ว โต๊ะ

2.2 ควรจัดให้มีการระบายอากาศที่ดี เช่น ห้องสำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ให้เปิดประตูหน้าต่าง เพื่อระบายอากาศ หากมีเครื่องปรับอากาศให้ทำความสะอาดระบบระบายอากาศอย่างสม่ำเสมอ

2.3 จัดให้มีระยะห่างของผู้มาเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา อย่างน้อย 1 - 2 เมตร (Social Distancing) เพื่อหลีกเลี่ยงการกระจายของเชื้อโรค

2.4 หลีกเลี่ยงการจัดอาหารตักเสิร์ฟในงาน หากจำเป็นต้องเป็นอาหารหรือน้ำขวดเฉพาะแต่ละบุคคล

การตั้งศูนย์เฝ้าระวังโรคระดับตำบล สู้ภัยโควิด-19

การตั้งศูนย์เฝ้าระวังโรค COVID-19 โดยมีกลุ่มที่จะช่วยกันดูแลในชุมชนในงานสาธารณสุข สุขมูลฐานก็ต้องมาจากทุกภาคส่วนที่อยู่ในชุมชนนั้นๆ เริ่มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ผู้นำชุมชน รวมทั้งคนในชุมชน ช่วยเสริมพลังซึ่งกันและกัน จุดแข็งของการตั้งกลุ่มเฝ้าระวังคือ กำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ทั่วประเทศการเตรียมความพร้อมกลไกระดับพื้นที่เพื่อรองรับมาตรการ ขอสั่งการ จากภาครัฐ ภาคเอกชนหรือกระทรวงสาธารณสุข ในการปกป้องชีวิตประชาชนจาก COVID-19 ที่กำลังระบาดรุนแรงให้มีส่วนร่วมในการร่วมมืออย่างเข้มแข็ง

บทสรุป

การพัฒนาระบบสุขภาพโดยงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการทำงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกิดจากความร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมทำ จากคนในพื้นที่ ที่มองเห็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคนในชุมชน โดยนำเทคโนโลยีที่มีอยู่ มาเป็นเทคนิคที่ไม่ยุ่งยากเหมาะสมแต่ละพื้นที่ การให้บริการสุขภาพต้องรองรับสาธารณสุขมูลฐานในการให้บริการที่เข้าถึงได้ง่าย การรับมือโรค COVID-19 นั้น ยังคงเป็นงานที่ต้องเนื่องในระยะยาวการหาแนวทางการสื่อสารทางสังคมให้เห็นถึง ปฏิบัติการที่เกิดจากการทำงานร่วมกัน การยกระดับมาตรการทางสังคมหรือข้อตกลง ชุมชนให้เกิดขึ้นในระยะยาว สัมพันธ์กับประเด็นปัญหาอื่นๆ ต่อไปในอนาคต การสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนของพื้นที่จัดการตนเอง การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตและ เศรษฐกิจเพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง ภายใต้การเชื่อมโยงร่วมกับองค์กรชุมชนและผู้นำ รวมถึงการปรับงานสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดระบบการทำงานจะร่วมกัน จะช่วยแก้ปัญหาเพื่อให้มีสุขอนามัยที่ดี การแก้ปัญหาแท้จริงในระยะยาวที่จะทำให้ โรคระบาดรุนแรงน้อยลง เป็นการสร้างระบบสุขภาพรวมของโลก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. เกาะติดสถานการณ์ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: สำนักงาน พัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) กระทรวงการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก:
https://oer.learn.in.th/search_detail/result/166887#oer_data
2. สุรียา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวรและสุมนมาลย์ อุทัยมกุล. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;14:E1-10.
3. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. แนะนำวิธีดูแลและป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ.2563]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.nurse.cmu.ac.th/web/FONEEventDetail.aspx?id=22645>

4. ผู้จัดการออนไลน์. อนามัยโลกประกาศให้ไวรัสโควิด-19 เป็น “โรคระบาดใหญ่” ทั่วโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค.2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/around/detail/9630000024808>
5. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. ลำดับความเป็นมาของการระบาดของโคโรนาไวรัส [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://doh.hpc.go.th/bs/wuhanDisplay.php>
6. พิริยะ ผลพิรุฬห์. ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จาก “ไวรัสโควิด-19” มากน้อยอยู่ที่ “ผู้นำ” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thebangkokinsight.com/334242/>
7. BBC News. ไวรัสโคโรนา : WHO เตือนโอกาสในการสกัด COVID-19 กำลัง “หดแคบลง” หลังระบาดไปยุโรป-ตะวันออกกลาง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ก.พ. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/thailand-51616758>
8. World Health Organization. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-04-28-tha-sitrep-66-covid19-th-final.pdf?sfvrsn=32566b60_0
9. กรมการปกครองท้องถิ่น. คู่มือมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ. แฉลงการณ์สำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ เล่ม ๑๓๗ ตอนที่ ๒๔ ก ราชกิจจานุเบกษา ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๓ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nsc.go.th/wp-content/uploads/2020/05/CV19-01.pdf>
11. The Bangkok insight. อัปเดตสถานการณ์ ไวรัสโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thebangkokinsight.com/332005/>

12. ยง ภู่วรวรรณ และรุ่งเรือง กิจผาติ. สรุปคำบรรยายในหัวข้อ WHO Recommended National and International Measures Before and During an Influenza Pandemic [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ift2004.org/summarize/iftnews2/11.html>
13. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>
14. มติชนสุดสัปดาห์. งานศึกษาใหม่ชี้ เชื้อ “โควิด-19” อยู่กับผู้ป่วยนานถึง 37 วัน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.matichonweekly.com/hot-news/article_286528
15. กรุงเทพธุรกิจ. อายุของ ‘โควิด-19’ บนพื้นผิวต่างๆ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/874543>
16. สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์. COVID-19 : พลิกมุมคิด...วิกฤต หรือ โอกาส. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://web.tcdc.or.th/th/Articles/Detail/Covid-19-cover-story>
17. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. มาตรการพื้นฐานในการป้องกันไวรัสโคโรนาชนิดใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nstda.or.th/th/nstda-knowledge/13049-emergencies-coronavirus-2019>
18. กรุงเทพธุรกิจ. เทียบเคียง ‘ซาร์ส-ไวรัสโคโรนา 2019’ ญาติร่วมตระกูลที่อาจ (ไม่) ต่าง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/863330>
19. พิเชฐ บัญญัติ. ฟังหูไว้หู เรื่องไวรั่วอู่ฮั่น [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=361>

20. ราชกิจจานุเบกษา. ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชก
หนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ (ฉบับที่ ๑๑)
[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.samutsongkhram.go.th/covid/attachments/article/171/T_0031.PDF
21. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์
COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้
จาก http://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25630330164731PM_Binder1.pdf
22. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานการณ์
การระบาด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก
https://www.anamai.moph.go.th/download/2563/Covid_19/people/
23. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะ
ระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระ
ราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. นนทบุรี;
2563.

การสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในยุคสังคมสารสนเทศ

วิภาวี พลแก้ว พย.ม.^{1*}

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ Ph.D.¹

วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ Ph.D.¹

ณัฐวรรณ คำแสน Ph.D.²

บทคัดย่อ

มะเร็งในเด็ก เป็นโรคที่มีการดำเนินยาวนาน มีภาวะแทรกซ้อนมาก และทำให้เด็กป่วยเสียชีวิตได้ โรคนี้จึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพรวมทั้งพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยรักษาคุณภาพชีวิตของครอบครัว รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยมีการเพิ่มช่องทางในการรับรู้ข้อมูลที่หลากหลาย เนื่องจากเทคโนโลยีสารสนเทศมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้การสื่อสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ตมีประสิทธิภาพสูง รวดเร็ว ประหยัดและเข้าถึงง่าย บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในยุคที่เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทสำคัญ

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, เด็กป่วยโรคมะเร็ง, สังคมสารสนเทศ

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

*Corresponding email: wipawee@knc.ac.th

วันที่รับ (received) 25 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 ส.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ธ.ค. 2563

Social Support for Family of Children with Cancer in the Information Society

Wipawee Ponkaew M.N.S.^{1*}

Prangthip Thasanoh Elter Ph.D.¹

Wiparat Suwanwaiphatthana Ph.D.¹

Natawan Khumsaen Ph.D.²

Abstract

Cancer in children is an ongoing disease with a higher tendency of multiple side effects, and it can result in the death of the children. This causes a huge impact on families—as the main patients’ caregivers—in terms of physical, physiological, emotional, social, and economic conditions. Thus, the social support from the health care providers including nurses is considered as the vital importance to maintain the life quality of such family members. Moreover, the current trend of social supports, especially information support, is dramatically changed. And this advancement brought more communication channels such as the Internet systems which are highly effective, faster, affordable, and accessible. For these reasons, this article aims to illustrate the nurses’ roles as a social supporter for families of children with cancer in this technological era.

Keywords: social support, children with cancer, information society

¹Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

²Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

*Corresponding email: wipawee@knc.ac.th

บทนำ

มะเร็งในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาที่ได้รับ เนื่องจากโรคมักมีการดำเนินเป็นระยะเวลานาน และเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ จึงส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี 2016¹ พบว่า สาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง พบมากเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กอายุ 5 – 14 ปี และจากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกา พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับสองในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีเด็กป่วยในสหรัฐอเมริกาประมาณ 11,050 คน ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และจะมีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 1,190 คน ในปีเดียวกัน²

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 2 ในเด็กอายุ 1 – 14 ปี รองจากอุบัติเหตุ³ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 2,972 คน คิดเป็นร้อยละ 19.9 ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายใหม่อายุ 0-15 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.34⁴ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ยังคงเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก และสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งในยุคที่เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทในชีวิตมากขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ของ House⁵ (House's social support theory)

โรคมะเร็งในเด็ก

โรคมะเร็งในเด็กเป็นโรคกลุ่มเซลล์ที่เจริญเติบโตผิดปกติ ในเด็กอายุ 0 – 14 ปี สามารถเกิดขึ้นได้กับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะของร่างกาย และแพร่กระจายไปสู่เซลล์ปกติตามเนื้อเยื่อรอบ ๆ หรืออวัยวะส่วนอื่นทำให้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะนั้นสูญเสียหน้าที่ เช่น โรคมะเร็งไต จะทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองของเสีย เพราะก้อนมะเร็งกดเบียดตำแหน่งปกติของไต และอาจส่งผลให้เกิดภาวะไตวาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้⁶ โดยทั่วไปมะเร็งในเด็กแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งชนิดเนื้องอก ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจน สันนิษฐานว่าอาจเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและการได้รับอาหารหรือสารบางชนิดของมารดาในขณะตั้งครรภ์ เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาบางชนิด ยาเสพติด รังสีเอกซ์ หรือสารเคมี ซึ่งก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ของยีน (Gene) ได้⁷ การรักษาหลักที่พบบ่อยคือการใช้ยาเคมีบำบัด และการรักษาเสริม ได้แก่ การผ่าตัดหรือรังสีรักษา เป็นต้น

ผลกระทบของโรคมะเร็งและการรักษาต่อเด็กป่วยและครอบครัว

แม้ว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะให้ผลดีในการรักษามะเร็งในเด็ก แต่มักจะมีการรุกรานที่เกิดจากยาเคมี ซึ่งนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังมีผลต่อเซลล์ปกติอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตหรือมีการเผาผลาญที่รวดเร็ว เช่น เซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูก เซลล์ผิวหนัง เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เป็นต้น อาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมลง เยื่อช่องปากอักเสบ และอ่อนล้า⁸ หากไม่สามารถจัดการกับอาการเหล่านี้ได้ อาจส่งผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับเด็กอื่น ๆ ได้ เกิดภาวะแยกตัว ภาวะเครียด ซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง⁹

บิดามารดาจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วยของบุตรแตกต่างกันไป เช่น มีอาการของความทุกข์ทรมาน (Suffering) เมื่อรับรู้ว่ามีบุตรป่วย ได้แก่ อาการตกใจ ซ็อก เสียใจ หดหู่ วิตกกังวล เครียดและไม่อยากพูดคุยกับใคร หรืออาการของความทุกข์ทรมานในระยะดำเนินการรักษา ได้แก่ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย ร้องไห้เสียใจ บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย¹⁰ เมื่อจำนวนเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น จำนวนครอบครัวที่ได้รับผลกระทบก็เพิ่มขึ้นด้วย ในครอบครัวเดี่ยว พ่อ-แม่ จะกลายเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนพี่-น้อง อาจกลายเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแล หรือทำหน้าที่รับผิดชอบอื่นในครอบครัวแทนผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวขยาย ปู่-ย่า ตา-ยาย ที่เป็นผู้สูงอายุอาจปรับเปลี่ยนบทบาทกลายเป็นผู้ดูแลหลักหาก พ่อ-แม่ ของเด็กป่วยโรคมะเร็งต้องออกไปหารายได้เพื่อครอบครัว

จากผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กและครอบครัวดังกล่าว การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในปัจจุบัน จึงเน้นให้ความสำคัญทั้งต่อตัวผู้ป่วยเด็กและสมาชิกครอบครัว

(Patient- family- centered care) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกะยะของการรักษา โดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือ การช่วยให้ครอบครัวได้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในขณะที่มีเด็กป่วยในครอบครัว วิธีการหนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว คือ การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่เด็กป่วยและครอบครัวตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ เช่น การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Information support) ที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา การเปิดโอกาสให้ซักถาม ตลอดจนการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามระยะการดำเนินของโรค จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพยาบาลที่เกิดประโยชน์สูงสุด และตอบสนองความต้องการการดูแลได้อย่างเหมาะสม¹¹

ผลการวิจัยยืนยันว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารช่วยให้พี่น้องและครอบครัวของเด็กป่วยมีพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่ดีขึ้น เช่น Neville¹² พบว่า พี่น้องของเด็กป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับความสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารผ่านกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการแก้ปัญหา การจัดการด้านอารมณ์ จากบุคลากรสุขภาพ จะเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึก และรู้สึกผิดต่อเด็กป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มิชอบเป็นพี่ จะเปลี่ยนพฤติกรรมกลายเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น ช่วยเหลือบิดา-มารดาในการทำงานบ้าน และดูแลน้องที่ป่วยมีความภาคภูมิใจที่สามารถแบ่งเบาภาระครอบครัวได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและแผนการรักษาจากแพทย์และพยาบาลในทุกะยะของการรักษาแก่ครอบครัวที่ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะช่วงวิกฤติที่ต้องมีการตัดสินใจที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการยุติการรักษาหรือการช่วยฟื้นคืนชีพ จะช่วยให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิดต่อเด็ก และสามารถเผชิญกับความจริงได้ภายหลังเด็กป่วยเสียชีวิต¹³

บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งยุคสารสนเทศ ตามแนวคิดของเฮาส์

รูปแบบการแสดงบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านการให้ข้อมูลข่าวสารได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เมื่อมีการพัฒนาอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง การเก็บข้อมูลปริมาณมากในคลาวด์ (Cloud) การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ และการพัฒนาอุปกรณ์สื่อสารให้รองรับ

หน้าที่ที่หลากหลายและมีราคาถูกลง ผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้พัฒนาสื่อสาธารณสุขอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth) หรืออุปกรณ์พกพา เช่น ข้อมูลสุขภาพทางมือถือ (Mobile Health: mHealth) หรือโปรแกรมประยุกต์เกี่ยวกับด้านสุขภาพทางมือถือ (mHealth Application) ซึ่งเป็นการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในเวปไซด์ไวด์เว็บ (World Wide Web) มาเป็นสื่อกลางเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ จากแหล่งข้อมูลหลากหลายรูปแบบทั้งตัวอักษร ภาพนิ่ง การเคลื่อนไหวหรือเสียง โดยอาศัยคุณลักษณะของการเชื่อมโยงหลายมิติของข้อความหรือสื่อเพื่อเชื่อมแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยกัน สื่อหรือโปรแกรกดังกล่าวเป็นการเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่ออาศัยในพื้นที่ห่างไกลหรืออยู่ในช่วงที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) รวมทั้งการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์และพยาบาล ซึ่งช่วยสร้างการตระหนักถึงการดูแลตนเองและการป้องกันโรค¹⁴

พยาบาลเปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้ปรับตัว เพื่อดำรงภาวะสมดุลของระบบเครือข่ายทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สารในหัวข้อนี้ผู้แต่งได้นำเสนอบทบาทพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งตามแนวคิดของ House⁵ ทั้ง 4 ด้านในรูปแบบต่าง ๆ โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเพิ่มเติมแนวทางการสนับสนุนทางสังคมด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งนับวันจะมีบทบาทมากขึ้นต่อการพยาบาลครอบครัวที่มีเด็กป่วยเรื้อรัง ดังนี้

บทบาทการสนับสนุนด้านอารมณ์

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ คือ การแสดงออกที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณได้รับการรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ พยาบาลสามารถแสดงออกให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ได้ โดยใช้ความเอื้ออาทร แสดงความจริงใจ ความเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ระบายความรู้สึก และเป็นผู้รับฟังที่ดี แสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจด้วยความจริงใจ เพื่อให้เกิดความเชื่อใจ และไว้วางใจ และผ่อนคลายความวิตกกังวลจากการดูแลบุตร¹¹

พยาบาลในยุคก่อนเทคโนโลยีสารสนเทศ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีการสนับสนุนทางอารมณ์ให้กันและกัน ด้วยการส่งเสริมให้สามีภรรยาได้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งร่วมกัน ให้กำลังใจและปลอบใจกันเมื่อฝ่ายที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดหรือความกังวลใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายและเอาใจใส่ผู้ป่วยเด็ก

โรคมะเร็งมากขึ้นการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยให้พี่หรือน้องที่มีเด็กป่วยโรคมะเร็งในครอบครัวมาทำกิจกรรมร่วมกัน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (Peer support) จะทำให้เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย รับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง และสามารถดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจมากขึ้น การอนุญาตให้พี่น้องเด็กป่วยหรือ ปู่ ย่า ตา ยาย ได้มีส่วนร่วมในการดูแลหรือเข้าเยี่ยมในโรงพยาบาลจะช่วยรักษาความรักและเอื้ออาทรของสมาชิกในครอบครัวได้เช่นกัน⁵

ปัจจุบันพยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในการสนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวได้ทุกระยะของการรักษาโรค เช่น ในกรณีที่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กหรือผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาเยี่ยมเด็กป่วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลได้ พยาบาลอาจนำแอปพลิเคชัน (Application) จากโทรศัพท์มือถือที่สามารถส่งภาพและเสียงจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล ไปยังพี่น้องเด็กป่วย หรือ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่อยู่บ้านได้ เช่น เฟซบุ๊ก (Facebook) ไลน์ (Line) หรือ สไกป์ (Skype) เป็นต้น¹⁵ ซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวก ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในขณะที่ยังสามารถรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัวไว้ได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพยาบาลสามารถนำอุปกรณ์ดิจิทัล (Digital) ที่เป็นเครื่องเล่นหรือเครื่องบันทึกเสียงและภาพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเปิดเพลง หรือการดูวิดีโอเพื่อความเพลิดเพลินจากภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้รู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย นอนหลับพักผ่อนได้ ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษา¹⁶ หรือกรณีเด็กป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลอาจนำบทสวดมนต์ หรือเสียงธรรมะตามศาสนาที่นับถือ เปิดให้ผู้ป่วยและครอบครัวฟัง เพื่อเป็นการดูแลตามความต้องการด้านจิตวิญญาณร่วมกับการให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย¹⁵

การพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตามโมเดลประเทศไทย 4.0 ซึ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสุขภาพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ หรือนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เช่น อาจมีการนำหุ่นยนต์ (Robot) มาใช้ในการลดความวิตกกังวล ความเครียด และความปวด โดยการพูดคุยและโต้ตอบกับเด็กป่วย ตามโปรแกรมหรือข้อมูลที่ป้อนให้ เช่น บทบาทสมมติเป็นแพทย์ พยาบาล นักต่อสู้กับยาเคมีบำบัด และเด็กป่วยโรคมะเร็ง หุ่นยนต์อาจเป็นสิ่งแปลกใหม่ และน่าตื่นเต้นสำหรับเด็กป่วย เกิดความเพลิดเพลินเหมือนได้รับ

ของเล่นใหม่ ผู้ป่วยบางรายอาจมองหุ่นยนต์เป็นเพื่อนคุย สามารถระบายความรู้สึกได้ ทำให้คลายความวิตกกังวล และบรรเทาอาการเจ็บปวดได้¹⁷

บทบาทการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การได้รับคำแนะนำ ปรีกษา ข้อเสนอแนะ การให้ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง⁵ รูปแบบของการให้ข้อมูลข่าวสารมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างรวดเร็ว จากประสบการณ์ในการทำงานของผู้แต่งมากกว่า 10 ปี ได้สังเกตว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในทศวรรษที่ผ่านมาเน้นการสอนสุขศึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มตามปัญหาสุขภาพที่พบ รูปแบบที่ใช้ได้แก่ การสาธิต การสอนในรูปสื่อโสตทัศนูปกรณ์หรือสื่อผสม เช่น วิดีทัศน์ (Video) เสียงตามสาย หรือการเผยแพร่เป็นเอกสารความรู้ต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ บ้ายนิเทศ เป็นต้น ปัจจุบันการใช้โปรแกรมประยุกต์เกี่ยวกับด้านสุขภาพทางมือถือ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เป้าหมายหลักของโปรแกรมประยุกต์ คือ การสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลจากโปรแกรมและใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการดูแลเด็กให้มีสุขภาพที่ดี ในการออกแบบหรือพัฒนาโปรแกรกดังกล่าวพยาบาลต้องกำหนดเป้าหมาย (Goal) ของการใช้โปรแกรมประยุกต์ดังกล่าวอย่างชัดเจน เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างแท้จริง

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่าการใช้โปรแกรมประยุกต์เกี่ยวกับสุขภาพทางมือถือช่วยให้ผู้ป่วยลดความเหนื่อยล้า และมีสุขภาพแข็งแรงมากขึ้น เช่น มีการนำสายรัดข้อมือที่ทำหน้าที่ตรวจจับการเคลื่อนไหวของร่างกายผู้ใช้งาน (Fitbit) เชื่อมต่อกับระบบอินเทอร์เน็ต และรายงานผลการทำกิจกรรมแบบทันที นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อายุระหว่าง 6-15 ปี พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และกิจกรรมการเดินเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถตรวจสอบนับจำนวนก้าวการเดินจากการใช้ Fitbit ส่งผลให้อัตราการเดินของหัวใจเพิ่มขึ้น ความเหนื่อยล้าลดลง¹⁸ นอกจากเกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยแล้ว เทคโนโลยีสารสนเทศยังช่วยให้ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ป่วยมะเร็งกับครอบครัวเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล เช่น การประชุมปรึกษาอาการ แนวทางการรักษาผ่านวิดีโอ หรือเว็บ

เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยในเรื่องดังกล่าวพบว่า ทั้งผู้รับบริการและบุคลากรที่มีสุขภาพ
ล้วนมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมประยุกต์เกี่ยวกับด้านสุขภาพทางมือถือ¹⁹

บทบาทการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า

การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ
คำชื่นชมยอมรับ เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง และมีกำลังใจในการปฏิบัติ
พฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป¹⁰ ขณะผู้แต่งคนที่หนึ่งนิเทศนักศึกษาที่หอผู้ป่วยเด็ก
ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังเกตพบว่า กิจกรรมที่เสริมสร้างความมีคุณค่าให้กับ
ตนเอง (Self-esteem) ของบิดามารดา หรือผู้ดูแล ได้แก่ การได้รับคำปรึกษา
จากแพทย์และพยาบาล เพราะนอกเหนือจากการให้ข้อมูลด้านการรักษา
การปฏิบัติตัว และการดูแลเด็กป่วยแล้ว พยาบาลยังให้กำลังใจ ปลอบโยน
และเสริมแรงทางบวกกับบิดามารดา ทำให้บิดามารดามีความมั่นใจในการดูแลบุตร
มากขึ้น

ด้วยรูปแบบการให้การพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน อาจทำให้
พยาบาลไม่สามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้ทุกคนตลอดเวลา จึงได้มีการพัฒนา
ช่องทางการให้คำปรึกษา ผ่านเทคโนโลยีที่สามารถเชื่อมโยงและติดต่อกันได้
ผ่านอินเทอร์เน็ต เช่น เฟซบุ๊ก หรือยูทูป ซึ่งกำลังได้รับความนิยม โดยเฉพาะเฟซบุ๊ก
เพราะเป็นการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง สามารถโต้ตอบกันได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่าง
กลุ่มเฟซบุ๊ก ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว ได้แก่
กองทุนโรคมะเร็งในเด็ก โรงพยาบาลหาดใหญ่ และกองทุนเด็กโรคมะเร็งโรงพยาบาล
อุดรธานี ช่องทางการสื่อสารประเภทนี้ สามารถเชื่อมโยงการสื่อสารระหว่างบุคลากร
ที่มีสุขภาพกับผู้ป่วย ครอบครัว ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
โรคมะเร็งเพิ่มขึ้น และยังเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างกลุ่มบิดา-มารดาของเด็ก
ป่วยให้มาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กัน ทำให้บิดามารดารู้สึกมีคุณค่าใน
ตนเองที่สามารถนำประสบการณ์ของตนเองไปช่วยเหลือ แนะนำและเป็นแบบอย่าง
แก่ผู้อื่นได้ นอกจากนี้ประชาชนผู้สนใจทั่วไปยังสามารถให้กำลังใจแก่ครอบครัวเด็ก
ป่วยโรคมะเร็งด้วยการส่งข้อความ หรือภาพและเสียงจากวิดีโอ กดไลค์ หรือแชร์
แบ่งปันข้อมูล ทำให้บิดามารดามีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต่อไป²⁰

เทคโนโลยีเสมือนจริง (Reality) เป็นหนึ่งในเทคโนโลยีที่มีการเติบโตและ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เทคโนโลยีกลุ่มนี้สามารถตอบสนองการใช้งานได้หลากหลาย
จุดประสงค์โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางการแพทย์ ซึ่งการใช้งานเทคโนโลยีเสมือนจริง

สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานได้อย่างเห็นผลชัดเจน การนำเทคโนโลยีมาผสานระหว่างโลกแห่งความเป็นจริงและความเสมือนจริงเข้าด้วยกัน โดยใช้ระบบซอฟต์แวร์และอุปกรณ์เชื่อมต่อ (Augmented reality [AR]) และการจำลองภาพให้เสมือนจริงแบบ 360 องศา โดยผ่านอุปกรณ์ที่ช่วยให้มองเห็นอย่างสมจริง (Virtual reality [VR]) ทำให้สามารถตอบสนองกับสิ่งที่จำลองนั้นได้ ซึ่งความแตกต่างระหว่าง AR และ VR ทำให้การนำไปประยุกต์ใช้งานนั้นแตกต่างกัน โดย AR จะเน้นที่การผสมผสานรวบรวมระหว่างวัตถุเสมือนรอบตัวเราเข้ากับสภาพแวดล้อมขณะนั้นจริง ๆ ส่วน VR จะเน้นการเข้าไปอยู่ในโลกเสมือนจริงอย่างเต็มรูปแบบ²¹

ปัจจุบันมีการนำ AR และ VR มาใช้ในการผ่าตัดโดยช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถวินิจฉัย และระบุตำแหน่งการผ่าตัด โดยสามารถมองเห็นภาพจำลองแบบ 3 มิติ ของอวัยวะที่จะทำการผ่าตัด สามารถเพิ่มความแม่นยำ และลดข้อผิดพลาดจากการผ่าตัดได้ ซึ่งเทคโนโลยีนี้มีการนำมาใช้ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งโดยการพัฒนาเป็นวิทัศน์เสมือนจริง ให้ความรู้การปฏิบัติตัวของเด็กเมื่อเป็นโรคมะเร็ง²² แม้จะเป็นที่นิยมในการนำมาใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้ แต่สำหรับครอบครัวเด็กป่วยยังไม่มีนำมาใช้เพื่อตอบสนองด้านคุณค่าทางจิตใจมากนัก ในการพัฒนานั้นอาจทำได้โดยใช้เทคโนโลยี VR เพื่อช่วยให้บิดามารดาที่มีอาการโศกเศร้าจากการสูญเสียบุตรอย่างกะทันหัน ได้มีโอกาสสร้างลาเป็นครั้งสุดท้ายในโลกเสมือนจริงที่สามารถย้อนเวลากลับไปได้ เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจของบิดามารดาให้สามารถเผชิญกับความเป็นจริง ไม่กลัวโทษตนเอง หรือรู้สึกผิด และมีความมั่นใจในการดูแลบุตรคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้

บทบาทการสนับสนุนด้านทรัพยากร

การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องวัสดุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน หรือการบริการ และช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้¹⁰ การให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวในด้านนี้พยาบาลสามารถทำได้โดยเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ช่วยติดต่อหน่วยงานสังคมสงเคราะห์หรือมูลนิธิ กรณีครอบครัวมีความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ การเงิน ขาดรายได้จากการลาออกจากการงานเพื่อดูแลเด็กป่วย หรือให้คำปรึกษากรณีที่บิดามารดามีความเครียด วิตกกังวล จากการเจ็บป่วยของบุตร โดยอาจให้บริการในสถานบริการด้านสุขภาพหรือให้ผ่านช่องทางการสื่อสารอื่นที่เหมาะสม

กับความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด เช่น การปรึกษาปัญหาทางไลน์ทางโทรศัพท์ สายสุขภาพจิต โทร 1667²⁰ ส่วนบทบาทพยาบาลในการช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น กรณีเด็กป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายพยาบาลควรจัดให้อยู่ห้องแยก มีสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ¹³ โดยติดตามอาการหรือการเปลี่ยนแปลงผ่านกล้องวงจรปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้เวลาาร่วมกัน ไม่รบกวนความเป็นส่วนตัว

การสนับสนุนด้านการบริการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นการสนับสนุนด้านทรัพยากรด้วยเช่นกัน เช่น เทคโนโลยีทางด้านรังสีวิทยา ได้แก่ เครื่องมือทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ที่ใช้เทคโนโลยีร่วมกันของเครื่อง PET (Positron Emission Tomography) และเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงในการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง ทำให้มีความแม่นยำและสามารถรักษาให้หายขาดได้ในบางโรค²³ หรือเครื่องมือในการช่วยเหลืองานพยาบาล เช่น Vein Scanner ที่ช่วยในการหาหลอดเลือดดำในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น ซึ่งช่วยลดระยะเวลาในการทำหัตถการได้มาก นอกจากนี้โรงพยาบาลรามาศิริยังได้พัฒนา “RAMA appointment”²⁰ ที่ช่วยให้ครอบครัวเด็กป่วยได้เข้าถึงข้อมูลบริการการนัดหมายและเลื่อนนัดได้ด้วยตนเอง ช่วยลดระยะเวลาการรับบริการในโรงพยาบาลได้ เทคโนโลยีเหล่านี้เป็นทรัพยากรที่สนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทสรุป

การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนอย่างเป็นทางการจึงควรมีความเข้าใจ และมีแนวทางที่ดีในการส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว เพื่อให้ทักษะที่จำเป็นให้สามารถใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยดังกล่าว พยาบาลจึงควรได้รับโอกาสในการพัฒนาทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสาร การติดตามอาการ การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และระหว่างพยาบาลกับครอบครัวเด็กป่วย และควรได้รับการส่งเสริมสมรรถนะด้านการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ

เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Disease burden and mortality estimate, cause-specific mortality, 200-2016 [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 20]. Available from:
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
2. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2020. [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 22]. Available from:
<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2020/cancer-facts-and-figures-2020.pdf>
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก:
http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: นวัตกรรมดาการพิมพ์; 2562.
5. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley Publishing Company; 1981.
6. Rodgers CC. The child with cancer. In: Hockenberry MJ, Wilson D editor. Wong's nursing care of infants and children. St. Louis: Elsevier Mosby; 2015. 1379-1724. 5. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley Publishing Company; 1981.
7. พวงทอง ไกรพิบูลย์. มะเร็งในเด็ก. นนทบุรี: อมรินทร์สุขภาพ; 2553.
8. Dupuis LL, Milne-Wren C, Cassidy M, Barrera M, Portwine C, Johnston DL, et al. Symptom assessment in children receiving cancer therapy: the parents' perspective. Support Care Cancer. 2010;18:281-99.

9. Erickson JM, Beck SL, Christian BR, Dudley W, Hollen PJ, Albritton KA, et al. Fatigue, sleep-wake disturbances, and quality of life in adolescents receiving chemotherapy. *J Pediatr Hematol Oncol* 2011;33:e17-25.
10. จินตนา วัชรสินธุ์, รวิวรรณ คำเงิน, กิจติยา รัตนมณี, ชนกพร ศรีประสาร, ณัชนันท์ ชีวานนท์. ความทุกข์ทรมานของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2560;35:78-87.
11. วิภาวี พลแก้ว, วณิดา เสนะสุทธิพันธ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องเด็กป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]*. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2563];31:71-81. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/26489>
12. Neville A, Simard M, Hancock K, Alan R, Amani S, Barrera M, The emotional experience and perceived changes in siblings of children with cancer reported during a group intervention *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 3];43:E188-94. Available from: <https://search.proquest.com/openview/54a0bd41978da251395902a213b27d60/1?pq-origsite=gscholar&cbl=37213>
13. เกวดี ฐาณณี, อัจฉริยา ปทุมวัน, จอนพะจง เพ็งจาด. ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2561;24:295-312.
14. Dickinson R, Hall S, Sinclair JE, Bond C, Murchie P. Using technology to deliver cancer follow-up: A systematic review. *BMC Cancer* 2014; 14:311. doi: 10.1186/1471-2407-14-311.
15. วราภรณ์ คงสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2559.
16. วรุณี แสงทอง จุฬารัตน์ ห้าหาญ และรุจิรัตน์ มณีศรี. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2563;7:158-68.

- 17.Minoo A, Ashkan G, Ali M, Leila J M. Clinical Application of a Humanoid Robot in Pediatric Cancer Interventions. *Int J of Soc Robotics* 2016;8:743-59. doi: 10.1007/s12369-015-0294-y
- 18.Hooke MC, Gilchrist L, Tanner L, Hart N, Withycombe JS. Use of a Fitness Tracker to Promote Physical Activity in Children with Acute Lymphoblastic Leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2016;63:684-9. doi:10.1002/pbc.25860
- 19.Hennemann-Krause L, Lopes AJ, Araujo JA, Petersen EM, Nunes RA The assessment of telemedicine to support outpatient palliative care in advanced cancer. *Palliat Support Care* 2015;13:1025-30.
- 20.ภพพร บวรทิพย์ และกฤตธีรา เพียรรักษัการ. บทบาทพยาบาลชุมชนในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ* 2562;25:14-22.
- 21.Castellano C, Cencerrado A. Reality: an emerging field in pediatric psycho-oncology requiring research. *Adv Mod Oncol Res Research* 2018;4:1-4. doi: 10.30564/amor.v4i6.195
- 22.Ramsey WA, Heidelberg RE, Gilbert AM, Heneghan MB, Badawy SM, Alberts NM. E Health and m Health interventions in pediatric cancer: A systematic review of interventions across the cancer continuum. *Psycho-oncology* 2019;29:17-37. DOI: 10.1002/pon.5280
- 23.สาขาเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. เครื่องเพ็ท/ซีที (PET/CT) [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ค. 2563]; เข้าถึงได้จาก: http://radiology.md.chula.ac.th/nuclearmedicine/?page_id=18

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมวินัย ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์

นิตยา กออิสรานูภาพ พย.ม.^{1*}

วรรณวิษา สำราญเนตร พย.ม.¹

เพชรลดา จันทรศรี พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเอชไอวีหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ถือเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและรุนแรงมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้งเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นแนวทางที่ยอมรับและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบัน ควบคู่กับการดูแลตนเองที่เหมาะสม การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

*Corresponding email: nittaya@smnc.ac.th

วันที่รับ (received) 17 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 พ.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ธ.ค. 2563

Applying Self-Management to Enhance Antiretroviral Medication Adherence among People Living with HIV/AIDS

Nittaya Kor-issaranuphab M.N.S.^{1*}

Wanwisa Samrannet M.N.S.¹

Petlada Chansri B.N.S.¹

Abstract

The human immunodeficiency virus or acquired immune deficiency syndrome is a critical illness. Its impacts are more complex and severe than other chronic illnesses. It affected HIV patients as well as people living with HIV/AIDS (PLWHs) including family members, community. Aside from that micro-frame, it also affected the holistic views of the national economy. Nowadays, antiretroviral medication is accepted and the most effective treatment for PLWHs along with the appropriate self-care. With good discipline and the application of patients' self-management, it enhanced the more consistent antiretroviral-medicine intake, among PLWHs.

Keywords: self-management, antiretroviral medication

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญในทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั่วโลกประมาณ 35.3 ล้านคน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.3 ล้านคน¹ ปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 439,610 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 5,529 คน ซึ่งในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า สัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่คือวัยผู้ใหญ่มากถึงร้อยละ 45²

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ได้รับเลือด และติดต่อจากแม่สู่ลูก เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องอันเนื่องมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง ร่างกายอ่อนแอ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย เป็นเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยวิกฤตรุนแรงและซับซ้อนมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน รวมทั้งเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ³

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา เพื่อลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์⁴ เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณไวรัสเอชไอวีให้ต่ำที่สุด ยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายไม่ให้ทำลายภูมิคุ้มกันโรค มีระดับ CD4 Lymphocyte สูงขึ้น ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ควบคุมอาการของโรคให้ช้าลง ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ยาวนาน และมีอัตราการเสียชีวิตลดลง ทั้งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{3,5} อย่างไรก็ตามการรักษาโดยใช้ยาจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการควบคุมตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นสำคัญนั้นหมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีวินัยในการรักษาอย่างเคร่งครัด ความมีวินัย (Adherence) หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือร่วมใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาตามแผนการรักษา และการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ⁶ อย่างไรก็ตาม

การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีข้อจำกัดมากกว่ายาชนิดอื่น กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีความรู้ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องและตรงเวลาไปตลอดชีวิต มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Medication adherence) อย่างน้อยร้อยละ 95 เพื่อป้องกันการดื้อยา การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีวินัย จะทำให้มีปริมาณยาต้านไวรัสในกระแสเลือดอยู่ในระดับคงที่ เพื่อให้สามารถกดปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดหรือไม่สามารถตรวจวัดได้ และคงอยู่ในระดับต่ำไปยาวนานที่สุด นั่นคือน้อยกว่า 50 copies/cm^3 จะทำให้การดำเนินเข้าสู่ระยะของโรคเอดส์ช้าลง อัตราการตายจากโรคเอดส์ลดลง^{1,7} และเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันของเม็ดเลือดขาวชนิด CD4⁸ ลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้ เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด⁵ ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจะทำให้ระดับยาไม่คงที่ เชื้อไวรัสเอชไอวีที่อยู่ในร่างกายสามารถเพิ่มกลับมาได้อีก จึงเกิดปัญหาการดื้อยาตามมา ซึ่งจะนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่ยังมีการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ตรงเวลา ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องทำให้ผลการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการดื้อยาต้านไวรัส มีอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้น รวมถึงยังพบอุบัติการณ์การตายเร็วขึ้น การดื้อยาต้านไวรัสทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถใช้ยาสูตรเดิมได้ ต้องเปลี่ยนไปรักษาสูตรใหม่ที่มีราคาสูงขึ้น อาจมีผลข้างเคียงที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จาก 16,356 บาท/ราย/ปี เป็น 120,000 บาท/ราย/ปี⁹⁻¹² ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วยปัจจัยหลัก 2 ด้านคือ ด้านตัวผู้ป่วยเองและด้านการดูแลรักษา ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะอาการเจ็บป่วย ฯลฯ ปัจจัยด้านการดูแลรักษา เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแล และการติดตามการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด^{9,13} ดังนั้น การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการรับประทานยา จึงเป็นประเด็นสำคัญ และปัจจุบันมีผู้ศึกษาโดยใช้แนวคิด

ต่าง ๆ มาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์^{3,14} เช่น การสนับสนุนจากสังคม จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น¹⁵ การส่งเสริมความมีวินัยในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีด้วยวิธีการสังเกตโดยตรง จากการเยี่ยมบ้านของพยาบาลทุก 3 - 4 วัน พบว่า การมีวินัยในการรับประทานยาด้านไวรัสเพิ่มขึ้นในระยะ 6 เดือนแรก แต่เมื่อติดตามไปในระยะ 1 ปี พบว่าความมีวินัยในการรับประทานยาด้านไวรัส ไม่แตกต่างจากวิธีการให้ผู้ป่วยบริหารยาด้วยตนเอง¹⁶ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติด้วยตนเอง หรือจัดการด้วยตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เหมาะสม ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังได้ จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ เพราะการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมอาการของโรคได้¹⁷ ดังนั้น เป้าหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี คือการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถจัดการตนเองในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างเหมาะสม และจะต้องเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความสะดวกของผู้ป่วยมากที่สุด

แนวทางการจัดการตนเอง

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ยังไม่มีการให้ความหมายที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน¹⁸ Debbie Kralik และคณะ¹⁹ ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลรับผิดชอบและมีวินัยต่อแผนการรักษา รวมทั้งควบคุมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันได้ Julie Barlow และคณะ²⁰ ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถ ของบุคคลที่จะจัดการกับอาการ การรักษา และผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายและจิตสังคม พร้อมทั้งมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ การจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความสามารถในการติดตามอาการผิดปกติของตนเอง การรู้คิดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการตอบสนองต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของตนเองเพื่อบำรุงรักษาซึ่งความพอใจในตนเอง Kate R Lorig, Halsted Holman¹⁸ ให้ความหมายว่า เป็นกลยุทธ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ของแต่ละบุคคล ได้แก่ การติดตามภาวะสุขภาพ การศึกษาข้อมูลจากทีมสุขภาพ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการตนเองดังกล่าวได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับการรักษา การจัดการในบทบาท การจัดการด้านอารมณ์

Frederick H. Kanfer²¹ ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ใช้กำกับพฤติกรรมของตนเอง ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเกิดความล้มเหลวของการรักษา ซึ่งมีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) วิธีการรักษาอาจไม่มีประสิทธิภาพ 2) ผู้ป่วยจะเลยที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จึงได้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการจัดการตนเอง เพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง และการเจ็บป่วยมากขึ้น²²

สรุปได้ว่าการจัดการตนเองมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันตามลักษณะของการนำไปใช้ อาจจะเป็นรูปแบบของกระบวนการ วิธีการ กิจกรรม โดยมีระเบียบวิธีหรือขั้นตอนและอาจจะเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมหรือการกระทำ

การจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกตติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผลทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกต ติดตามและบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วยการติดตามตนเองทำให้บุคคลระมัดระวังตัวที่ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน

2. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการประเมินตนเอง

3. การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ ซึ่งการเสริมแรงอาจเป็นการเสริมแรงทางบวก

และ/หรือการเสริมแรงทางลบ โดยตัวเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของ (Material reinforcers) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social reinforcers) ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าการเสริมแรงทางลบ ในการจัดการตนเองวิธีที่ดีที่สุดในการเสริมแรงตนเองคือ ต้องเป็นวิธีที่ง่ายและตนเองมีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี สิ่งสำคัญคือแต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเอง การเสริมแรงที่ดีที่สุดคือต้องเสริมแรงทันที ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย ให้ความต้องการและเหมาะสมโดยไม่ทำให้เกิดปัญหา²³

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมวินัยในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีลักษณะเฉพาะ เป็นการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบซับซ้อนทั้งต่อบุคคลครอบครัวและสังคม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจความเป็นอยู่ และสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งเป็นโรคที่ถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการชะลอการดำเนินของโรคเท่านั้น การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการรับประทายา ซึ่งปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสคือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง จึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองและรับผิดชอบตนเองในการรับประทายาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ Frederick H. Kanfer²¹ กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนโดยบุคคลอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั้นเอง การจะปรับพฤติกรรมของบุคคลจะต้องอาศัยแรงจูงใจทำให้บุคคลยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะที่นำไปสู่การแก้ปัญหา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา บทความนี้จึงนำเสนอการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมวินัยในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมความพร้อม ประเมินเพื่อวางแผนการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีโดยรวมเกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละรายอย่างเหมาะสม เตรียมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีความพร้อมในการจัดการตนเองเพื่อสร้างวินัย

ในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ โดยการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้และค้นหาวิธีการที่จะช่วยแก้ไขปัญหการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอด้วยตนเอง ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีและการกำหนดเป้าหมายในเรื่อง 1) การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ และ 2) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี^{3,22-24}

1.1 การให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นรายบุคคลโดยครอบคลุมในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา 2) ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์²⁵ 3) ชนิดของยา วิธีการรับประทานยาและอาการข้างเคียงของยา 4) วิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา 5) วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสรับประทานยา 6) ผลจากการสัมผัสรับประทานยาและหยุดยาเอง 7) อภิปรายเกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶ พยาบาลผู้ให้ความรู้มีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและแนวทางการแก้ไขปัญหตามวิธี การจัดการตนเองหรือแนวทางแก้ไขปัญหอื่น ๆ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คิดว่าเหมาะสมกับตนเอง และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะแก้ไขปัญหความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยตนเอง

1.2 กำหนดเป้าหมายในเรื่อง 1) การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ โดยการพูดคุยเพื่อสร้างสัญญากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้มีความพยายามในการแก้ปัญหที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ และพยายามหาแนวทางในการแก้ไข และ 2) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี กำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เช่น ต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 หรือไม่ขาดยาแม้แต่ครั้งเดียว

2. ระยะส่งเสริมการจัดการตนเอง ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง และเสริมแรงเป็นระยะ เป็นการช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีทักษะหรือวิธีการเพื่อจัดการกับปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ค้นหาปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องใช้เทคนิคการกำกับตนเองที่บ้าน โดยการสังเกตและบันทึกอาการผิดปกติ พร้อมทั้งวิเคราะห์พฤติกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมลงบันทึกพฤติกรรมดังกล่าวในสมุดบันทึกของตนเอง และประเมินตนเองทุกวันอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลสาธิตให้ดูและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและสนับสนุนในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หลังเข้าร่วมโครงการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.40 เป็นร้อยละ 99.73³ เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ในการฝึกการสร้างวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีประกอบด้วย

2.1 การติดตามตนเอง (self-monitoring) การติดตามพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของตนเอง โดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ บันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีทุกเวลาและทุกวันเพื่อเป็นการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี สังเกตและบันทึกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีและวิธีการแก้ไข หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอในด้านอื่น ๆ ผู้ป่วยสามารถปรึกษาพยาบาลได้ตลอดเวลา และจดบันทึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอลง ในสมุดบันทึก รวมทั้งวิธีการแก้ไขเพื่อนำมาอภิปรายอีกครั้งเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มาพบพยาบาลตามนัด นอกจากนี้พยาบาลติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ จากการศึกษาของ ฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์²³ พบว่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อเป็นการกระตุ้นการติดตามตนเอง รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการจัดการตนเอง และสิ่งที่ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอ

2.2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) การประเมินพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของตนเอง เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเมินตนเองว่าสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอได้หรือไม่ และเปรียบเทียบ พฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยให้มีการประเมินตนเองทุกวันเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีให้เป็นไปตาม เป้าหมายที่กำหนดในกรณีที่ประเมินตนเองแล้วพบว่าความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา ต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.3) การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) ในขั้นตอนนี้ พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้รางวัลกับตนเองเมื่อสามารถ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างสม่ำเสมอตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การเสริมแรงอาจมีลักษณะไม่เปิดเผย เช่น การชื่นชมตนเองในใจ ความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง และการแสดงออกอย่างเปิดเผย เช่น เมื่อรับประทานยาต้านไวรัส เอชไอวีได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ก็จะมีติดเชื้อมากขึ้นโอกาส ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับบุคคลในครอบครัวได้อย่างปกติ หรืออาจจะ ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านกับคู่สมรส การไปดูหนัง การไปเที่ยว การซื้อของที่ต้องการ เป็นต้น ในส่วนของพยาบาลมีการเสริมแรงให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์โดยการโทรศัพท์หาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย

3. การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ ระยะติดตามผล การปฏิบัติการในการจัดการตนเองและการประเมินผลเป็นการติดตาม ให้การช่วยเหลือและเน้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการปฏิบัติการจัดการ ตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เช่น ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ต้านไวรัสเอชไอวี การประเมินระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte พร้อมทั้งทบทวน ความรู้หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีข้อสอบถามหรือข้อสงสัยพยาบาลอธิบาย เพิ่มเติม และติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย พยาบาลและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและแก้ไข ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติได้

ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พยาบาลให้การเสริมแรงทางบวก จากการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความต่อเนื่องในการกินยา สามารถเพิ่มแรงจูงใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้²⁷ พร้อมทั้งกระตุ้นให้เห็นประโยชน์จากการปฏิบัติ พฤติกรรมการสังเกตและการบันทึกของตนเอง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คง พฤติกรรมการจัดการตนเองต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

แนวทางการจัดการตนเองของแคนเฟอร์มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ เพื่อส่งเสริมวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ การประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องซึ่งจะทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเกิดประสิทธิภาพสูงสุดบรรลุเป้าหมายในการรักษา ส่งผลต่อการเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte ของร่างกาย ทำให้ระดับเชื้อเอชไอวีลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นบุคลากรและผู้ดูแลเน้นย้ำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเอง มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยควร ยอมรับในที่มีสุขภาพ และควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถจัดการตนเองได้อย่างมั่นใจ เกิดความยั่งยืนและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบผู้ป่วยนอก Ambulatory Care of HIV-infected Patients. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี : บริษัท บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2557.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562 – 2564. กรุงเทพฯ; 2562.

3. วรณัณิภา แสนสุภา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และดัชนีชี้วัดสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
4. Boucher LM, Liddy C, Mihan A, & Kendall C. Peer-led self-management interventions and adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV: a systematic review. *AIDS behavior* 2020;5:998-1022.
5. รำไพ หาญมนต์, นงเยาว์ เกษตรภิบาลและจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *พยาบาลสาร* 2556;40:40-9.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva. 2003.
7. Lawn SD, Kranzer K, & Wood R. Antiretroviral therapy for control of the HIV-associated tuberculosis epidemic in resource-limited settings. *Clin Chest Med* 2009;30:685-99.
8. Harrie K, Zachariah R, Manzi M, Firmenich P, Mathela R, Drabo J, & et al. Baseline characteristics, response to and outcome of antiretroviral therapy among patients with HIV-1, HIV-2 and dual infection in Burkina Faso. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2010;404: 154-61.
9. ชนิกา ศรีราช. พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
10. ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑทาศ, อุษณีย์ เทพวรชัยและ เยาวรัตน์ อินทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2553;4:1-11.

11. สุกนธำ คงคิลและคณะ การเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาล
ศูนย์/ทั่วไป ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ
สาธารณสุข 2554;5:485-94.
12. ศุภมาศ อุ๋นสากล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะล้มเหลวทางไวรัสในผู้ติด
เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลอากาศ
อำนวย จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 2558;
3:47-58.
13. Cote J, Godin G, Ramirez-Garcia P, Rouleau G, Bourbonnais A,
Gueheneuc Y, & et al. Virtual intervention to support self-management
of antiretroviral therapy among people living with HIV. J Med Internet
Res 2015;17:1-12. doi: 10.2196/jmir.3264
14. อัจฉรพรรณ คำยาดิ. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองอย่างมีส่วนร่วม
ต่อความสม่ำเสมอของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาล
บ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].
นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2553.
15. อารีพาน ะฮียีเต. การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเกาะติดการใช้ยา
ต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยจังหวัดนราธิวาส. วารสารโรคเอดส์ 2552;22:
11-21.
16. Sarna A, Luchters S, Geibel S, Chersich MF, Munyao P, Kaai S, & et al.
Short- and long-term efficacy of modified directly observed
antiretroviral treatment in Mombasa, Kenya: A randomized trial. J Acquir
Immune Defic Syndr 2008;48:611-9.
17. อารี เสนีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาล
ทหารบก 2557;15:129-34.
18. Lorig KR, & Holman HR. Self-management education: history,
definition, outcome, and mechanisms. Ann Behav Med 2003;6:1-7.
19. Kralik D, Koch T, Price K & Howard N. Chronic illness self-
management: taking action to create order. J Clin Nurs 2002;13:
259-67.

20. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, & Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic condition: Review. Patient Educ Couns 2002;48:177-87.
21. Kanfer FH. Helping people change: a textbook of methods. 2nd. New York : Pergamon Press; 1980.
22. Kanfer FH & Goldstein A. Self – management methods. In Helping People Change: A Textbook of Methods. New York: Pergamon Press; 1991.
23. สุภาณีฐาณี หาญณรงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
24. สุชาติตา เตื่องวิวัฒน์. การศึกษาและติดตามการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลมาบอำมฤติ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2558;29:161-9.
25. องค์กร ประจันเขตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ แผนกโรคติดเชื้อ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก 2555;65:95-102.
26. สุพัตรา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์วิสุทธิพันธ์และอรสา พันธุ์ภักดี. การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. วารสารพยาบาลรามา 2558;20:38-51.
27. ปันมัสรัก เฟื่องโพธิ์ทอง, นพรัตน์ ส่งเสริมและเผ่าไทย วงศ์เหลา. โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26:185-97.

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในการส่งเสริมภาวะพหุผลพหุผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในจังหวัดแห่งหนึ่ง

เกษร สายธนู พย.ม.^{1*}

เกษราภรณ์ เคนบุปผา Ph.D.²

ณิชา ว่องไว พย.ม.¹

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการในชุมชน การวิจัยนี้เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะพหุผลพหุผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของจังหวัดแห่งหนึ่ง จำนวน 198 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในการส่งเสริมภาวะพหุผลพหุของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และ 3) แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งเสริมภาวะพหุผลพหุของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.94) อายุระหว่าง 26-59 ปี ($\bar{X}$ = 41.5, S.D. = 9.76) ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงาน อยู่ระหว่าง 2-35 ปี ($\bar{X}$ = 16.2, S.D. = 8.48) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะพหุผลพหุผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.99, S.D. = .57) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = .55)

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

*Corresponding e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

วันที่รับ (received) 1 ก.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 ธ.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ธ.ค. 2563

ด้านความมั่นคงปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$, S.D.= .63) ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน พบว่า บทบาทในการส่งเสริมภาวะพหุผลพลึงสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตระบุไม่ชัดเจน และพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบงานหลายส่วน และส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากผลการศึกษา อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะนำไปสู่การพัฒนาการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ, ภาวะพหุผลพลึง, ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต

Professional Nurse Roles when Working in Primary Health Care Units for Promoting Active Ageing in Older People with Mental Health Problems at a Province

Kesorn Saithanu RN, MSN^{1*}

Kedsaraporn Kenbubpha RN, Ph.D.²

Nicha Wongwai RN, MSN¹

Abstract

Professional nurses working in primary health care units are important health personnel in promoting health for clients in the community. This study was performed to study the roles of professional nurses working with older people with mental health problems in primary health care units. The participants were 198 registered nurses working in primary health care units in a province. They were recruited by stratified random sampling. Questionnaires were employed to collect the demographic data, professional nurse roles, problems, and barriers registered nurses facing in regard to active ageing in older people with mental health problems. The reliability of the roles of professional nurse questionnaire was .84. Data were analyzed using descriptive statistics. The majority of the sample were female, approximately 93.94 %, and aged between 26–59 years old ($\bar{X} = 41.5$, S.D. = 9.76). They had experience working in primary care units of between 2–35 years ($\bar{X} = 16.2$, S.D. = 8.48). The overall score for nursing practice for promoting active ageing in this group ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = .57). Considering in each component of active aging among that samples, the highest average score ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .55) for participation component. The lowest

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

²Prasimahabodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani province

*Corresponding e-mail: kesorn.s@ubu.ac.th

average score ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = .63) for security component. The problems and barriers nurses faced in their in nursing practice were nonspecific regarding the policy for promoting active ageing in this group. Consequently, the nurses' roles in their working at the primary care units was not clear, and the nurses revealed there were issues with work overload because of their variety of responsibilities. Most of them have not received any specialized training in mental health and psychiatric nursing. The study revealed that nurses should be encouraged to develop their nursing potential related to caring for the elderly with mental health problems. As a consequence, the development services in primary care unitsshould be improved to provide adequate training for the nursing staff to ensure their capacity to care of older people.

Keywords: registered nurse's roles, active ageing, older people with mental health problems

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2564 ด้วยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2578¹ ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการในทางเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม ทำให้พบปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดจากการปรับตัวเชิงลบต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามวัย² ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางที่เสื่อมถอยลง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความจำแย่ลง ทำให้มีข้อจำกัดหรือปัญหาในการดำเนินชีวิต และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงอาจทำให้มีมุมมองต่อตนเองด้านลบ รู้สึกไร้ค่า นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้³⁻⁴ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุที่เกิดจากการสูญเสียและการพลัดพรากของคู่ชีวิต ญาติสนิทหรือเพื่อนฝูง เกิดความเหงา ขาดที่พึ่งทางใจ ขาดคนพูดคุยปรึกษาหารือให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมซึ่งผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่จากเดิมที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว ช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่างต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย ไม่ได้รับการเคารพนับถือจากบุตรหลาน²⁻³ วัยสูงอายุจึงมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และองค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 5) และภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 3.8) จากการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย พ.ศ.2558 พบว่า ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น⁵ และจากผลสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33 เป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 6⁶ และมีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าได้ในอนาคต⁷ รวมทั้งมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 13.2⁸ นอกจากการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเองแล้วยังมีผลต่อผู้ดูแลและครอบครัว รวมถึงการจัดระบบการบริการสุขภาพ เนื่องจากจะทำให้กระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วย⁹ ซึ่งการลดความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบดังกล่าว กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการส่งเสริม

สุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา และมุ่งเน้นในระดับปฐมภูมิ โดยมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จนถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการทำงานด้านสุขภาพจิต¹⁰ ต่อมาจึงเริ่มมีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพหุพลังแก่ผู้สูงอายุ¹¹⁻¹²

แนวคิดภาวะพหุพลังผู้สูงอายุ (Active aging) ขององค์การอนามัยโลก มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้มีศักยภาพและเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม¹³ ภาวะพหุพลัง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคงปลอดภัย (Security) ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดจากการมีภาวะพหุพลัง ประกอบด้วย การมีสุขภาพทางกายที่ดี การมีสุขภาพทางจิตที่ดี และการมีเครือข่ายทางสังคม (เพื่อน เพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน) โดยเน้นการคงไว้ซึ่งการมีอิสรภาพ การพึ่งพาตนเอง และมีความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งของคนระหว่างวัย¹⁴ การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีภาวะพหุพลังเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพ⁷ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลังในระดับสูง มีสุขภาพกายดี ช่วยเหลือตนเองได้ได้ตามอัตภาพ สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้ลดภาระพึ่งพิงของผู้สูงอายุในสังคมส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การมีความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สามารถวางแผนการใช้ชีวิตและหารายได้ของตนเองเท่าที่ความสามารถมีอยู่ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงและมีสุขภาพจิตที่ดี¹⁵⁻¹⁶ ในประเทศไทยปัจจุบันแนวคิดพหุพลังนี้มีการบรรจุอยู่ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาในเชิงนโยบายระดับชาติ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ¹⁶ ซึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานบริการสุขภาพ และองค์กรต่าง ๆ ทุกภาคส่วน¹⁷ และการเตรียมบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตอบสนองความต้องการเฉพาะของประชากรสูงอายุ⁷

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ขอบเขตและหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงานและด้านการบริการ โดยปฏิบัติงานอยู่บนพื้นฐานของการให้บริการแบบผสมผสาน เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงวัย ทั้งประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงและผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ¹⁸ ในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพต้องใช้ประสบการณ์ ความชำนาญ ความสามารถทางวิชาการและการพยาบาลด้านต่าง ๆ¹⁹ จะเห็นได้ว่า การศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงปัญหาในปฏิบัติงานจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เนื่องจากจะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณภาพมากขึ้น จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนค่อนข้างน้อย และยังไม่พบการศึกษารoles บทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการส่งเสริมภาวะพลฒพลหลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในเรื่องดังกล่าว โดยทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ในการให้บริการวิชาการของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนประชากรสูงอายุสูงมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 12.30, 12.66 และ 13.10 ตามลำดับ²⁰

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารoles บทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการส่งเสริมภาวะพลฒพลหลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในปฏิบัติงาน ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำเสนอเชิงนโยบายเพื่อการสนับสนุนการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทในการส่งเสริมภาวะพหุผลของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมภาวะพหุผลของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการส่งเสริมภาวะพหุผลของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก¹³ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต ตลอดจนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การมีสุขภาพที่ดี (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบหลักของภาวะพหุผลจะมีรายด้านย่อย ได้แก่ สุขภาพทางกายและทางจิต งานอดิเรก การศึกษา หลักประกันความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน เป็นต้น และงานวิจัยนี้มีการทบทวนบทบาทพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามลักษณะงานที่ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ครอบคลุมด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงานและด้านการบริการ โดยการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ¹⁸

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 198 คน จากพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งสิ้น 389 คน ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 317 แห่ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

โดยใช้เขตพื้นที่สาธารณสุขของจังหวัดอุบลราชธานี 4 เขต เป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ และคำนวณหาสัดส่วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่สาธารณสุข 1-4 คือ 68, 40, 50 และ 40 คน ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการทำการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขรับรอง UBU-REC-38/2559 วันที่ 10 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2560 ผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยแก่ผู้อื่นทราบ และเป็นการนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเพื่อมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเลือกตอบและเติมข้อความสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานพยาบาล ปฐมภูมิที่ทำงาน ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บทบาทหน้าที่หลักที่ได้รับมอบหมายในหน่วยงาน ประสบการณ์การพยาบาลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือการส่งเสริมภาวะพลผลังผู้สูงอายุ และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

2. แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะพลผลังของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาจากแบบสอบถามของ Kedsaraporn Kenbubpha, et al²¹ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 29 ข้อ เป็นมาตรวัดระดับประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 7 ข้อ ด้านการศึกษา จำนวน 3 ข้อ ด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ ด้านนันทนาการเพื่อการพักผ่อน จำนวน 4 ข้อ และด้านความมั่นคงปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ แบ่งระดับคะแนนค่าเฉลี่ย เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1.00 – 2.00) ระดับปานกลาง (2.01 – 3.00) ระดับมาก (3.01 – 4.00) และระดับมากที่สุด (4.01 – 5.00)

3. แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นข้อคำถามปลายเปิดแบบเติมข้อความ จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนหรืองบประมาณ และด้านบุคลากร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเป็นพยาบาลปฏิบัติงานชั้นสูง จำนวน 1 คน หลังจากนั้นดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบสอบถามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 ส่วนแบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความสมบูรณ์และชัดเจนก่อนนำไปทดลองใช้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่ง ในแต่ละเขตพื้นที่ นัดหมายเพื่อติดต่อขอพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มีการประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอของแต่ละอำเภอ และบางส่วนผู้วิจัยได้นัดหมายและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนทันทีเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลบทบาทในการปฏิบัติงานส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน
2. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ในประเด็นของการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.94) สถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 92.93) อายุ ระหว่าง 26-59 ปี ($\bar{X} = 41.5$, S.D. = 9.76) ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ ต่ำสุด เท่ากับ 2 ปี สูงสุดเท่ากับ 35 ปี ($\bar{X} = 16.2$, S.D. = 8.48) ลักษณะของหน่วยงานเกือบทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 96.97) และมีเพียงส่วนน้อยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (ร้อยละ 3.03) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประสบการณ์การให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ร้อยละ 91.41) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือการส่งเสริมภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ (ร้อยละ 87.37)
2. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ ด้านนันทนาการเพื่อการพักผ่อน และด้านความมั่นคงปลอดภัย พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.99$, S.D. = .57) และเมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่าด้านการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = .55) รองลงมาคือ ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = .47) และต่ำสุดคือ ด้านความมั่นคงปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = .63) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตามบทบาทของ
พยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต
(n = 198)

รายการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วม (Participation)			
1.จัดกิจกรรม/มีการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	4.46	.50	มากที่สุด
2.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางประเพณี วัฒนธรรม	4.23	.42	มากที่สุด
3.ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน	4.15	.53	มากที่สุด
4.สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมทางการเมืองทั้งระดับประเทศและท้องถิ่น	3.85	.66	มากที่สุด
5.ส่งเสริมให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ	4.31	.46	มากที่สุด
6.จัดกิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาไทย	3.92	.73	มาก
7.ส่งเสริมการร่วมกิจกรรมลักษณะจิตอาสา	4.15	.53	มากที่สุด
เฉลี่ยรายด้าน	4.15	.55	มากที่สุด
ด้านการศึกษา (Education)			
8.ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาตลอดชีวิต เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น	3.85	.53	มาก
9.สนับสนุน/แนะนำการอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะด้านการหารายได้	3.77	.58	มาก
10.จัดกิจกรรมอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะการดำรงชีวิต	3.92	.73	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	3.85	.61	มาก
ด้านสุขภาพ (Health)			
11.จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น ออกกำลังกาย เป็นต้น	4.54	.50	มากที่สุด
12.ประเมินสุขภาพกายและคัดกรองโรคทางกาย เช่น ตรวจสุขภาพประจำปี ประเมินภาวะติดเตียง เป็นต้น	4.62	.49	มากที่สุด
13.จัดกิจกรรมการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม เป็นต้น	4.15	.36	มากที่สุด

รายการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
14.ติดตามเยี่ยมบ้าน เช่น โรคทางจิตเวช พิกัด เดินไม่ได้ ไม่มีญาติ ปัญหาติดเตียง เป็นต้น	4.23	.42	มากที่สุด
15.ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ เช่น การสังเกตอาการจิตเวชเบื้องต้น การจัดการ ความเครียด เป็นต้น	4.08	.27	มากที่สุด
16.จัดกิจกรรมการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ให้เล่าความภาคภูมิใจในอดีต เป็นต้น	4.23	.42	มากที่สุด
17.จัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความสุขสงบเพื่อปรับ ความคิด ผิกสติหรือสมาธิบำบัด	4.23	.42	มากที่สุด
18.ให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลสุขภาพกายของ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โภชนาการ การ รับประทานยา เป็นต้น	4.08	.47	มากที่สุด
19.ให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิต/การรักษาพยาบาล	3.77	.70	มาก
20.จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความสัมพันธ์ใน ครอบครัว เช่น การทำครอบครัวบำบัด การให้ คำปรึกษาครอบครัว เป็นต้น	3.62	.49	มาก
21.จัดกิจกรรมการตรวจสุขภาพฟันสำหรับผู้สูงอายุที่มี ปัญหาสุขภาพจิต เมื่อพบปัญหาให้มีการรักษาและส่งต่อ	3.85	.66	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	4.13	.47	มากที่สุด
ด้านนันทนาการเพื่อการพักผ่อน (Leisure)			
22.ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าร่วมกิจกรรม นันทนาการภายในชุมชน เช่น การแสดงหมอลำ การพ้อนรำ เป็นต้น	4.31	.46	มากที่สุด
23.ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าร่วมกิจกรรม นันทนาการภายนอกชุมชน เช่น การท่องเที่ยว เป็นต้น	3.62	.49	มาก
24.ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าร่วมเพื่อ เสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างชุมชนใกล้เคียง เช่น การแสดงหมอลำระหว่างหมู่บ้าน เป็นต้น	4.00	.68	มาก

รายการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
25.ให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในการทำงาน อดิเรกที่เหมาะสม เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น	4.15	.53	มากที่สุด
เฉลี่ยรายด้าน	4.02	.54	มากที่สุด
ด้านความมั่นคงปลอดภัย (Security)			
26.ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหา สุขภาพจิตได้รับสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยัง ชีพ สวัสดิการชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น	4.23	.42	มากที่สุด
27.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออมเงินแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหา สุขภาพจิต	3.69	.46	มาก
28.ให้ศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่มี ปัญหาสุขภาพจิต	3.77	.89	มาก
29.ส่งเสริม/สนับสนุนให้จัดสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ปลอดภัย เช่น ปรับปรุง สภาพภายในบ้านเพื่อลด/ป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น	3.62	.74	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	3.83	.63	มาก
เฉลี่ยทุกด้าน	3.99	.57	มาก

3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งเสริมภาวะพหุผลของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านนโยบาย พบว่า การส่งเสริมภาวะพหุผลยังไม่มีเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่เป็นการทำงานภายใต้กิจกรรมหรือโครงการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโดยรวม แต่มีการจัดกิจกรรมหรือโครงการอย่างต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมสุขภาพกายและจิตร่วมกัน แผนงานหรือเป้าหมายในการดำเนินด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่เฉพาะและขาดความชัดเจน เป็นงานที่ถูกแฝงอยู่กับงานส่วนอื่น 2) ด้านทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนหรืองบประมาณ พบว่า งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุไม่เพียงพอ และ 3) ด้านบุคลากร มีข้อมูลที่ระบุว่า จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงาน เช่น “พยาบาลหนึ่งคนต้องรับผิดชอบงานหลายด้านทั้งงานเวชปฏิบัติ งานยาเสพติด งานส่งเสริมป้องกัน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตได้เต็มที่” “ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ทำให้ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต” เป็นต้น ซึ่งพยาบาลยังต้องการในการพัฒนาความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน อันได้แก่ การประเมินปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การสื่อสารเพื่อการบำบัด จิตบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การให้คำปรึกษา หรือการให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและเจ็บป่วยทางจิตเวชต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคติดสุรา เป็นต้น และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้สูงอายุ

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะพหุพลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องทำงานเชิงรุกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้องค์ความรู้และศาสตร์ทางการพยาบาลที่ผสมผสานในการดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมภาวะพหุพลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต พยาบาลต้องเข้าใจแนวคิดภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ ต้องเข้าใจการทำงานสุขภาพจิตชุมชน และต้องมีความรู้ ทักษะด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช²²⁻²³ รวมถึงต้องวางแผนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมด้วย²⁴

การปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะพหุพลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วม โดยพยาบาลวิชาชีพสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางประเพณี วัฒนธรรม และส่งเสริมให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีภาวะซึมเศร้า มีพฤติกรรมแยกตัว รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น สามารถรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น⁴ เพราะการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน จึงส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้และเกิดภาวะพหุพลัง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ

เกิดจากการสร้างศรัทธาในพลังของผู้สูงอายุโดยต้องสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุรับรู้ด้วยตนเองว่าได้รับการยอมรับอย่างแท้จริง¹¹

ส่วนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา คือ ด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.13$, $SD = .47$) เป็นการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในด้านการปฏิบัติการและด้านการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ¹⁸ และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติบทบาทในการดูแลสุขภาพกายมีความโดดเด่นกว่าการดูแลสุขภาพจิต จึงไม่สอดคล้องกับแนวคิดภาวะพัฒนาพลังของผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต¹² ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลด้านการดูแลสุขภาพจิต อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานพยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เพราะปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตเวชนั้นมีลักษณะเป็นนามธรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.41) ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงส่งผลกระทบต่อความพร้อมและความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับผลการศึกษาความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความพร้อมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับน้อยที่สุด²⁵ พยาบาลวิชาชีพจึงควรได้รับการพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยให้ไปไปตามมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นั่นคือต้องสามารถคัดกรองสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะสมองเสื่อมรวมทั้ง ให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้²⁶ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมภาวะพัฒนาพลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ด้านความมั่นคงปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติต่ำที่สุด คือ ($\bar{X} = 3.83$, $SD = .63$) อาจเนื่องจากด้านความมั่นคงปลอดภัย พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ประสานกับหน่วยงานอื่นๆ มากกว่าเป็นผู้ปฏิบัติโดยตรง อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพควรปฏิบัติบทบาทด้านนี้มากขึ้นโดยเน้นส่งเสริมให้มีการจัด

สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

จากการที่ประเทศไทยกำลังจะเป็นกลายสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 ขนาดของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตจึงอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่มีการส่งเสริมภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในภาพรวม เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ²⁷ นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านต่างๆค่อนข้างมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตหรือส่งเสริมภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ ทั้งยังก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า เป้าหมายในการปฏิบัติงานอีกด้วย^{25,28} ดังนั้น การสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทของการส่งเสริมภาวะพหุพลังผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตแบบเฉพาะเจาะจง และควรพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับพยาบาลวิชาชีพหรือมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมทั้ง จัดหาจำนวนบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เพียงพอต่อภาระงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เช่น การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การสื่อสารเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษา หรือการให้คำแนะนำ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและเจ็บป่วยทางจิตเวชต่าง ๆ และการใช้ยาทางจิตเวชในผู้สูงอายุ เป็นต้น
2. ควรกำหนดนโยบายการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เฉพาะเจาะจงในการบริหารจัดการบุคลากรหรือจัดสรรอัตรากำลังที่เพียงพอ เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตความรับผิดชอบ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมภาวะพฒณพลังของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ เพื่อให้มีรูปแบบในการส่งเสริมภาวะพฒณพลังของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนทุนการวิจัย และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. วัชรกรณ ชิวโคภิชฐ. สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์ 2562;6:39-54.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
3. Touhy TA, Jett K F. Ebersole and hess' gerontological nursing & healthy aging. USA: Elsevier Inc. Printing; 2014.
4. นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2559;15;24-38.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจสุขภาพจิต(ความสุข)ของคนไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2559.
6. ญัฐพรรณ เรืองศิริสรณ์. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี:โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์; 2559.
7. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. 2017. [cited 2019 July 24]. Available from:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

8. สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ, อีรศักดิ์ สาตรา, วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63:89-98.
9. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. พญาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. กรุงเทพฯ: สมาคมพญาวินยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2560.
10. เมธี วงศ์วีระพันธ์. การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชุมชนต้นแบบ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2559;47:38-47.
11. หฤทัย กงมหา, กรรณิการ์ หาญสูงเนิน, วิไลพร รังควัต และประทุม กงมหา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม 2561;ฉบับพิเศษการประชุมพยาบาลครั้งที่ 25:54-62.
12. ฐานญา สมภู และคณิต เขียววิชัย. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุไทย. วารสารศิลปะประยุกต์ 2562;12:35-45.
13. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
14. ประลักษ์ โอบาสันนท์. การพยาบาลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. พะเยา: โรงพิมพ์ดาวเหนือ; 2559.
15. มาสรีน ศุกลบัณฑิ และกรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ. องค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560;11:53-63.
16. ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;30:83-92.

- 17.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ดัชนีดัชนีพัฒนาพลังผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2560.
- 18.วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทน์ไทย. คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง; 2556.
- 19.จิรณัฐ ชัยชนะและกัญญดา ประจุศิลป์. การศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;19:193-202.
- 20.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สถิติสาธารณสุข ปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.phoubon.in.th/html/data>.
- 21.Kenbubpha K, Higgins I, Chan W-CS, Wilson A. Promoting active ageing in older people with mental disorders in communities: Development and testing of a survey instrument. Proceedings of the 15th National Conference of Emerging Researchers in Ageing, The Australian National University; 2016 31 Oct-1 Nov; Canberra, Australian; 2016.
- 22.ชลกร ทรงศรี. การปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุตรธานี.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2556;31:176-82.
- 23.ทศฯ ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤติยวรรณ. พยาบาลกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2562;33:1-12.
- 24.วิลาวรรณ คริสต์รักษา และทิพย์ภา เชษฐ์เชื้อวลิต. บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ: มิติจิตวิญญาณ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ2561;36:6-14.
- 25.สิรانی ประเสริฐยศ, วันดี สุทธรังสี และณอมศรี อินทนนท์. ความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558;35:101-18.
- 26.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก
[http://203.157.123.7/ncdmhda/wp-content/uploads/2018/04/](http://203.157.123.7/ncdmhda/wp-content/uploads/2018/04/มาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต-รพ.ส. pdf)
มาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต-รพ.ส. pdf

27. Kenbubpha K, Higgins I, Chan W-CS, Wilson A and Chan S. Testing psychometric properties of a new instrument ‘Promoting Active Ageing in Older People with Mental Disorders Scale’ from a cross-sectional study. Japanese Psychogeriatric Society 2019;1-14.
doi:10.1111/psyg.12415.
28. อติญาณ์ ศรเกษตรริน, อรวรรณ สัมภาวะมานะ และกาญจนา สุวรรณรัตน์. การปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารกองการพยาบาล 2553;37:52-63.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่ และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอยะรัง

จังหวัดอุบลราชธานี

สิริพันธุ์ ปัญญาพงศ์ พย.บ¹, กุลชญา ลอยหา ปร.ด.²,
สุภาพร ใจการณ ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยมีความสำคัญมากและต้องอย่างทำต่อเนื่อง พ่อแม่และผู้ปกครองต้องเป็นหลักในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครองจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และทักษะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2) เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลอง 3) เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือพ่อแม่และผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย 72 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพ่อแม่ผู้ปกครอง เกี่ยวกับความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ($IOC = .76$, $KR-20 = 0.96$) ทักษะ ($IOC = .91$, $\alpha = 0.97$) และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($IOC = .93$, $\alpha = 0.97$) โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($IOC = .60 - 1.00$) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair t-test และ T-test แบบ Independent sample

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม ตำบลขามป้อม อำเภอยะรัง จังหวัดอุบลราชธานี

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

* Corresponding E-mail: Loyha2523@gmail.com

วันที่รับ (received) 23 เม.ย. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ส.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ธ.ค. 2563

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับความรู้ ทักษะ และทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของพ่อแม่และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน 2) ระดับความรู้ ทักษะ และทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของพ่อแม่และผู้ปกครองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ระดับความรู้ ทักษะ และทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของพ่อแม่และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงเด็ก สามารถนำโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ให้กับผู้ปกครองให้สามารถส่งเสริมเด็กให้มีพัฒนาการดี มีความรู้ และทักษะที่ดีกับการเลี้ยงเด็กวัยปฐมวัย

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย, ผู้ปกครอง, โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ

The Effectiveness of an Early Childhood Development Program in Khampom Sub-District, Kemmarat, Ubon Ratchathani

Siripan Punyayong B.N.S.¹ , Kunchaya Loyha Ph.D.^{2*} ,

Supaporn Chaigarun Ph.D.²

Abstract

The development of early childhood is an essential and perpetual process that requires attention from parents. Early childhood development programs for parents and guardians are intended to support children's early growth processes. This research intended to 1) assess and compare the knowledge, attitudes, and skills possessed among members of an experimental group and control group before participating in the early childhood development program, 2) assess the knowledge, attitudes, and skills the control group gained after participating in the developmental program, and 3) assess the knowledge, attitudes, and skills gained among the members of the control group after participating in the development program and determining the differences between outcomes of the experimental and control groups. Conducted as quasi-experimental research, the participants included 72 parents and guardians of young children. The research tools were 5-point rating scale questionnaires on nurturing in early childhood related to knowledge (IOC = .76, KR-20 = 0.96), attitudes (IOC = .91, α = 0.97) and skills (IOC = .93, α = 0.97) and the early childhood development program (IOC = .60 – 1.00). Statistical analysis included percentages, averages, standard deviations, paired t-tests, and Independent t-tests. Results indicates 1) there was no significant difference in the knowledge, attitudes, and skills between the experimental and control groups before using the program, 2) there was a significant difference (0.01) in the level of knowledge, attitudes,

¹ Khampom Subdistrict Health Promotion Hospital, Khemmarat, Ubon Ratchathani

² Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding E-mail: Loyha2523@gmail.com

and skills of the experimental group, and 3) there is a significant difference (0.01) between the two groups after using the program. The results are discussed and suggest that organizations related to early childhood care and development should engage parents and guardians to promote the use of early childhood development programs.

Keywords: early childhood, parents, program of early childhood development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาคนุชย์อย่างมีประสิทธิภาพต้องเริ่มต้นช่วงปฐมวัย เพราะเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านสมองและการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็ว วัยนี้เป็นโอกาสทองของการพัฒนาเด็ก สถิติพัฒนาการเด็กปฐมวัยขององค์การอนามัยโลก พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า 15-20 %¹ ส่วนในไทยในรอบ 15 ปีที่ผ่านมาพัฒนาการล่าช้า 30% เป็นจำนวนที่สูงมาก และยังพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลกระทบจากพัฒนาการล่าช้าคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีปัญหาสมาธิสั้น ออทิสติก และมีปัญหาด้านอารมณ์ ร้อยละ 15 เด็กไทยติดเกมร้อยละ 13 ระดับสติปัญญาของเด็กประถมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยที่ 90 ร้อยละ 28 มีเด็กไทยร้อยละ 48 สติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เมื่อปี 2559 ผลการตรวจวัดระดับไอคิวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 32 และพบว่ามีภาวะปัญญาอ่อนมากถึงร้อยละ 5.8² ในเขตสุขภาพที่ 10 มีระดับไอคิวต่ำสุดในประเทศ คือ 90.88 โดยเขตสุขภาพที่ 10 นี้ จังหวัดอุบลราชธานีมีค่าเฉลี่ยไอคิวต่ำที่สุด คือ 89.6 เป็นอันดับที่ 76 ของประเทศ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาจังหวัดอุบลราชธานีก็อยู่ที่อันดับที่ 72 ของประเทศไทย³ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไข

ตำบลขามป้อมมีปัญหาเรื่องเด็กมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดของอำเภอเขมราฐ สถิติการส่งต่อรักษา ในปี พ.ศ.2560 ร้อยละ 60 พ.ศ.2561 ร้อยละ 50 และ พ.ศ. 2562 ร้อยละ 50⁴ ซึ่งปี พ.ศ. 2560-2562 เป็นต้นมา ปัญหาเรื่องเด็กมีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 20 และ 36 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการเลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง ขาดความรู้และทักษะที่สำคัญในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เช่น ให้เด็กใช้โทรศัพท์ตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 1 ขวบ ไม่สามารถใช้คู่มืออนามัยแม่และเด็กหรือ DSPM การสื่อสารกับเด็ก การจัดอาหารหรือการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็ก ซึ่งมีผลทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้าและมีระดับสติปัญญาที่ต่ำ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาผู้เลี้ยงดูเด็กให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ของกลุ่มทดลอง

3. เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

โปรแกรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานีที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยและ ทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึง ทฤษฎีพัฒนาการทางสติ ปัญญาของ Jean Piaget ทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ของ Erikson แนวคิดเกี่ยวกับการ เสริมสร้างพลังอำนาจ แนวคิดการสอนและการสอนแบบมีแบบแผน ระยะเวลา 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่	1	นักปั้นมือทอง
สัปดาห์ที่	2	หนูโตแค่ไหน? รู้ไว้ไม่พลาด
สัปดาห์ที่	3	อาหารตามวัย ใส่ใจสุขภาพ
สัปดาห์ที่	4	กายซยับ ลับสมอง
สัปดาห์ที่	5	คิดเป็น เล่นภาษา
สัปดาห์ที่	6	นิทานเร่ใจ
สัปดาห์ที่	7	การสื่อสารเชิงบวก
สัปดาห์ที่	8	บ้านแสนรัก

ผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

1. ทักษะของพ่อแม่และผู้ปกครอง ที่มีส่วนส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. ทักษะของพ่อแม่และผู้ปกครอง ที่มีส่วนส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3. ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะคติและทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ปกครองหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง
2. ความรู้ ทักษะคติและทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ปกครองกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของเนื้อหา

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยและทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย รวมถึงทฤษฎีพัฒนาการทางสติ ปัญญาของ Jean Piaget⁵ ทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ของ Erikson⁶ นำมาสร้างเนื้อหาในโปรแกรม แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁷ แนวคิดการสอนและการสอนแบบมีแบบแผน เพื่อปรับการสอนในโปรแกรมให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากที่สุดซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

1. ทักษะคติของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ที่มีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. ทักษะของพ่อแม่ ผู้ปกครองที่มีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3. ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็น Quasi-experimental research แบบ Two group pre-post test เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แล้วแบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง มีการจัดกิจกรรมการสอนสัปดาห์ละ 50 นาที นาน 8 สัปดาห์ และอีกกลุ่มหนึ่งไม่ใช้โปรแกรม มีการวัดความรู้ ทักษะคติและทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ พ่อ แม่ และผู้ปกครอง ที่เลี้ยงเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีภูมิลำเนาที่ตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงที่ทำการวิจัย จำนวน 316 คน

2. กลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยความน่าจะเป็นของประสิทธิผลของโปรแกรม เท่ากับร้อยละ 15 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ใช้สูตรของกัลญา วานิชย์บัญชา⁸ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่น้อยกว่า 36 คน และใช้การสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วน ประชากรของแต่ละช่วงอายุ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรม ในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลข SSJ.UB2563-043 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมส่งเสริมพัฒนาการ และทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เครื่องมือ และคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือ	ลักษณะเครื่องมือ	IOC	Alpha, KR20
1. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้	จำนวน 40 ข้อแบบถูกผิดแบ่งเป็น 3 ระดับ, สูง = 32-40 คะแนน, ปานกลาง = 24-31 คะแนนต่ำ = 0-23คะแนน	0.76	0.96
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติ	จำนวน 20 ข้อ ตอบแบบระดับความเห็น 5 ระดับ (1-5) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 4.51-5.00 = ระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 =ระดับมาก, 2.51- 3. 50 = ระดับ ปาน ก ลาง , 1.51-2.50 = ระดับน้อย และ 1.00-1.51=ระดับน้อยสุด	0.91	0.97

เครื่องมือ	ลักษณะเครื่องมือ	IOC	Alpha, KR20
3. แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะ	จำนวน 20 ข้อ(แบ่งเป็น3 ระดับ 1 = ไม่ปฏิบัติ 2 = ปฏิบัติบางครั้ง 3 = ไม่เคยปฏิบัติ) แบ่งคะแนนคือ 2.51-3.00 = ดีมาก 1.51-2.5 = ปานกลาง และ 1.00-1.50 = ระดับน้อย	0.93	0.97

2. โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นโปรแกรมการสอนซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือการสร้างเสริมพลังอำนาจ⁹ กระบวนการสอนแบบมีแบบแผน และการทดลองฝึกปฏิบัติแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือและทดลองใช้เครื่องมือกับพ่อแม่และผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำนวน 30 คน (ตารางที่ 1)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเดือนมกราคม 2563 โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุม ดำเนินการวิจัยที่ห้องประชุมเอนกประสงค์โรงเรียนอนุบาลเทศบาลขามป้อม2 ทุกวันศุกร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม พ.ศ.2563 นานครั้งละ 50 นาที ต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์ตามเนื้อหาของโปรแกรม และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมมีการให้โปรแกรมในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติดังนี้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair t-test และ T-test แบบ Independent sample

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีลักษณะส่วนใหญ่อายุใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	31	86.1	28	77.8
ช่วงอายุ 41-50 ปี	11	30.6	11	30.6
สถานภาพสมรส	33	91.7	30	83.3
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	10	27.8	11	30.6
รายได้เฉลี่ยต่อคนไม่เกิน 10,000 บาท	28	77.8	28	77.8
อาชีพเกษตรกร	14	38.9	19	52.8
ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กเป็นแม่	22	61.1	18	50
ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กเป็นยาปู่	6	16.7	6	16.7
ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กเป็น ยายตา	5	13.9	5	13.9
ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กเป็นพ่อ	3	8.3	5	13.9
ไม่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	31	86.1	30	83.3
ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	30	83.3	29	83.3

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่และผู้ปกครองกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงไม่แตกต่างกันมาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอยะรัง จังหวัดอุบลราชธานี

รายการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้	25.14	4.22	26.22	3.88	1.270	.795
ทัศนคติ	3.93	0.45	3.95	.37	0.693	.522
ทักษะ	2.16	0.19	2.20	.18	1.847	.342

**P < .01

สรุปตารางที่ 3 ความรู้ ทักษะและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะและทักษะก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ของกลุ่มทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้	26.22	3.88	33.39	3.41	8.32	.00
ทัศนคติ	3.95	.37	4.47	.23	7.15	.00
ทักษะ	2.20	.18	2.72	.17	12.79	.00

**P < .01

สรุปตารางที่ 4 ความรู้ ทักษะและทักษะหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะและทักษะหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้	25.14	4.22	33.39	3.41	9.13	.00
ทัศนคติ	3.93	0.45	4.47	.23	6.408	.00
ทักษะ	2.16	0.19	2.72	.17	13.229	.00

**P < .01

สรุป ความรู้ ทักษะและทักษะหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันนัยสำคัญที่ .01

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีผลทำให้ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ของพ่อแม่และผู้ปกครอง หลังการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 33.39) ด้านทัศนคติ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.47) ด้านทักษะอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.72)

2. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการส่งเสริมพัฒนาการของพ่อแม่และผู้ปกครอง ทักษะ และทักษะ ของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ที่มีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ปกครอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการส่งเสริมพัฒนาการของพ่อแม่และผู้ปกครอง ทักษะ และทักษะของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ที่มีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ปกครอง พบว่า กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

1. จากการวิจัย พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีผลทำให้ระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการกิน กอด เล่น เล่า ของพ่อแม่และผู้ปกครอง หลังการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านทักษะอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยการที่ได้ข้อสรุปเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก แนวคิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ในการเรียนรู้ของเด็กนั้นสิ่งที่มีอิทธิพลได้แก่ สภาพแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ความสัมพันธ์และความสนใจของเด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ความสามารถต่างๆ ของเด็กถูกนำออกมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวความคิดของนิชชาภัทร ธนศิริรักษ์ และคณะ¹⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดปทุมธานี ในกลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นมีความรู้ในระดับดีมากโดยคะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็น ร้อยละ 93.33 จากการทดสอบค่าที่พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการกิน กอด เล่น เล่า ของพ่อแม่และผู้ปกครอง ทักษะ และทักษะ ของพ่อ แม่ และผู้ปกครอง ที่มีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ปกครอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก การเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของพ่อแม่และผู้ปกครอง มีการสอน

อย่างมีแบบแผน ซึ่งสอดคล้องกับ นที เกื้อกูลกิจการ¹¹ กล่าวว่า การจัดสถานที่หรือจัดกิจกรรม หรือจัดสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะและทักษะ และสามารถปรับตัวได้อย่างมีความสุข โดยผู้สอนและผู้เรียนอาจมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันโดยตรง หรือโดยผ่านสื่อต่าง ๆ หรืออาจผสมผสานกันก็ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนดया ศรีสุข¹² ได้ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเขาพนม พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเขาพนมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากทุกส่วน โดยเรียงจากมากไปน้อยได้แก่ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านร่างกายและสติปัญญา

3. ผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านการกิน กอด เล่น เล่า ของพ่อแม่และผู้ปกครอง ทักษะและทักษะของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ที่มีต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของพ่อแม่และผู้ปกครอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ เนื่องมาจากการพัฒนาตนเอง (Self development) หมายถึง บุคคลรับรู้ถึงเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งทำให้บุคคลมีความสามารถมากขึ้น ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of mastery) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเผชิญหน้ากับปัญหา ตลอดจนจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมาย ความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดีเมื่อตนเองมีความสามารถ ส่งผลให้กำลังในที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ ก่อกาญจนวงษ์¹³ ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการ การประเมินพัฒนาการโดยใช้บริบทเป็นฐานที่มีต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอนุบาล พบว่า 1) หลังการทดลองใช้กระบวนการของผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าผู้ปกครองกลุ่มควบคุม 2) ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังการทดลองใช้กระบวนการสูงกว่าก่อนการทดลอง 3) ผู้ปกครองที่เข้าร่วมส่วนมากมีความพึงพอใจในกระบวนการอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยควรเผยแพร่ในรูปแบบของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น E-Book เพื่อให้ผู้สนใจเข้าถึงได้ง่าย ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานเพียง 8 สัปดาห์ จึงขาดการติดตามการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ควรมีการติดตามความก้าวหน้าของพัฒนาการของเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และ วันนิสาห์ แก้วแข็งขัน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: ซีจีทูล; 2561.
2. สถาบันราชานุกูล. ผลการสำรวจ สถานการณ์ IQ เด็กไทย ปี 2559. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.rajanukul.go.th/preview-3958.html>
3. MGR online. อุบลฯ “เมืองนักปราชญ์” แต่ไอคิวเฉลี่ยเกือบที่โหล่ของชาติ ทุ่มงบสร้างแต่วัดถุ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/local/detail/9590000085592>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานอนามัยแม่และเด็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: www.phoubon.in.th
5. Piaget J. The construction of reality in the child. N.Y.: Ballantine Books ;1986
6. อันนิการณ สุญสินัย. ปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงเป็นหญิงรักหญิงในกรุงเทพมหานคร [ปริญญามานุษยวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
7. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1993;16:354-61.
8. กัลยา วานิชย์บัญชา. หลักสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
9. Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. J Adv Nurs 1996;23:305-13.

10. นิชชาภัทร ธนศิริรักษ์, วลัยนารี พรหมลา, อารีย์ มหุวรรณ และ
อัปสร ชานวิทิตกุล ผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก
สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561;4:76-84.
11. นที เกื้อกุลกิจการ. การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมือง
การพิมพ์; 2541.
12. รัตน์ตยา ศรีสุข. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ
เด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขาพนม [ปริญญาครุศาสตรศาสตรมหาบัณฑิต].
ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2556.
13. กมลรัตน์ ก่อกาญจนวงษ์. ผลของการใช้กระบวนการประเมินพัฒนาการโดยใช้
บริบทเป็นฐานที่มีต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการของ
เด็กวัยอนุบาล. สำนักงานวิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

แนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา

ณัฐธิดา สังฆะโร ว.ท. (ทันตกรรมประดิษฐ์)^{1*},

กิตติพร เนาว์สุวรรณ ศษ.ด.²,

นภชา สิงห์วีรธรรม ปร.ด.³

บทคัดย่อ

รังสีรักษาเป็นการรักษาที่มีความสำคัญยิ่งในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ อย่างไรก็ตามปริมาณรังสีที่สูงก่อให้เกิดผลข้างเคียงในช่องปาก หลังได้รับรังสีรักษา การดูแลสุขภาพช่องปากไม่ว่าจะเป็นระยะก่อน ระหว่างหรือหลังรังสีรักษา มีบทบาทสำคัญในการป้องกันผลแทรกซ้อนต่อฟันและอวัยวะในช่องปาก การวิจัยแบบผสมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ และศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ของแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา การดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสี โดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปประเด็น ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

¹โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

³วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

*Corresponding author: E-mail: Kongkhvan_59@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9595908

วันที่รับ (received) 9 พ.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ก.ค. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ธ.ค. 2563

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ 20 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะก่อนการให้รังสีรักษา ระยะระหว่างการให้รังสีรักษา และภายหลังจากการให้รังสีรักษาโรคมะเร็ง โดยแนวปฏิบัติ 15 ข้อ ใน 20 ข้อ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100 อีก 4 ข้อ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 90.9 ส่วนอีก 1 ข้อ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 72.7

ดังนั้นทันตแพทย์ ทันตบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสะเดาอาจพิจารณานำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาเป็นแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความถูกต้อง มีมาตรฐานเดียวกันส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการรักษา

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ, ทันตกรรม, รังสีรักษา, โรคมะเร็งศีรษะและคอ

The Clinical Practice Guidelines in Dentistry for Patients Receiving Radiation Therapy in Community Hospital: Case Study at Sadao Hospital in Songkhla Province

**Nattida Sangkaro Dip., Thai Board of Prosthodontics^{1*},
Kittiporn Nawsuwan Ed.D.², Noppcha Singweratham Ph.D.³**

Abstract

Radiation therapy was an important treatment, especially for head and neck cancers. However, exposure to a large amount of radiation was also associated with some patients' oral side effects. Giving oral care for cancer patients, regardless of the radiation treatment stage, played an important role in preventing complications to teeth and oral cavity. Thus, the purposes of this study were to provide treatment guidelines and to determine suitability, possibility, and to inform the benefits of such dental practice guidelines for patients with head and neck types of cancers currently receiving radiation therapy in a community hospital, a case study at Sadao hospital in Songkhla province. To the research design, there were two steps including, Step 1 which was to develop new dental practice guidelines for head and neck cancer patients by reviewing the concept, theory, and related studies and approval from three specialists. Step 2 which evaluated dental practice guidelines suitability and possibility by 11 specialists from a survey with close-ended and open-ended questions under the umbrella of the conventional dental practice and group discussion. The content results were analyzed qualitatively, and the numerical results were investigated through descriptive statistics including means and percentage.

¹Sadao Hospital, Songkhla

²Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

³Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology

*Corresponding author: E-mail: Kongkhvan_59@hotmail.com

The results showed that dental practice guidelines consist of 3 phases (e.g., pre-radiation period, during the radiation period, and post-radiation period) and 20 steps. Fifteen out of twenty steps of guidelines were 100% suitable, possible, and benefit the patients. Four steps were 90.9% suitable, possible, and benefit the patients. Another step was 72.7%.

Therefore, dentists and dental nurses in Sadao hospital and health care network may consider following these dental practice guidelines for accuracy and consistent standard to reduce complications severity after radiation therapy, which would improve the better quality of patients' life after the treatment.

Keywords: guideline, dentistry, radiation therapy, head and neck cancer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เป็นโรคที่เกิดจากเยื่อภายในบริเวณศีรษะและคอ ได้แก่ ช่องปาก โปรงหลังจมูก โปรงจมูก คอหอย ไซนัส กล่องเสียง ต่อมน้ำลาย ต่อมไทรอยด์ และต่อมน้ำเหลือง ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคามีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี ค.ศ. 2018 Bray และคณะ¹ พบว่ามะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งทั่วร่างกายจากสถิติทั่วโลก และพบได้บ่อยเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิงจากสถิติของประเทศไทย² เช่นเดียวกับสถิติของศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง (HOCC-PSU) หน่วยมะเร็งวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พบว่าโรคมะเร็งศีรษะและคอ มีอุบัติการณ์สูงเช่นกันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น³ ประกอบกับการรักษาปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยี ให้ผลการรักษาที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากที่ตรวจพบมะเร็งในระยะแรกมีโอกาสรักษาหายขาดหรือมีอาการทุเลาลง และมีชีวิตหลังการรักษาที่ยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยรังสีรักษาในบริเวณศีรษะและลำคอย่อมจะมีผลข้างเคียงต่อฟัน เนื้อเยื่อ กระดูกขากรรไกร และอวัยวะในช่องปากที่เกี่ยวข้องโดยรอบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งชั่วคราวหรือถาวร ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและการทำงานที่เปลี่ยนไปอันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วย

โรงพยาบาลสะเตาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ระดับ F2 มีทันตแพทย์ในแผนก 7 คน อยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ประมาณ 60 กิโลเมตร มักจะรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลดังกล่าวเพื่อตรวจวินิจฉัย เตรียมช่องปากผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนก่อนได้รับรังสีรักษา ดูแลอนามัยช่องปากตลอดช่วงของการได้รับการฉายรังสีจนไปถึงภายหลังเสร็จสิ้นการให้รังสีรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งฟื้นฟูสภาพในช่องปากภายหลังการรักษาโรคมะเร็งอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ การเป็นที่ปรึกษา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการเตรียมช่องปาก เช่น การถอนฟันก่อนได้รับรังสีรักษาและผลกระทบหลังการรักษาเสียก่อน ซึ่งจะช่วยลดความหวาดกลัว วิตกกังวลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการรักษา เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยดังกล่าว

ทันตแพทย์และทันตบุคลากรในฐานะเป็นส่วนหนึ่งในทีมที่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ จากการปฏิบัติงานพบว่า โรงพยาบาลสะเดามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 42 ราย ภายในระยะเวลา 6 ปีย้อนหลัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ก่อน ระหว่าง และหลังที่ได้รับรังสีรักษาของโรงพยาบาลที่ชัดเจน ยังพบการดูแลที่หลากหลายตามความถนัดของทันตแพทย์แต่ละคน ทันตแพทย์และทันตบุคลากรยังขาดทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดหลายด้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุม จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาของโรงพยาบาลสะเดาขึ้น เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐานเดียวกัน ปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมปลอดภัย ลดความวิตกกังวล และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการของแนวปฏิบัติทาง ทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed methods) ในลักษณะของการผสมผสานระหว่างวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) นำการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลสะเดา

2. ผู้วิจัยร่างแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการให้รังสีรักษา ระยะระหว่างการให้รังสีรักษา และภายหลังจากการให้รังสีรักษา

3. นำยกร่างรูปแบบแนวปฏิบัติไปตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์ทันตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 3 คน พบว่า มีข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติทั้งสามระยะในบางประเด็น จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ให้มีความถูกต้อง ครบคลุม และเหมาะสม พร้อมทั้งปรับกระบวนการของแนวปฏิบัติ ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ของแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 11 คน กำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเป็นทันตแพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาจารย์ประจำสถาบันอุดมศึกษา จำนวน 1 คน ทันตแพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลแม่ข่าย/โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ 4 คน ทันตแพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาวิทยาสตรมหาบัณฑิตสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลมะเร็ง

อุดรธานี จำนวน 1 คน ทันตแพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับประกาศนียบัตรชั้นสูง
สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน
ของจังหวัดสงขลา จำนวน 5 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการรับรองการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสะเดา ได้หมายเลขรับรอง
SDSK5/2562 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
โดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย
2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวม
แบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บ
รักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับ
หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา
โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมด
จะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เป็นแนวการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างประกอบด้วยแนวคำถาม 3 ข้อ
ได้แก่ 1) ความเหมาะสมที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน 2) ความเป็นไปได้
ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน 3) ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

2. แบบสอบถามเพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์
ต่อผู้รับบริการซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากแนวปฏิบัติประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ
ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามความคิดเห็น ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบและมีคำถาม
ปลายเปิดเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้
แนวปฏิบัติ เพื่อปรับใช้แนวปฏิบัติให้ตรงบริบทของโรงพยาบาล

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ
ได้แก่ อาจารย์ทันตแพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท (ขึ้นไป) ทางศัลยศาสตร์
ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .67 – 1.00
และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แจกแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประเมิน 10 - 15 นาที และใช้เวลาสนทนากลุ่มต่ออีก 30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม ผู้นำการสนทนากลุ่มสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มฟัง เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้อีกครั้ง แล้วจึงเก็บแบบสอบถาม ทั้งนี้ภายหลังกกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 11 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ของแนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปประเด็น

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: พัฒนาแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา จากการศึกษา ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลทางทันตกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ก่อนการรักษาโรคมะเร็ง มีวัตถุประสงค์หลักคือ ลดความเสี่ยงและ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ป้องกันและลดภาวะที่จะทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถรับการรักษาได้ครบถ้วน เช่น อาการปวด การติดเชื้อ และ ภาวะทุพโภชนาการ⁴⁻⁶ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและ คอ ก่อนการให้รังสีรักษา

1. แนวการดูแลก่อนการให้รังสีรักษา

1.1 เตรียมผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าถึงผลข้างเคียงของรังสีรักษาทั้งแบบเฉียบพลัน และระยะยาว รวมถึงวิธีการป้องกันและรักษา ดังนี้

1.1.1 ผลข้างเคียงของรังสีรักษาแบบเฉียบพลันได้แก่ ผิวหนังเป็นรอยปื้นแดง (Erythema skin) เยื่อช่องปากและคออักเสบ (Mucositis) การรับรสเสียไป (Loss or alteration of taste)

1. แนวการดูแลก่อนการให้รังสีรักษา

1.1.2 ผลข้างเคียงของรังสีรักษาแบบเรื้อรังได้แก่ ภาวะปากแห้ง (Xerostomia) ต่อม้ำลายอักเสบ (Sialadenitis) ฟันผุเปื่อยจากรังสี (Radiation caries) การติดเชื้อแคนดิดา (Oral candidiasis) ภาวะอ้าปากได้ยาก (Trismus) และประเด็นสำคัญคือต้องอธิบายให้เข้าใจเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อกระดูกตายหลังจากถูกรังสีรักษา (Osteoradionecrosis)

1.1.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีดูแลและหว่างรังสีรักษา เช่นต้องพยายามทำให้ช่องปากชุ่มชื้นอยู่เสมอเนื่องจากภาวะน้ำลายน้อย ปากแห้ง ต้องฝึกอ้าปากตั้งแต่เริ่มต้นรังสีรักษาเนื่องจากภาวะอ้าปากได้น้อยลงเนื่องจากกล้ามเนื้อแข็งจากรังสี เนื้อเยื่อได้ผิวหรือเยื่อหลอดความยืดหยุ่น ข้อต่อขากรรไกรมีการเปลี่ยนแปลง⁷⁻¹⁴

1.2 ตรวจสุขภาพช่องปากโดยละเอียดและแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ประเมินสภาพการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง เช่น ต่อม้ำลาย ข้อต่อขากรรไกร การอ้าปาก การเคี้ยว การกลืน ประเมินสภาพจิตใจและทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วย ถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรมเพื่อประเมินฟัน กระดูกรอบฟันและกระดูกขากรรไกร^{4-5,12,15-17}

1.3 แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันขนอ่อนนุ่ม ปลายขนแปรงโค้งมน ร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์วันละ 2-4 ครั้งหลังรับประทานอาหารทุกมื้อและก่อนนอน^{5,9,18}

1.4 ใช้น้ำยาบ้วนปาก 0.12% chlorhexidine gluconate วันละ 2 ครั้ง 1 สัปดาห์ก่อนการให้รังสีรักษา (เพื่อลดคราบจุลินทรีย์และลดการอักเสบของเหงือก)^{4,15-16}

1.5 แนะนำการใช้ฟลูออไรด์ (Topical Fluoride) เพื่อป้องกันฟันผุ^{7,9-10,12,14}

1.6 แนะนำเรื่องโภชนาการและอาหารที่ควรรับประทาน เป็นพวกคาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารที่ไม่ทำให้เกิดฟันผุหรือมีน้ำตาลชนิดอื่นเช่น sorbitol, xylitol และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในช่องปากเช่น อาหารหยาบแข็ง รสจัด ร้อน เหนียวติดฟันง่ายหรือมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่ควรดื่ม น้ำหวานหรือน้ำอัดลม^{9,11-12}

1.7 ข้อบ่งชี้สำหรับการถอนฟันก่อนฉายรังสี

1.7.1 ฟันที่อยู่ในบริเวณที่ต้องได้รับรังสี > 6000 cGy (การฉายรังสีเพื่อหวังผล)

1.7.2 ฟันที่มีรอยผุขนาดใหญ่ใกล้ทะลุโพรงประสาท ฟันที่บวมระลอก หรือฟันที่รักษารากหรือครอบไว้ไม่ดี

1.7.3 ฟันผุเหลือแต่ราก ฟันน้ำนมค้างอยู่ในช่องปาก

1.7.4 ฟันที่มีรอยโรคปลายราก ฟันที่มีการสูญเสียปลายรากฟัน หรือฟันที่รักษาคลองรากฟันไม่เสร็จสมบูรณ์

1.7.5 ฟันที่มีโรคปริทันต์ในระดับปานกลางหรือรุนแรงเช่น มีร่องลึกปริทันต์ ≥ 6 มม. ฟันโยก ฟันหลังมีการละลายของกระดูกง่ามรากฟัน

1.7.6 ฟันที่มี severe attrition หรือ severe abrasion หรือ fracture tooth ที่ไม่สามารถบูรณะได้

1. แนวการดูแลก่อนการให้รังสีรักษา

1.7.7 ฟันที่ไม่มีคู้สบ (จะมี overeruption ทำให้แผ่นคราบจุลินทรีย์และเศษอาหารมาติดสะสมได้เกิดฟันผุบริเวณด้านสัมผัสตามมา ซึ่งยากต่อการบูรณะ)

1.7.8 ฟันที่ผู้ป่วยทำความสะอาดไม่ถึง malposition supernumerary หรือ partial eruption

1.7.9 ฟันกรามซี่ที่ 3 ทั้งหมด ยกเว้นฟันคุดชนิดมีกระดูกปกคลุมทั้งหมด หากไม่มีพยาธิสภาพใด ๆ อาจพิจารณาเก็บไว้ได้ (เพราะอาจเกิดความไม่สมบูรณ์หลังผ่าฟันคุดและต้องรอแผลหายนานมากเกินไป)

เทคนิคการถอนฟัน ถอนให้เนื้อเยื่อบอบช้ำน้อยที่สุด (atraumatic technique) ควรทำร่วมกับการตัดกระดูก (alveolectomy) ที่คมออก และเย็บแผลแบบปิด (primary closure) ควรถอนทีละ 1 หรือมากกว่า 1 quadrant ถ้าทำได้ แนะนำให้ถอนฟันให้เสร็จก่อนที่ได้รับรังสีรักษาอย่างน้อย 14 วัน (ดีที่สุดคือ 21 วัน) เพื่อให้เกิดการหายของแผลในระยะแรก และระหว่างรอแผลหายผู้ป่วยควรได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งอาจนำไปสู่การไม่หายของแผล ประเด็นสำคัญคือต้องเตรียมช่องปากผู้ป่วยให้เร็วที่สุด พร้อมสำหรับการฉายรังสี เพราะมะเร็งอาจมีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว^{5,9-12,14-16,19}

1.8 การบูรณะ สำหรับฟันที่มีการพยากรณ์โรคดี แนะนำให้ดูแลด้วยวิธีอนุรักษ์ (conservative approach) แนะนำให้ใช้วัสดุอุดฟันชนิด glass-ionomer ที่สามารถปล่อยฟลูออไรด์ได้และยับยั้งฟันผุ (fluoride release & cariostatic) และถ้าเป็นไปได้ควรพิจารณาใช้วัสดุบูรณะฟันที่มีส่วนประกอบของโลหะให้น้อยที่สุด เพื่อลดการเกิดสะท้อนและหักเหของรังสีไปยังเนื้อเยื่อช่องปาก^{4,9,19}

ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเจ็บปวด ป้องกันการติดเชื้อและควบคุมสุขภาพช่องปาก ตรวจหาและจัดการภาวะแทรกต่าง ๆ⁴⁻⁵
ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ
ระหว่างการรักษา

2. แนวการดูแลระหว่างการรักษา

2.1 แนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ หากไม่สามารถแปรงฟันได้ควรบ้วนปากบ่อย ๆ ใช้น้ำฉีดล้างหรือใช้ผ้าก๊อชชุฟัน ใช้ 0.12% chlorhexidine gluconate อมบ้วนปาก 1 นาที วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร (เพื่อลดการยึดเกาะของแผ่นคราบจุลินทรีย์) หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เนื่องจากจะทำให้ปากแห้งและเกิดการระคายเคืองได้^{4,9,12}

2.2 แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ 1% neutral sodium fluoride gel โดยพิมพ์ปากทำถาดเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะบุคคล (individual plastic stent) วันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที เมื่อครบตามเวลาที่

2. แนวการดูแลระหว่างการให้รังสีรักษา

กำหนดให้บ้วนฟลูออไรด์ส่วนเกิน หรือใช้ในรูปแบบ 0.05% fluoride MW จากนั้นห้ามบ้วนน้ำ และรับประทานอาหารและน้ำหลังเคลือบ 30 นาที ใช้ตลอดไปตั้งแต่อ่อนให้รังสีรักษาจนหลังให้รังสีรักษาทุกวัน^{7,9,10,12,14,20-21}

2.3 ตรวจสภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อ (mucositis) มักเกิดในสัปดาห์ที่ 4-6 ของการรักษาทางรังสีและมักจะหายได้เอง แนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำหรือน้ำเกลือบ่อย ๆ ตั้งแต่เริ่มการฉายรังสี (น้ำสะอาด 1 ลิตร เกลือ 1 ช้อนชา) นาน 30 วินาที ทุก 2-4 ชั่วโมง

หากผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บช่องปากหรือลำคอ (ประมาณสัปดาห์ที่ 2 ของการฉายรังสี) ควรแนะนำให้บ้วนปากบ่อยมากยิ่งขึ้นหรือให้บ้วนปากทุก ๆ 2 ชั่วโมง สั่งจ่าย 0.1% Triamcinolone oral paste แต่ถ้ามีแผลเจ็บปวด ทานอาหารได้ลำบาก ให้ใช้ยาอมบ้วนปากผสมยาชา เช่น 2% lidocaine gel เพื่ออมและกลืนก่อนทานอาหาร^{4,11-12,15-16,22}

2.4 ตรวจภาวะปากแห้ง (xerostomia) มักเกิดในสัปดาห์แรกหลังให้รังสีรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ หรืออมน้ำแข็งตลอดวันเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก อาจใช้น้ำลายเทียมหรือหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาลซูโครสเคี้ยวกระตุ้นน้ำลาย เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อนจากภาวะปากแห้ง^{9,12,14,22}

2.5 ตรวจภาวะอ้าปากได้จำกัด (trismus) แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารการอ้าปาก ใช้ที่ต่างปาก โดยอาจใช้ไม้ไผ่ติดซ้อนกันพันด้วยผ้าก๊อซ ใส่บริเวณฟันหลังเพื่อให้อ้าปากค้างไว้ประมาณ 10-15 นาที วันละ 3-4 ครั้งเป็นประจำทุกวัน โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงแรกของการฉายรังสีและอาจลดจำนวนครั้งลงได้เมื่อผู้ป่วยสามารถอ้าปากได้มากขึ้นใกล้เคียงระยะอ้าปากปกติ (40 มม.) และคงที่^{10-12,19}

2.6 บริหารกล้ามเนื้อบริเวณช่องปากและคอ โดยการอ้าปากกว้างหุบปาก ฉีกยิ้มเต็มที่ ก้ม-เงย ศีรษะเต็มที่ หันหน้าไปซ้าย-ขวา เอียงคอไปซ้าย-ขวาเต็มที่ ทำซ้ำ ๆ ทุก ๆ วัน บ่อย ๆ ครั้ง^{5,18}

2.7 หากมีฟันเทียมเดิมอยู่แล้ว ถอดฟันเทียมออกยกเว้นช่วงรับประทานอาหารเพื่อลดแรงกดระหว่างฟันปลอมกับเหงือก ซึ่งมีโอกาสเกิดแผลที่เหงือกได้ ถอดล้างฟันเทียมทุกครั้งที่ทำความสะดวกช่องปากและถอดฟันเทียมออกขณะที่นอนหลับ งดใส่ฟันเทียม เครื่องมือจัดฟันหรือสิ่งระคายเคืองขณะฉายรังสีหรือเมื่อเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ^{4,18,22}

ภายหลังจากรักษาโรคมะเร็ง มีการประเมินสุขภาพช่องปาก ทบพวน การดูแลสุขภาพช่องปาก ให้การรักษาทางทันตกรรมแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงทำการฟื้นฟูระบบบดเคี้ยวด้วยสิ่งเทียม เผื่อระวังผลกระทบระยะยาวจากการรักษาโรคมะเร็ง และตรวจหาการเกิดซ้ำของมะเร็ง⁴⁻⁵ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอหลังการให้รังสีรักษา

3. แนวการดูแลหลังการให้รังสีรักษา

- 3.1 นัดผู้ป่วยตรวจช่องปากทุก 1-2 เดือนในช่วงครึ่งปีแรก ทุก 3 เดือนในช่วง 2 ปีแรกและทุก 6 เดือนในปีที่ 3^{9,11}
- 3.2 แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดฟัน เลือกอาหารที่เหมาะสมและใช้ฟลูออไรด์ต่อเนื่องตลอดไป โดยลดปริมาณการใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่เหลือประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ได้ เพื่อป้องกันฟันผุภายหลังฉายรังสี⁹
- 3.3 ภาวะปากแห้งจะดีขึ้นเมื่อหยุดฉายรังสีแต่ยังไม่กลับคืนสู่สภาพปกติอย่างสมบูรณ์ ให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ ตลอดวัน^{10,12}
- 3.4 การบูรณะฟันด้วยการอุดฟัน การรักษารากฟันหรือฟันเทียมชนิดติดแน่นสามารถทำได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการถอนฟันโดยไม่จำเป็น หากรักษาคลองรากฟันแล้วเก็บฟันไว้ได้ก็ควรกระทำ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงการเกิด ORN จากการถอนฟันภายหลังรังสีรักษา แต่หากจำเป็นควรส่งต่อให้ผู้ชำนาญเฉพาะทาง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้¹⁰⁻¹²
- 3.5 การขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันสามารถทำได้ตามปกติ การรักษาโรคเหงือกสามารถทำได้แต่ผลการรักษาไม่ดีนัก ควรป้องกันไม่ให้เกิดดีกว่า และให้หลีกเลี่ยงการทำ periodontal surgery^{4,10}
- 3.6 การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ควรรอประมาณ 1 ปี และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอักเสบปากได้น้อย ปากตึง น้ำลายน้อย เหงือกเป็นแผลง่ายและควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์^{7,9,11-12,21}

ผลการหาดัชนีความสอดคล้องของแนวทางปฏิบัติกับวัตถุประสงค์ (IOC)

ผลความสอดคล้องของแนวทางปฏิบัติกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยได้มีการเสนอให้ปรับปรุง และแก้ไขแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 ระยะในประเด็นดังนี้คือ

1. แนะนำให้ตัดรายละเอียดบางส่วน เรื่องปลายชนแปรงโค้งมนและเรื่องอมน้ำยาบ้วนปากออก เนื่องจากพิจารณาว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ละเอียดเกินไป และไม่ได้เป็นแนวปฏิบัติที่จำเป็นจริง ๆ ตามลำดับ

2. แนะนำเพิ่มเติมว่า ให้ผู้ป่วยแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เท่านั้น หากผู้ป่วยไม่สามารถแปรงฟันได้ควรหาสาเหตุแล้ว

แก้ไข เช่นถ้าแปรงไม่ได้เพราะเจ็บปากมาก อ้าปากได้น้อย ก็แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็ก หรืออาจให้อมยาชาก่อนแปรงฟันเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปาก

3. แนะนำให้แก้ไขรายละเอียดเรื่องตรวจสภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อซึ่งมักเกิดได้ตั้งแต่ในสัปดาห์ที่ 1-2

4. แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ เพียงอย่างเดียวเพื่อรักษาภาวะปากแห้ง ให้อาการดีขึ้นเนื่องจากคิดว่าน้ำลายเทียมและหมากฝรั่งหาได้ยาก และไม่เหมาะกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

5. แนะนำเพิ่มเติมว่าห้ามหยุดใช้ฟลูออไรด์โดยเด็ดขาด แต่สามารถลดปริมาณการใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ลงได้จากทุกวันต่อสัปดาห์ เหลือประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ได้

จากนั้นผู้วิจัยได้นำประเด็นดังกล่าวมาปรับแนวปฏิบัติ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ของแนวปฏิบัติทาง ทันตกรรม ในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเสนา จังหวัดสงขลา

ตารางที่ 4 แสดงผลของความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอทั้งสามระยะจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 11 คน

แนวการดูแลการให้รังสีรักษา	มีความเหมาะสม				มีความเป็นไปได้				ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ			
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		เป็นไปได้		เป็นไปได้		มีประโยชน์		ไม่มีประโยชน์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะก่อนการให้รังสีรักษา												
1.เตรียมผู้ป่วยโดยอธิบายผลข้างเคียงรวมถึงวิธีป้องกันและรักษา	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
2.ตรวจสภาพช่องปาก	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
3.แนะนำการใช้แปรงสีฟันยา	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
สีฟัน												
4.แนะนำการใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
5.แนะนำเรื่องโภชนาการ	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
6.ข้อบ่งชี้สำหรับการถอนฟันก่อนฉายรังสี	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-

แนวการดูแลการให้รังสี รักษา	มีความเหมาะสม				มีความเป็นไปได้				ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ			
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		เป็นไปได้		เป็นไปได้		มีประโยชน์		ไม่มีประโยชน์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7.การบูรณะฟันด้วยวิธี อนุรักษ	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
ระยะระหว่างการให้รังสีรักษา												
1.แนะนำเรื่องแปรงฟันด้วยยา สีฟันผสมฟลูออไรด์	10	90.9	1	9.09	10	90.9	1	9.09	10	90.9	1	9.09
2.แนะนำให้ใช้ 1% Neutral NaF gel	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
3.ตรวจสถานะการอักเสบของ เนื้อเยื่อ	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
4.ตรวจภาวะปากแห้ง แนะนำ ให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
5.ตรวจภาวะอ้าปากได้จำกัด และแนะนำให้บริหารการอ้า ปาก	10	90.9	1	9.09	10	90.9	1	9.09	10	90.9	1	9.09
6.บริหารกล้ามเนื้อบริเวณช่อง ปากและคอ	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
7.ถอดฟันเทียมออกยกเว้น ช่วงรับประทานอาหาร	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-

แนวทางการดูแลการให้รังสี รักษา	มีความเหมาะสม				มีความเป็นไปได้				ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ			
	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		เป็นไปได้		เป็นไปได้ไม่ได้		มีประโยชน์		ไม่มีประโยชน์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะหลังการให้รังสีรักษา												
1.นัดผู้ป่วยมาตรวจช่องปาก	10	90.9	1	9.09	10	90.9	1	9.09	10	90.9	1	9.09
2.แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาด สะอาดฟัน เลือกอาหารที่ เหมาะสมและใช้ฟลูออไรด์ ต่อเนื่องตลอดไป	10	90.9	1	9.09	10	90.9	1	9.09	10	90.9	1	9.09
3.ให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ ตลอด วัน	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
4.หลีกเลี่ยงการถอนฟันโดยไม่ จำเป็น แต่หากจำเป็นควรส่ง ต่อให้ผู้ชำนาญเฉพาะทาง	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
5.ชุดหินปูนทำความสะอาด ฟันได้ตามปกติและให้ หลีกเลี่ยงการทำ periodontal surgery	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
6.การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ควรรอประมาณ 1 ปี	8	72.7	3	27.3	8	72.7	3	27.3	8	72.7	3	27.3

จากตารางพบว่า ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 11 คน ให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา ที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ 20 ขั้นตอนพบว่า 15 ใน 20 ข้อ มีความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100 โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นข้อบ่งชี้สำหรับการถอนฟันก่อนฉายรังสี คือ ฟันที่ไม่มีคู่สบ แต่มีการวางแผนจะใส่ฟันเทียมทดแทนในอนาคตเพื่อสบกับฟันดังกล่าว ก็จะไม่แนะนำให้ถอนออก ดังนั้นต้องพิจารณาถึงฟันเทียมในอนาคตด้วย สำหรับฟันกรามซี่ที่ 3 ที่ไม่ใช่ฟันคู่คุดโผล่ขึ้นมาในช่องปากได้เต็มซี่ มีสภาพที่แสดงถึงว่าผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดได้ดี มีคู่สบบดเคี้ยว หรือกรณีสูญเสียฟันกรามซี่ที่ 1 หรือ 2 ไปแล้ว ใช้ฟันกรามซี่ที่ 3 ในการบดเคี้ยว ก็พิจารณาร่วมกับผู้ป่วยถึงข้อดี ข้อเสียของการเก็บฟันซี่ดังกล่าวไว้

ส่วนอีก 4 ข้อ มีผู้เชี่ยวชาญเพียงจำนวน 1 ท่าน ให้ความเห็นว่ามีความไม่เหมาะสม เป็นไปไม่ได้และไม่มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยแนะนำให้เพิ่มเติมในประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนะนำเรื่องแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ มีผู้เชี่ยวชาญ 1 คนเพิ่มเติมในประเด็นหากผู้ป่วยไม่สามารถแปรงฟันได้ ควร้วนปากบ่อย ๆ นั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรแปรงฟันให้ได้ กรณีที่ไม่สามารถแปรงฟันได้ควรหาสาเหตุว่าเหตุใดถึงไม่สามารถแปรงฟันได้แล้วแก้ปัญหาเหล่านั้น เช่น ถ้าแปรงไม่ได้เพราะเจ็บปาก ก็แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันเด็กขนาดเล็ก ๆ แปรงด้วยยาสีฟันของเด็ก หรืออาจให้อมยาชาก่อนแปรงฟันเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปาก การใช้สำลีหรือผ้าก๊อชเช็ดปากนั้น ไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เรื่องตรวจภาวะอ้าปากได้จำกัดและแนะนำให้ผู้ป่วยบริหารการอ้าปากนั้น มีผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ให้ความเห็นว่าควรทำหลังการรับรังสีรักษาเพราะผู้ป่วยจะมีอาการปวดได้

3. เรื่องนัดผู้ป่วยมาตรวจช่องปากทุก 1-2 เดือนในช่วงครึ่งปีแรก ทุก 3 เดือนในช่วง 1-2 ปีแรก และทุก 6 เดือน ในปีที่ 3 มีผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ให้ความเห็นว่าควรแนะนำง่าย ๆ คือนัดผู้ป่วยทุก 3-4 เดือนตลอดชีวิต

4. แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดฟัน เลือกอาหารที่เหมาะสม และใช้ฟลูออไรด์ต่อเนื่องตลอดไป โดยลดปริมาณการใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่เหลือ

ประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ได้ เพื่อป้องกันฟันผุภายหลังฉายรังสี มีผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ให้ความเห็นว่าควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ฟลูออไรด์ทุกวันจะดีต่อการจำและทำงานเป็นความเคยชิน

ส่วนอีก 1 ข้อ มีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เห็นว่ามีความไม่เหมาะสมเกินไปไม่ได้และไม่มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นด้วยในประเด็นเรื่องการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ควรรอประมาณ 1 ปี ไม่ควรตัดโอกาสคนไข้ที่ไม่มีฟันแล้วอยากได้ฟันไปเป็นเวลาถึง 1 ปี

อภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา มีความสอดคล้องกับ แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอของสำนักอนามัยและศูนย์มะเร็งลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ¹⁰ และ กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย¹¹ ในหลายประเด็น แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ

1. ประเด็นเรื่องระยะเวลาที่เหมาะสมในการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ อุดสรรคในการใส่ฟันเทียมของผู้ป่วยรังสีรักษา คือ น้ำลายน้อย คุณภาพของเยื่อช่องปากที่ต้องรองรับฟันเทียมลดลง ผู้ป่วยอาจปากได้แคบลง¹⁹ และการใส่ฟันคือปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำให้เกิดผลแทรกซ้อนจากผลของรังสี เช่น แผลเนื้อเยื่ออ่อนตาย กระดูกตาย เหตุที่การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ควรรอประมาณ 12 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากต้องรอให้เยื่อบุหายดีเสียก่อนเยื่อถึงจะพร้อมสำหรับการใส่ฟัน⁷ แต่มีผู้เชี่ยวชาญ 3 จาก 11 คน ไม่เห็นด้วยที่ต้องรอใส่ฟันเทียมถึงหนึ่งปี เนื่องจากเป็นการตัดโอกาสผู้ป่วย บางการศึกษาแนะนำว่าควรเริ่มใส่ฟันเมื่อสภาวะช่องปากพร้อมประมาณ 6 เดือน⁷ หรือบางการศึกษาแนะนำให้รอถึง 12-18 เดือน^{9-12,23-24} และมีผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ไม่เห็นด้วยที่จะใส่ฟันปลอมหลังรักษาหากมีภาวะน้ำลายแห้ง เนื่องจากอาจทำให้เกิดแผลง่ายและกระดูกตาย ภายหลังจากฉายรังสีตามมา สำหรับในประเด็นนี้มีความเป็นไปได้ว่าระยะเวลาที่เหมาะสมในการใส่ฟันเทียมของผู้ป่วยรังสีรักษาควรรอประมาณ 12 เดือน^{7,10,23} เนื่องจากต้องรอให้เยื่อบุหายดีเสียก่อน แต่อย่างไรก็ตามมีแนวคิดว่าจะประเมินจากสภาพเยื่อช่องปากของผู้ป่วยอีกครั้งว่ารอยแดงหรือรอยแผลที่เกิดจากการฉายแสงหายสมบูรณ์แล้วหรือยัง ถ้าปากได้ในระยะที่ทันตแพทย์จะเข้าไปทำงาน

ได้หรือไม่ พันที่เป็นหลักยึดของฟันเทียมมีความพร้อมหรือไม่ ส่วนน้ำลายไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าจะมาเมื่อไหร่ ดังนั้น หากประเมินแล้วว่าทุกอย่างพร้อมอาจจะพิจารณาใส่ฟันเทียมก่อนระยะเวลา 1 ปีได้ ซึ่งจากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยคิดว่า จะนำไปปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีพยาธิสภาพแตกต่างกัน จึงกำหนดระยะเวลาหลังใส่ฟันปลอมตามความพร้อมของสภาวะช่องปากเป็นหลักประมาณ 6 เดือนภายหลังรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยไม่สูญเสียโอกาสในการใส่ฟันเทียม และได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน นอกจากนี้จะทำการนัดหมายให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสอบการใช้ฟันปลอมเป็นระยะ หากพบว่ามีการกดทับ หรือมีบาดแผลจะทำให้แก้ไขโดยด่วนก่อนเกิดภาวะกระดูกตายได้

2. ประเด็นเรื่องการบูรณะฟัน สำหรับฟันที่มีการพยากรณ์โรคดี แนะนำให้ดูแลด้วยวิธีอนุรักษ์ แนะนำให้ใช้วัสดุอุดฟันชนิด Glass ionomer หรือ Resin composite ซึ่งจากการศึกษาในปี ค.ศ. 1993 ของ Wood และคณะ²⁵ พบ Failure ของการอุด Resin composite หลังฉายแสง ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าในอดีตคุณสมบัติของ Resin composite อาจไม่เหมาะสมจึงทำให้เกิด Failure ได้ และในปี ค.ศ. 2001 การศึกษาของ Vermeersch และคณะ²⁶ พบว่า Glass ionomer สามารถปลดปล่อยปริมาณฟลูออไรด์ภายหลังการบูรณะได้มากกว่า Resin composite อย่างมีนัยสำคัญ ในปี ค.ศ. 2007 Sandow²⁰ แนะนำว่า วัสดุอุดฟันควรพิจารณาตามความเหมาะสม เช่น กรณีรอยผุตำแหน่งคอฟัน พิจารณาใช้ Glass ionomer เพื่อให้สามารถปล่อยฟลูออไรด์ยับยั้งฟันผุได้ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำว่ากรณีรอยผุใหญ่หรือหลายด้านอาจพิจารณาใช้อมัลกัมได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของพิมพ์นราพร พูทองคำ¹⁹ แนะนำให้ใช้วัสดุบูรณะฟันที่มีส่วนประกอบของโลหะให้น้อยที่สุด เพื่อลดการเกิดสะท้อนและหักเหของรังสีไปยังเนื้อเยื่อช่องปาก ในบางรายที่มีการบูรณะฟันด้วยวัสดุที่เป็นโลหะมีขนาดใหญ่และอยู่ในบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาโดยตรง อาจพบว่าเป็นผลมากกว่าบริเวณอื่น ซึ่งอาจเป็นผลจากการกระจายรังสีย้อนกลับจากวัสดุอุดที่เป็นโลหะไปบริเวณดังกล่าว ไม่ได้ผลตรงตำแหน่งที่พึงประสงค์ ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าควรเลือกอุดฟันที่จะรักษาไว้ ด้วยวัสดุที่ไม่ใช่โลหะ และควรรีอู๊ดใหม่ถ้าวัสดุเดิมเป็นโลหะ ซึ่งจากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยคิดว่า จะนำไปปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติให้พิจารณาเลือกใช้วัสดุอุดฟันชนิดที่สามารถปล่อยฟลูออไรด์และยับยั้งฟันผุได้เป็นอันดับแรก

ก่อน การอุด Glass ionomer และ Resin composite สามารถทำได้เนื่องจากปัจจุบันวัสดุชนิดนี้ได้พัฒนาคุณสมบัติขึ้น²⁷ และหลีกเลี่ยงวัสดุอุดฟันที่เป็นโลหะ

3. ประเด็นเรื่องของการถอนฟันในบริเวณที่ต้องได้รับรังสี ในอดีตมีหลายการศึกษากำหนดปริมาณรังสีที่ได้รับหาก > 6000 cGy ควรถอนฟันก่อนฉายรังสีทั้งนี้เนื่องจากปริมาณรังสีปริมาณยิ่งมากจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด กระดูกตายมากขึ้น^{5,9-12,14-16,19} แต่จากการทบทวนวรรณกรรมบางส่วนเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในช่วงหลัง พบว่าได้ตัดข้อแนะนำนี้ออกไป ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าไม่ได้ช่วยป้องกันการเกิดกระดูกตายอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบกับถ้าต้องถอนฟันที่อยู่ในบริเวณรังสีรักษา จะต้องถอนฟันออกไปเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะฟันหลังที่ใช้บดเคี้ยว ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการผู้ป่วยกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่าต้องรอการศึกษาสนับสนุนเพิ่มเติมอีกในอนาคต

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. วางแผนนำแนวปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา มาปรับใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาครอบคลุมทั้งเครือข่ายเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสะเดาทั้งหมด

2. จัดการติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางทันตกรรมดังกล่าวร่วมกับทันตแพทย์และทันตบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสะเดา ติดตามปัญหาและอุปสรรค ผลการดำเนินงาน ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติต่อไป โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยทุก 2 ปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการต่อยอดงานวิจัยนี้ โดยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มทันตบุคลากรที่มีจำนวนมากขึ้น (โรงพยาบาลแห่งอื่นในจังหวัดสงขลา) เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของแนวปฏิบัติทางทันตกรรมที่สร้างขึ้น

2. ควรศึกษาติดตามคุณสมบัติประโยชน์ของแนวปฏิบัติที่ว่า เมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ สามารถทำให้เกิดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน ปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ

และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมปลอดภัย ลดความรุนแรงจากรังสีรักษา
ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68:394-424. doi:10.3322/caac.21492.
2. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajang S, et al. Cancer in Thailand: Vol. VIII, 2010-2012. Bangkok, Thailand: New Thammasa Press; 2015.
3. ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง (HOCC-PSU) หน่วยมะเร็งวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. รายงานประจำปี [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://hocc.medicine.psu.ac.th/files/annual_report/AN2561.pdf
4. อ่อนอง มั่งคั่ง. Dental management in head and neck cancer. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42:5-10.
5. จักรพันธ์ สามไพบูลย์. การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.chulabhornhospital.com/uploaded/files/HappinessHealth.pdf>
6. Murdoch-Kinch CA, Zwetchkenbaum S. Dental management of the head and neck cancer patient treated with radiation therapy. J Mich Dent Assoc 2011;93:28-37.
7. ศุภผล เอี่ยมเมหาวี. รังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ-ผลการแทรกซ้อนและการจัดการ. ลำปางเวชสาร 2540;18:193-211.
8. Hancock PJ, Epstein JB, Sadler GR. Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer. J Can Dent Assoc 2003;69:585-90.

9. จีรายุ บุญเรือง. แนวทางการดูแลรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาในบริเวณช่องปากและใบหน้า. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2548;49: 657-70.
10. นิวัติ เพียรไทยและสุณิยา นามประเสริฐ. คู่มือการดูแลช่องปากผู้ป่วยรับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ: การดูแลช่องปากผู้ป่วยในระยะก่อนระยะระหว่างและระยะหลังได้รับรังสี [อินเทอร์เน็ต]. ลพบุรี: ศูนย์มะเร็งลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2548 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค.2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thatoomhsp.com/userfiles/คู่มือการดูแลช่องปากผู้ป่วยรังสีรักษา%20บริเวณศีรษะและคอ.pdf>
11. อีระ ศิริบุรานนท์. การดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยภายหลังรังสีรักษา: รายงานผู้ป่วยและบทความปริทัศน์. วารสารแพทย์เขต 6-7 2551;27:1209-22.
12. กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. แนวทางเวชปฏิบัติทางทันตกรรมสำหรับคลินิกทันตกรรมของสำนักอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/dental/common_form_upload_file/20140507152121_1054128126.pdf
13. Ellis E, Management of the patient undergoing radiotherapy or chemotherapy. In: Hupp JR, Ellis E and Tucker MR, editors. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 6th ed. Netherlands; Elsevier Mosby; 2014. p. 363-81.
14. กล้าวจี เกตุแก้ว. การดูแลช่องปากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ต้องได้รับการฉายรังสี. ใน: กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, บรรณาธิการ. การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาศักยภาพการจัดการปัญหาช่องปากผู้สูงอายุสำหรับทันตภิบาลภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย; 16-18 มกราคม 2562; โรงแรมริชมอนด์ สโตนีส์ คอนเวนชั่น. นนทบุรี; 2562. หน้า 22-25.
15. Jawad H, Hodson NA, Nixon PJ. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1. British Dental Journal 2015;218:65-8. doi:10.1038/sj.bdj.2015.28.

16. Jawad H, Hodson NA, Nixon PJ. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 2. *British Dental Journal* 2015;218:69-74.
doi:10.1038/sj.bdj.2015.29.
17. Ray-Chaudhuri A, Shah K, Porter RJ. The oral management of patients who have received radiotherapy to the head and neck region. *British Dental Journal* 2013;214:387-93. doi:10.1038/sj.bdj.2013.380
18. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. คู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะ หู คอ จมูก ช่องปากและลำคอ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 23 พ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:
http://www.chulacancer.net/uploads/upfiles/files/H%26N_T.pdf
19. พิมพ์นราพร พู่ทองคำ. การดูแลทันตสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งก่อนระหว่างและหลังการได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ. มะเร็งวิวัฒนาการสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย 2556;19:28-30.
20. Sandow PL. Pretreatment dental evaluation and management of the oral cancer patient. In: Werning JW, editor. *New York; Oral cancer diagnosis, management, and rehabilitation*. Thieme Medical Publishers; 2007. p. 72-7.
21. ศูนย์ทันตกรรม กรมแพทยทหารเรือ. แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www2.nmd.go.th/kmnmd/Document/pdf/KM%20STK.pdf>
22. วันทกานต์ ราชวงศ์. คู่มือการพยาบาล: การดูแลช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก:
https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/218/sins_nursing_manual_2558_06.pdf
23. Huber MA, Terezhalmy GT. The head and neck radiation oncology patient. *Quintessence Int*; 2003;34:693-717.

24. Beumer J, Curtis TA, Nishimura R. Chapter 4 radiation therapy of head and neck tumors: oral effects, dental manifestations, and dental treatment. In: Beumer J, Curtis TA, Marunick M, editor. Washington, D.C.; Maxillofacial Rehabilitation Prosthodontic and Surgical Consideration. 2nd ed. Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers; 1996. p. 43-111.
25. Wood RE, Maxymiw WG, McComb D. A clinical comparison of glass ionomer (polyalkenoate) and silver amalgam restorations in the treatment of class 5 caries in xerostomic head and neck cancer patients. Oper Dent. 1993;18:94-102.
26. Vermeersch G, Leloup G, Vreven J. Fluoride release from glass-ionomer cements, compomers and resin composites. Journal of Oral Rehabilitation 200;28:26-32. doi:org/10.1046/j.1365-2842.2001.00635.x
27. Beech N, Robinson S, Porceddu S, Batstone M. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. Australian Dental Journal 2014;59:20-8. doi:10.1111/adj.12134.

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขอเรียนเชิญ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทั้งนี้ บทความหรือรายงานการวิจัย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น งานวิจัยที่ศึกษาวิจัย และทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

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

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร FreesiaUPC ขนาด 16 pt. และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด B5 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้าโดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ ยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 14 pt.

6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง
8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสเตอร์ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
 - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.2.8 ผลการวิจัย

2.2.9 การอภิปรายผล

2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา(In- text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิงดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

- กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}
- กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้เกิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. หลักการเบื้องต้น

- 1.1 ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

- 1.2 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the Workforce for 21st Century Science: A Vital Direction for Health and Health Care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

- 1.3 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

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

- ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
- ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
- ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 1337-43 หรือ p.222-35 เป็นต้น
- สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

ตัวอย่าง

4. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.

5. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

3. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

6. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติง; 2552.

7. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.

4. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

8. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติง; 2552. หน้า 255-78.

9. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health Prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok; Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.

5. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

10. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโช, จิตราวัฒน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรรณ, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุขเจณพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุนีย์ แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.

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

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

12. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.

13. 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.

7. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

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

14. พันธ์ญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

15. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

8. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

16. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>

17. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

9. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี]; ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

18. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593

19. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของจิราภรณ์ จันทร์จร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่ <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชร ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง โทรศัพท์ 087-863-3441

อ.ชนุกร แก้วมณี โทรศัพท์ 081-064-3536

อ.ทัศน พละไชย โทรศัพท์ 088-133-2803

ผู้ปฏิบัติงานวารสาร

นางสาวสิริภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709

E-mail: journal.bcns@gmail.com