



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects Model of Care

สุธาวัลย์ สักจรดี, พนิดา พวงไพบูลย์, นิสากร เข็มชนาน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ตำบลแห่งหนึ่งอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เจนจิรา สร้อยจักร, ชนาธิก พรหมเสน, ชยานันท์ พันยา, ปาริชาติ คงรอด, อรรถชัย จันทร์กักดี, สมบอง พะมุสิลา

การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกุดกว้าง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

ณัฐกร แขวงสินวล, กิตติภูมิ ภิญโย

การประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 -15 ปี เขตสุขภาพที่ 10

ภูษนิศา มีนาบุตร, นิชนันท์ สุวรรณภู, สุวภัทร นักรู้กำพลวัฒน์, สุภากรณ์ ศรีชัยรัตน์, ดรุณี คชพรหม

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วรางคณา บุตรศรี

ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารพิษรังสีในผู้สูงอายุ

โรค STEMI ที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

สุเพียร โภคพิมาย

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อภาวะซึมเศร้า

และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชัยพร พรรณนากพ, สวอน ธานี, ทศรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง, กุณฑิลา เพียรทอง, ธวัชชัย พลระศักดิ์

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวาน

ไพโรจน์ สุริยพันธ์, ชัยกาญจน์ แพรขาว

บทความวิชาการ

เริ่มต้นอย่างไร ให้แม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ

พนทอง จิตจำนง, นกพร เกวศกสรรค์, กรรณิกา เพ็ชรรักษ์, อุดมชญาณ์ อินทเรือง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2565)

ISSN (Print): 2673-0723

ISSN (Online): 2697-5246

เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
หน่วยงานที่จัดพิมพ์	สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 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
	หัวหน้างานวิจัยและผลิตทางวิชาการ

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ใจการุณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวลักขณา	ชอบเสียง
นางจงลักษณ์	ทวีแก้ว
นางพนัชญา	ขันติจิตร
นายชนุกร	แก้วมณี
นางสาวจิณวัตร	จันครา
นายหัตถกาน	พลไชย

เลขานุการและประชาสัมพันธ์

นางสาวสิริภัทร โจนสติ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุกธำพิทักษ์พล
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธารน
รองศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อัมคำ
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา กำดี
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติภรณ์กรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา นวดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกนกการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญสือ จิมบ้านไร่

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล

ดร.วิไลวรรณ ปะริก

ดร.สุเพียร โภคพิมาย

ดร.วิโรจน์ เชนรัมย์

ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร.นิสากร วิบูลชัย

ดร.ศุภวดี แก้วเพี้ย

ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ดร.ชลิยา วามะสุน

ดร.อนุชตรา วรรณเสวก

ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา

ดร.สุภาภรณ์ ศรีรัตนรัตน์

ดร.เอนออส แสงศิริ

ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย

ดร.เพชรณีย์ วัชรวิเชียรพงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมมาธิราช

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันพระบรมราชชนก



ดร.นงา สิงห์วีธรรม
ดร.ปรานทิพย์ ทาเลนา: เอเลทอร์
ดร.สุรศักดิ์ สุนทร
ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ
ดร.ณัฐยา ศรีทะแก้ว
ดร.พาญ นาวาคุระ

ดร.สุภากรณ์ อุดมลักษณ์
ดร.บุญยสิทธิ์ พงษ์พิจิตร
ดร.ศรีจันทร์ พลับจัน
ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธ์
ดร.ณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น
ดร.ธินกร สุจินมงคล
ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา
ดร.นุสร ประเสริฐศรี
ดร.พัชรี ใจการุณ
Mr. Kent Dale Hamilton
อาจารย์ทรงวุฒิ ภัทรไชยกร
ผู้เชี่ยวชาญดาราศาสตร์ ยุกกรชัย นุ่งทอง

สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุตรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โรงพยาบาลเลย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีพนธ์ประสงค
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีพนธ์ประสงค
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีพนธ์ประสงค
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีพนธ์ประสงค
224 ถนนพหลโยธิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทร. 045-255462



บทบรรณาธิการ

หลักการเบื้องต้นในการการกำหนดหรือการประมาณค่าขนาดตัวอย่าง (sample size setting or estimation)

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้สถิติวิเคราะห์ และการเลือกใช้สถิติทดสอบ (Test statistics)
2. การกำหนดลักษณะประชากรและตัวอย่าง
3. การกำหนดระดับนัยสำคัญ (Significance level = α) และอำนาจการทดสอบ (Power of the test = $1 - \beta$)
4. การกำหนดขนาดตัวอย่าง
5. การออกแบบการเลือกตัวอย่าง (sampling design)
6. การดำเนินการเลือกตัวอย่างตามที่ออกแบบ

ที่มา: ที่มา: วาสลภ รัฐฉัตรานนท์. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของ การ์โธ ยามาเน และ
เกรงซี-มอร์แกน. วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2562;6:27-58.

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ ขอนำเสนอประเด็นการเลือกใช้
สถิติ Parametric and Nonparametric tests ให้สอดคล้องกับเงื่อนไข เพื่อเป็นประโยชน์การนำไปใช้วิเคราะห์และนำเสนอ
ได้ถูกต้อง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงาน
วิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล
บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษารวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้าน
สุขภาพ ในประเทศไทย ทั้งนี้กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์
ประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 9 เรื่อง เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2565) ดังนี้ 1) การพัฒนารูปแบบการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects Model of Care 2) คุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ COVID-19 ตำบลแก่งหนึ่ง อำเภอรินนาธิวาส จังหวัดอุบลราชธานี 3) การพัฒนา
แนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลลูกดก้าง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
4) การประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10
5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 6) ความผูก
พันภัยเสี่ยง และบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารพิษรังสีในผู้สูงอายุ



โรค STEMI ที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดถาวร: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ
7) ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อภาวะซึมเศร้าและ
ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 8) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง
ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และ 9) เริ่มต้นอย่างไร ให้แม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อกันผู้อ่าน
เพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้งช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพ
ของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2565)

สารบัญ

บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 1
ระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects Model of Care
Development of Clinical Nursing Model for Acute Ischemic Stroke in Hospital
with 7 Aspects Model of Care
สุธาวัลย์ สักจนรดี, พนิดา พวงไพบูลย์, นิสากอร์ เข็มชานาน
Suthawan Sanjohnde, Panida Pongpaiboon, Nisakorn Hemchanan
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ตำบลแห่งหนึ่ง 19
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
Quality of Life of Chronic Disease Patients during the COVID-19 Situation in a
Sub-district, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province
เจนจิรา สร้อยจักร, ชนันทน์ พรหมเสน, ชยานันท์ พันยา, ปาริวัส คงลอด,
อรรถชัย จันทร์ภักดี, สมปอง เพ่มุสิลา
Jenjira Soijak, Chananan Promsen, Chayanant Panya, Parivas Khonglod,
Atthachai Janpakdee, Sompong Pamulila
- การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลลูกดกวาง 32
อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
Developing Preventive Strategies for Liver Fluke Disease with Community
Involvement in Kudkwang Subdistrict, Nongrua District, Khon Kaen Province
ณัฐกร แสงสีนวน, กิตติภูมิ ภิญโญ
Natakorn Sangseenuan, Kittiphoom Phinyo
- การประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี 44
เขตสุขภาพที่ 10
Evaluation of the Screening Service and Mental Health Support Project for
Children aged 6-15 years, Health Region 10
ภูษณิศ มีนาเขตร, นิชนันท์ สุวรรณกูด, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์,
สุภากรรณ์ ศรีธัญรัตน์, ดรุณี คชพรหม
Phusanisa Meenakate, Nitchanun Suwannakoot, Suvapat Nakrukamphonphatn,
Supaporn Sritanyarat, Darunee Kochaphrom





ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2565)

สารบัญ

บทความวิจัย

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง 57
จังหวัดอุบลราชธานี
Healthcare Behaviors of the Elderly Living Alone in Urban Areas
Ubon Ratchathani Province
วรางคณา บุตรศรี
Warangkana Bootsri
- ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการ 71
ได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วยสูงอายุโรค STEMI ที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่
ขดลวดค้ำยัน: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ
Prevalence, Risk factors and Nursing Roles in Preventing the Contrast
Associated Acute Kidney Injury (CA-AKI) in older Patients with STEMI
Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: An Integrative review
สุเพียร โภคทิพย์
Supian Pokathip
- ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อ 85
ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
The Effects of Program Combined between Supportive Group Psychotherapy and Thai
Wisdom on Depression among Patients with Major Depressive Disorder
ชมัยพร พรรณนภาพ, สงวน ธานี, ศกัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง,
กุลฑ์ชลิ เพียรทอง, ธวัชชัย พละศักดิ์
Chamaiporn Phannaphob, Sanguan Thanee, Hatairat Ditaung,
Kulchalee Pianthong, Thawatchai Phalasak
- ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 100
Nursing Outcome During Inter-Facility Transfer of Patients with Traumatic
Brain Injury for Continued Treatment
ไพไลพร สุริยขันธ์, ชัยกานต์ แพรขาว
Pilaiporn Suriyakhan, Chatkhane Pearkao



ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2565)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- เริ่มต้นอย่างไร ให้แม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ 114
How to Start Breastfeeding Successfully for Working Mothers
พนทอง จิตจําณง, นกศพร เทวะเศกสรรค์, กรรณิกา เพ็ชรรักษ์,
อุตม์ชญาน์ อินทเรือง
Fontong Chitjumnong, Napasaporn Tewasekson, Kannika Phetchark,
Utchaya Intharueang
- คำแนะนำในการเตรียมตนฉบับ

การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects Model of Care

สุธาวลัย สัจจรดี พย.บ.¹, พนิดา พวงไพบูลย์ พย.บ.²,
นิสากร เหมขนาน ศศ.ม.^{3*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects model of care กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน Stroke unit และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt.PA) จำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน Stroke unit จำนวน 12 คน เครื่องมือวิจัยคือ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects model of care แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects model of care ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ 2) การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ 3) การดูแลความปลอดภัย 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการและ 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติการพยาบาล มีทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบมากขึ้น เกิดประโยชน์ต่อคุณภาพการพยาบาล Door to needle time แนวโน้มลดลงต่ำกว่า 60 นาที ผู้ป่วยได้รับการดูแลและประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ไม่มีการเกิดผลข้างเคียง หายใจลำบาก หายใจตื้น และติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะส่วนปอดอักเสบ ผลลดต่ำกว่าเกณฑ์และแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยและพยาบาลพึงพอใจ รูปแบบการพยาบาลฯ ด้วย 7 Aspects Model of Care สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน รูปแบบการพยาบาล
7 aspects model of care

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุรินทร์

² หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุรินทร์

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author, E-mail: nisakorn@bcnsurin.ac.th

วันที่รับ (received) 15 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 ก.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 ต.ค. 2565

Development of Clinical Nursing Model for Acute Ischemic Stroke in Hospital with 7 Aspects Model of Care

Suthawan Sanjohnde B.N.S.¹, Panida Pongpaiboon B.N.S.²,
Nisakorn Hemchanan M.Ed.^{3*}

Abstract

This research was research and development (R & D) to develop and study the effectiveness of nursing model for acute ischemic stroke patients with seven aspects model of care. Samples included 30 patients with acute ischemic stroke, admitted to Stroke unit ward and treated with intravenous thromboembolism(rt.PA) in Surin hospital was recruited through purposive random sampling and 12 professional nurses from the hospital. Research instruments were nursing model of acute ischemic stroke patients with 7 Aspects Model of Care, a nursing competency assessment form, and patient care outcomes assessment form. Data analysis included descriptive statistics, paired t-test, and content analysis. The results showed two parts. Firstly, the clinical nursing model for acute ischemic stroke in hospital with seven aspects model of care consisted in seven activities: 1) assessment; 2) symptom distress management; 3) provision for patient safety; 4) prevention of complication; 5) continuing of care; 6) facilitation of patient & family selfcare; and 7) enhancement of patient satisfaction. Secondly, after applying the nursing model, a higher mean score of the nurses' knowledge about practicing acute ischemic stroke patients was statistically significant (p-value < 0.01) and the nurses had a positive attitude towards nursing practice leading to more systematic nursing practice skills. It was also found to be beneficial to nursing quality which Door to needle time tended to decrease below 60 minutes. Patients continuously received care and assessment. There were no falls, DVT, and urinary tract infections. Furthermore, pneumonia, pressure ulcers and mortality were below the threshold and trends were down. Patients and nurses were satisfied with the nursing model of acute ischemic stroke patients with the 7 Aspects Model of Care as it could help reduce mortality and various complications.

Keywords: acute ischemic stroke, nursing model, 7 aspects model of care

¹ Registered nurse (Professional level), Surin Hospital

² Registered nurse.(Senior Professional level), Surin Hospital

³ Registered nurse(Senior Professional level), Boromaradjanani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author, E-mail: nisakorn@bcnsurin.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงเป็นภาวะเนื้อสมองถูกทำลายเฉียบพลันจากการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง เกิดความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใดเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันถือเป็นระยะวิกฤตที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงแต่เนื้อสมองยังไม่ตาย ผู้ป่วยมีโอกาสรื้อฟื้นฟูถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องทันเวลา การรักษาเฉพาะด้านโดยทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญมากในการรักษาชีวิตของผู้ป่วย ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนได้ มักจะใช้เวลา 24 - 48 ชั่วโมง¹⁻³ ปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบหายใจและหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย WHO รายงานพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทั่วโลก อัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาทีอย่างน้อย 1 คน ในปี 2559 พบผู้ป่วยใหม่ 13.7 ล้านคนต่อปี ร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประมาณ 5 ล้านคนพิการถาวร และในปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ขณะที่ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดในช่วงปี 2556-2562 ผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉลี่ยประมาณ 30,000 คนต่อปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย จากข้อมูลพื้นฐานระดับประเทศโดยกรมควบคุมโรค⁴ พบอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) ในปีงบประมาณ 2560, 2561, 2562 พบร้อยละ 3.49, 3.84, และ 3.78 ตามลำดับ

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามเกณฑ์ ไม่เกิน 60 นาที มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล กันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล และคณะ⁵ พบว่าการพัฒนาระบบบริการช่วยให้การดูแลรักษาได้รวดเร็วตามมาตรฐานด้วยการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะระยะ 72 ชั่วโมงแรก เป็นระยะวิกฤตที่อาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย การรักษาที่ทันสมัยทำให้อัตราตายลดลง ร้อยละ 40 แต่ยังคงมีความพิการหลงเหลือ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ¹⁻² และถ้าผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง อาจทำให้เสียชีวิตหรือมีความพิการรุนแรงมากขึ้น

จากผลวิเคราะห์สถานการณ์บริบทโรงพยาบาลสุรินทร์ พบกระบวนการดูแลผู้ป่วย Stroke และการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ส่วนหนึ่งจากมีขั้นตอนมาก ผู้ป่วย Stroke fast tract ทุกรายผ่านและให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีภาระงานมาก พยาบาลส่วนมากในห้องผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติ Door to needle time (DTN) ระหว่าง พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง มีอัตรา DTN ปี พ.ศ. 2560, 2561, 2562 พบร้อยละ 60.00, 56.00 และ 64.61 ซึ่งควรพัฒนาการบริการให้สามารถลดระยะเวลา DTN และเพิ่มจำนวนผู้ป่วย DNT ได้มากขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบปอดอักเสบ ร้อยละ 5.8 , 4.1 และ 2.63 แผลกดทับ ร้อยละ 0.3 , 0.8 และ 0.76 และการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ 0 , 0.2 และ 0.8 ตามลำดับ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแห่งใหม่ คณะกรรมการพัฒนาโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสุรินทร์ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์สถานการณ์พบบุคลากรบางส่วนไม่ผ่านการอบรม ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย Stroke ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยอ้างอิงตามแนวทางการพยาบาล

ของสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.2558 ขณะที่บริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องมีศักยภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อน โรงพยาบาลต้องมีความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพเฉพาะทาง เพื่อประเมินค้นหาปัญหา ความเสี่ยงได้ทันการณ์ ดูแลผู้ป่วยได้ปลอดภัย ขณะที่อัตราค่าลงพยาบาลไม่เพียงพอ มีพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญแตกต่างกัน การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน พยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรมโดยตรง หรือที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่ยังไม่มั่นใจ มีผลต่อความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ทางคลินิก ที่อาจไม่เพียงพอต่อการใช้นโยบายปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ในการพยาบาลผู้ป่วยได้เพียงพอ

สภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการดูแลตามบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects model of care)⁶ ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาล สอดคล้องกับการรักษา 2) การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการหอบ 3) การดูแลความปลอดภัยและการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษายาพยาบาล 5) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน 6) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้และ 7) การสร้างความพึงพอใจ สัมพันธภาพและความเชื่อมั่นจากผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบการใช้ 7 Aspects of care ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้ออกมดลูก มีอัตราการติดเชื้อ แผลแยก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะลดลง⁷ แต่ยังไม่พบแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยใช้ 7 Aspects model of care การศึกษาครั้งนี้จึงใช้แนวคิด 7 Aspects of care นำมาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ส่งเสริมความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ พื้นตัวจากความบกพร่องทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีรูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล ด้วย 7 Aspects model of care
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาล ด้วย 7 Aspects model of care

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน(Ischemic Stroke) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีระยะเวลาดั้งแต่เริ่มมีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลสุรินทร์ ทั้งกรณีผ่านระบบ Stroke fast track ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ได้รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล

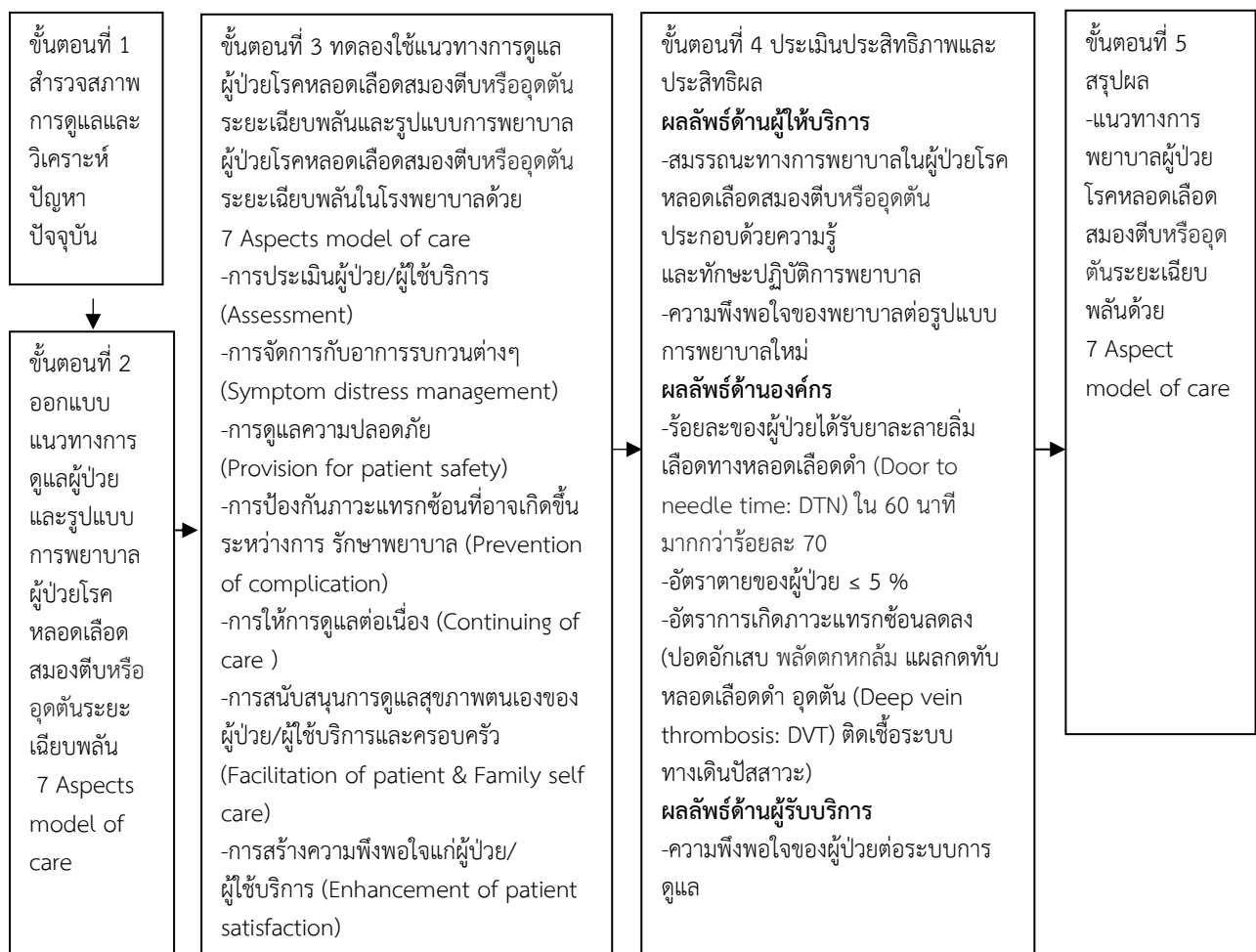
รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วย 7 Aspects of care หมายถึง แนวทางพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันโดยโดยใช้แนวคิดบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิก 7 ประการ (7 Aspect model of care) ที่สภาการพยาบาลกำหนด ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย/

ผู้ให้บริการ 2) การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ 3) การดูแลความปลอดภัย 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการและครอบครัว 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ

Door To Needle time (DTN) หมายถึง ระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำใน 60 นาที

กรอบแนวคิดการวิจัย

ดำเนินการตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects model of care)⁶ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) ศึกษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ ระยะเวลาดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม 2563– เดือนมีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย Stroke unit และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม เลือกตัวอย่าง

แบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน Stroke unit จำนวน 12 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาใน Stroke unit ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt.PA) ช่วงระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 – มีนาคม 2565 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power เลือกใช้ T-test, Statistical test เลือก Mean: Difference between two dependent means (Match paired) กำหนดค่าอิทธิพล ขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.01 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 ราย พิจารณาเพิ่มคุณภาพของข้อมูล โดยเก็บเพิ่มร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุรินทร์ เลขจริยธรรมหมายเลข 77 วันที่ 3 ธันวาคม 2563 และ 88/2564 วันที่ 3 ธันวาคม 2564 พัทธสิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ มีสิทธิปฏิเสธโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือการวิจัย

สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้แนวคิด 7 Aspects model of care ได้แก่

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects model of care มีเนื้อหาเป็นความรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ประเมินอาการ ติดตามเฝ้าระวังอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ วางแผนการจำหน่าย เก็บรวบรวมข้อมูลและตัวชี้วัด แล้วประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วย 7 Aspect model of care

2. แบบประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ด้วย 7 Aspects model of care

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล คือ อายุ ประสบการณ์อบรม/พัฒนาและระยะเวลาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

2) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามความรู้ด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะปรนัย 4 ตัวเลือก แต่ละข้อมีตัวเลือกที่ถูกต้อง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน มีค่าช่วงคะแนนรวม คือ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง หมายถึง 16.0 – 20 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง 12.0-15.9 คะแนน และความรู้ระดับต่ำ หมายถึง 0 -11.9 คะแนน (2) แบบสัมภาษณ์สมรรถนะทางการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสนทนากลุ่มใช้แนวคำถามสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและคำถามปลายเปิดจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การให้ความหมายสมรรถนะทางการพยาบาลหลังการพัฒนา ปัจจัยเงื่อนไขการนำความรู้จากการพัฒนาไปใช้ เก็บข้อมูลโดยกระบวนการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 แบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มมีพยาบาลจำนวน 5-7 คนต่อกลุ่ม สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (3) แบบประเมินกระบวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดำเนินการเก็บข้อมูลสัปดาห์ที่ 4 มี 2 วิธี ได้แก่

วิธีการที่ 1 สังเกตทักษะปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินมีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ (1) การประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (2) การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (3) การดูแลความปลอดภัย (4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (5) การให้การดูแลต่อเนื่อง (6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ให้บริการและครอบครัว (7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ

กำหนดค่าคะแนน 3 ตัวเลือก ให้ความหมายดังนี้ 2 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง 1 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

วิธีการที่ 2 กระบวนการกลุ่ม โดยใช้แนวทางการสนทนา จำนวน 9 ข้อในด้านความคิดเห็นต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วย 7 Aspects of care มีผลต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างไร มีปัจจัยความสำเร็จหรือเกิดปัญหาอย่างไร ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนา

(4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลจำนวน 20 ข้อ ในด้านความคิดเห็นต่อรูปแบบการพยาบาลฯ การสื่อสารในทีมทุกระดับ การมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน การส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงาน วัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติในระบบการดูแลผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ ในด้านความพึงพอใจในการให้ข้อมูล การสื่อสารให้ความรู้ความเข้าใจในภาวะสุขภาพ การปฏิบัติช่วยเหลือด้านสุขภาพ การสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย/ญาติ การตอบสนองความต้องการ/การคาดหวังของผู้ป่วย/ญาติอย่างเหมาะสม บุคลิกภาพเหมาะสม ด้านการช่วยเหลือเอาใจใส่ วัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

6) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ในประเด็นและเกณฑ์ดังนี้ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (DTN) มากกว่าร้อยละ 70 อัตราตาย $\leq 5\%$ และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ พัลิตตกหกล้ม แผลกดทับ DVT ติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ)

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านระบบประสาท พยาบาลวิชาชีพผู้ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาโรคหลอดเลือดสมอง และอาจารย์พยาบาล ใช้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ค่า CVI เท่ากับ 0.83 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของเครื่องมือประเมินสมรรถนะพยาบาล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป จำนวน 30 คน หาความคงที่โดยใช้ค่า KR-20 ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.67 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลปฏิบัติงานและผู้ป่วย/ญาติในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 สืบค้นและวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัจจุบันจากการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันทั้งข้อมูลเชิงปริมาณของผู้ป่วย ข้อมูลเชิงระบบการจัดการด้านบุคลากร แนวทางการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในระบบทางด่วน Stroke fast track

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลด้วย 7 Aspects model of care

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบฯ ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบ Stroke fast track

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ สมรรถนะทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ประกอบด้วยความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลใหม่ 2) ผลลัพธ์ด้านองค์กร ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 70 อัตราตายของผู้ป่วย $\leq 5\%$ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง(ปอดอักเสบ พัลตตกหกล้ม แผลกดทับ DVT ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ) 3) ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการดูแล

ขั้นตอนที่ 5 นำข้อค้นพบจากการวิจัยมาเชื่อมโยงสร้างเป็นข้อสรุปเพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย สรุปผลของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects model of care

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ความถี่ ร้อยละ คะแนนความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลใช้สถิติการบรรยายแบบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลัง ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. แนวทางการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในระบบทางด่วน Stroke fast track โรงพยาบาลสุรินทร์ปรับใช้ตามแนวทางอ้างอิงจากคู่มือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไปของสถาบันประสาทวิทยา พ.ศ.2558 และปรับพัฒนาเป็นระยะด้วยหลักคิดระบบ LEAN ทำให้ผลลัพธ์การบริการมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังไม่ได้กำหนดเป็นมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลไม่มีความชัดเจน จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลด้วยกระบวนการวิจัย

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลด้วย 7 Aspects model of care ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 7 กิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลด้วย 7 Aspects model of care

กิจกรรม	การปฏิบัติการพยาบาล	กระบวนการ
1	การประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (Assessment)	การซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย/ญาติ ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน BLS /ACLS, GCS, V/S, N/S, Pupil, NIHSS
2	การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom distress management)	การจัดการใช้ Hypo-Hyperglycemia ปวดศีรษะ คลื่นไส้-อาเจียน Nutrition/Feeding , Depression management และ Mobilization
3	การดูแลความปลอดภัย (Provision for patient safety)	การเตรียมพร้อมเครื่องช่วยชีวิตฉุกเฉิน, Fall precaution

กิจกรรม	การปฏิบัติการพยาบาล	กระบวนการ
4	การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (Prevention of complication)	การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ IICP/Brain edema, Bleeding, Medication error, ปอดอักเสบ พลัตกทกล้ม แผลกดทับ DVT ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
5	การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care)	การวางแผนจำหน่าย ตาม DMETHOD (Medication, Environment, Treatment, Health, Out-patient, Referral, Diet)
6	การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการและครอบครัว (Facilitation of patient & Family self care)	ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การสอน/ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน(ปอดอักเสบ พลัตกทกล้ม แผลกดทับ DVT ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ) การช่วยเหลือส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน (ADL) การฟื้นฟูสภาพ (Mobilization) และ Mental support, Palliative care
7	การสร้างควมพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ รักษาพยาบาล	- การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่จำเป็น สื่อสารด้วยวาจา สุภาพ-อ่อนโยน การดูแลเอาใจใส่แบบเอื้ออาทรให้บริการที่เท่าเทียมกัน การตอบสนองในการรักษาพยาบาลตามความคาดหวัง และสร้างความเชื่อมั่นในการดูแล

3. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลด้วย 7 Aspects model of care ในระยะก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ

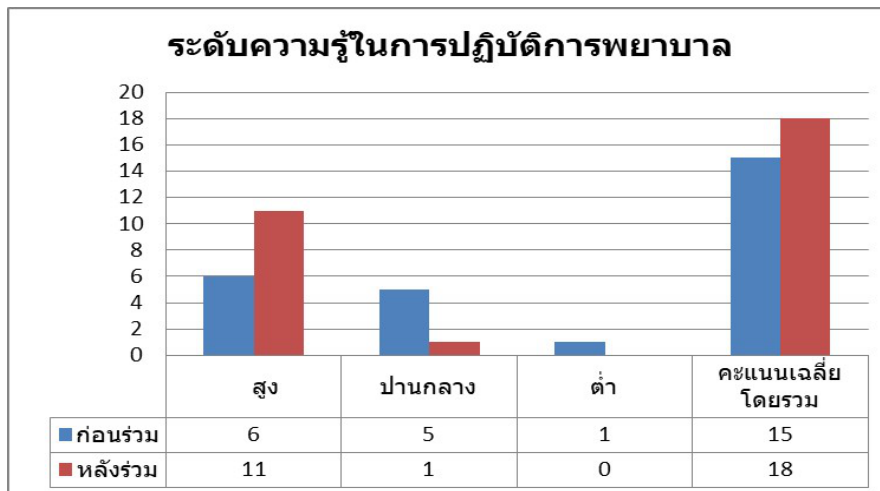
3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ข้อมูลของพยาบาล แบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ข้อมูลทั่วไป เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุอยู่ระหว่าง 23 - 44 ปี โดยช่วงอายุ 23 - 30 ปี ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 35.17 ปี มีประสบการณ์อบรม/พัฒนาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 53.85 ในส่วนของระยะเวลาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ-อุดตัน มาแล้ว 1-2 ปี ร้อยละ 46.15 และ มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 46.15 เท่ากัน และ ปฏิบัติงานมาแล้ว 3 - 5 ปี ร้อยละ 7.69

ความรู้ด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ก่อนใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อยู่ในระดับสูง จำนวน 6 คน ร้อยละ 50.00 ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ร้อยละ 41.67 และระดับต่ำ จำนวน 1 คน ร้อยละ 8.33 ส่วนคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (15 คะแนน) หลังใช้รูปแบบฯ พยาบาลมีความรู้ฯ อยู่ในระดับสูง จำนวน 11 คน ร้อยละ 91.67 ระดับปานกลาง จำนวน 1 คน ร้อยละ 8.33 ส่วนคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (18 คะแนน) ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ระดับความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ (n=12)



เมื่อเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ($\bar{X} = 18.00$, S.D. = 1.76) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 15.42$, S.D. = 1.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ด้านปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (n = 12)

ความรู้ด้านปฏิบัติการพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	15.42	1.08	6.2	11	<0.001
หลังการพัฒนา	18.00	1.76			

$p < 0.01$

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ในมุมมองของพยาบาล พบประเด็นหลัก ดังนี้

1. สมรรถนะทางการพยาบาล หมายถึง ความรู้ ความสามารถ ทักษะที่ดี มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพดังคำกล่าวที่ว่า “สมรรถนะทางการพยาบาลมีองค์ประกอบหลักคือความรู้ ทักษะความชำนาญ” พยาบาล ก. “..ไม่มีปัญหาอุปสรรคด้านสมรรถนะพยาบาลที่มีผลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลใหม่” พยาบาล ข. ด้านสมรรถนะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน คือการมีบทบาทพยาบาลเฉพาะทางมากขึ้น มีทักษะดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติมากกว่า ดังคำกล่าวที่ว่า “สมรรถนะการพยาบาลเฉพาะโรคที่ดูแลแบบเจาะจงทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาก” พยาบาล ข

2. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างจากก่อนการพัฒนา แต่มีระบบที่ชัดเจนมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “ทักษะการดูแลผู้ป่วยไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีความชำนาญมากพออยู่แล้ว แต่มีทิศทางในการกำหนดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น” พยาบาล ค.

3. ด้านทัศนคติ พบว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้นวัตกรรม 7 Aspects model of care ในเชิงบวก ดังคำกล่าวที่ว่า “การดูแลใกล้เคียง Care map แต่พยาบาลมีแบบแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น” พยาบาล ข. “..คิดว่ามีแบบแผนการพยาบาลชัดเจนขึ้น” พยาบาล ก. ส่วนทัศนคติเชิงลบคือมีเอกสารมากขึ้นเนื่องจากมีเนื้อหาของกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “..แต่มีการใช้เอกสารหลายหน้า ควรปรับลดจำนวนลง” พยาบาล จ.

4. อุปสรรคของการใช้รูปแบบฯ คือ พยาบาลบางส่วนไม่มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด 7 Aspects model of care ดังคำกล่าวที่ว่า “..เคยได้ยิน แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง” พยาบาล ก. “...7 Aspects model of care ยังไม่แพร่หลายบางคนยังไม่รู้ว่าคืออะไรและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ควรจัดทำต้นแบบให้บุคลากรนำไปใช้ได้ง่ายและแพร่หลายมากขึ้น” พยาบาล ข.

กระบวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

1. การสังเกตทักษะปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล พบการปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันครบทั้ง 7 กิจกรรมเป็นประจำ มากที่สุด ร้อยละ 90.95 รองลงมา มีการปฏิบัติ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 8.57 และไม่ปฏิบัติเลย ร้อยละ 0.48 พิจารณารายข้อพบว่าการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ มีการปฏิบัติทุกครั้ง ($\bar{X}$ = 2.00, S.D. = 0.00) ส่วนการประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ = 1.97, S.D. = 0.18) การดูแลด้านความปลอดภัย ($\bar{X}$ = 1.93, S.D. = 0.25) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X}$ = 1.93, S.D. = 0.25) การดูแลต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 1.93, S.D. = 0.25) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ให้บริการและครอบครัว ($\bar{X}$ = 1.77, S.D. = 0.50) และการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ = 1.08, S.D. = 0.40) มีการปฏิบัติบางครั้ง ดังตารางที่ 4

2. การสนทนากับกระบวนการกลุ่ม พบว่า ช่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้สะดวก และสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมมากขึ้น ภาพรวมพบว่า ด้านการประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาพยาบาล การดูแลต่อเนื่อง และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการและครอบครัวมีการปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ การดูแลความปลอดภัยและการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีการปฏิบัติบางครั้ง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของทักษะปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วย 7 Aspects of care (n = 30)

ทักษะปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน	จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	2 ปฏิบัติทุกครั้ง	1 ปฏิบัติบางครั้ง	0 ไม่ได้ปฏิบัติ			
1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ	29 (96.67)	1 (3.33)	0	1.97	0.18	มาก
2. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ	30 (100)	0	0	2.00	0.00	มาก
3. การดูแลความปลอดภัย	28 (93.33)	2 (6.67)	0	1.93	0.25	มาก
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล	28 (93.33)	2 (6.67)	0	1.93	0.25	มาก
5. การให้การดูแลต่อเนื่อง	28 (93.33)	2 (6.67)	0	1.93	0.25	มาก

ทักษะปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน	จำนวน (ร้อยละ)			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	2 ปฏิบัติทุกครั้ง	1 ปฏิบัติบางครั้ง	0 ไม่ได้ปฏิบัติ			
6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการและครอบครัว	24 (80.00)	5 (16.67)	1 (3.33)	1.77	0.50	มาก
7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ	24 (80.00)	6 (20.00)	0	1.80	0.40	มาก
ภาพรวม	27.29 (90.95)	2.57 (8.57)	0.03 (0.48)	1.90	0.26	มาก

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยมีความพึงพอใจต่อการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน มากที่สุด ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = 0.48) รองลงมา เป็นความครอบคลุม ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.52)

3.2 ผลลัพธ์ด้านองค์กร ประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล โดยรายงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

ในภาพรวมเมื่อแยกตามช่วงเวลาพบว่า อัตรา DNT ภายใน 60 นาที ในช่วง ม.ค. – มิ.ย. 2564 ร้อยละ 70.00 และลดลงในช่วง ก.ค. – ธ.ค. 2564 เป็นร้อยละ 60.00 ด้วยสถานการณ์ระบาดระลอกใหม่ต้องบริหารอัตรากำลังพยาบาลในการไปช่วยดูแลผู้ป่วย COVID-19 จึงมีผลต่อการบริการ หลังจากนั้นเมื่อสถานการณ์ COVID-19 เริ่มดีขึ้น จึงมีอัตรา DNT เพิ่มขึ้นในช่วง ม.ค. – ธ.ค. 2564 ร้อยละ 65.19 ม.ค.- มิ.ค. 2565 ร้อยละ 94.59 และแนวโน้มสามารถลดระยะเวลาได้ต่ำกว่า 60 นาที

ส่วนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ช่วง พ.ค. 2564 – มิ.ค.2565 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (DNT) กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน ร้อยละ 57 อายุระหว่าง 50 - 89 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 13 คน ร้อยละ 43 อายุระหว่าง 50 - 89 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี อัตรา DNT ภายใน 60 นาที ร้อยละ 100 เมื่อจำแนกตามช่วงเวลา พบอัตรา DNT ภายใน 46 – 60 นาที จำนวน 28 คน ร้อยละ 93 และภายใน 45 นาที จำนวน 2 คน ร้อยละ 7 อัตรา DTN ภายใน 60 นาที ได้ร้อยละ 100 ด้วยเวลาเฉลี่ย 52 นาที ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ลักษณะทั่วไปและอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที

ลักษณะ	คนที่																	เฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	12	15	17	
เพศหญิง (n=17, ร้อยละ 57)																		
อายุ(ปี)	81	69	69	66	89	75	75	85	70	39	80	80	63	84	72	72	50	56.00
DNT	49	52	47	58	54	48	50	51	45	48	60	57	55	53	50	54	51	52.00.
(นาที)																		
เพศชาย (n=13, ร้อยละ 43)																		
อายุ(ปี)	48	81	77	75	44	73	77	73	72	66	64	73	78					69.03
DNT	45	60	52	48	57	47	60	46	60	60	55	47	50					52.85
(นาที)																		

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปี 2564 พบปอดอักเสบ ร้อยละ 2.57 และแผลกดทับ ร้อยละ 0.80 ไม่มีการเกิดพลัดตกหกล้ม DVT และติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปี พ.ศ.2564

ปี 2564													
เดือน	ม.ค	ก.พ.	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	รวม
จำนวนผู้ป่วย(คน)	154	134	181	182	174	154	128	132	162	131	138	157	1,827
ปอด อักเสบ ≤5%	คน	2	2	3	4	6	4	5	6	8	2	2	47
	ร้อยละ	1.29	1.49	1.65	2.19	3.44	2.59	3.90	4.54	4.93	1.52	1.44	2.57
แผลกด ทับ≤5%	คน	1	0	1	2	2	2	2	2	0	0	1	15
	ร้อยละ	0.64	0.00	0.55	1.09	1.14	1.29	1.56	1.51	1.23	0.00	0.00	0.80
พลัดตก หกล้ม, DVT = 0	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ติดเชื้ ระบบ ทางเดิน ปัสสาวะ ≤5%	คน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ส่วนในปี 2565 ในช่วง ม.ค.- มี.ค. 2565 พบปอดอักเสบ ร้อยละ 1.49 และแผลกดทับ ร้อยละ 0.43 ซึ่งมีอัตราต่ำกว่าเกณฑ์และแนวโน้มลดลงจากปี 2564 ด้านอัตรารายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอัตรารายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปี 2564 มี 43 คน ร้อยละ 2.35 และช่วง ม.ค.- มี.ค. 2565 มี 5 คน ร้อยละ 1.06 ใกล้เคียงกับอัตราเดิมในช่วงมกราคม- มีนาคม ปี 2564

3.3 ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติในระบบการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ โดยแพทย์และพยาบาลได้อธิบายบอก/แจ้งข้อมูลภาวะสุขภาพ การรักษา การดำเนินของโรคและอาการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ชัดเจน ($\bar{X}$ = 4.69, S.D.= 0.48) และพึงพอใจต่อความครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ การสอน/ฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน: ดูแลการกลืน ปอดอักเสบ การเคลื่อนไหวจัดทำ ป้องกันแผลกดทับ DVT การติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ ($\bar{X}$ = 4.54, S.D.= 0.52)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ด้วยแนวคิดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการ (7 Aspects model of care)⁶ ของสภาการพยาบาล เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจรและสอดคล้องความต้องการของผู้รับบริการในระยะวิกฤติและเฉียบพลัน ให้มีมาตรฐานเกิดความปลอดภัย มีแนวทางปฏิบัติ (Work flow)

ใน 7 กิจกรรมบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระบบ Stroke fast tract เครือข่าย จังหวัดสุรินทร์ที่ปรับให้เข้ากับบริบทของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) แนวทางปฏิบัติ มีดังนี้

1.1 การประเมินผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ ในระยะแรกในระยะการดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย ได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาด รูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง กำลังแขนขา ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (จาก National Institutes of Health Stroke Scale : NIHSS) ประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพ

1.2 การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ได้แก่ ใช้ มีการประเมินอุณหภูมิกายสม่ำเสมอ ดูแลให้ยา ลดไข้ ประเมินภาวะขาดน้ำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อคงระบบไหลเวียนโลหิตให้ปกติ ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดให้คงอยู่ในระดับปกติ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia จัดทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยนอนศีรษะราบถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และแพทย์ประเมินแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด เลือดออกในเนื้อสมองหรือสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีโอกาสสูงที่สุดลำลึกสูง ควรจัดให้อุณหภูมิผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ระวังให้ศีรษะลำคอและสะโพกไม่พับงอ เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก และการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะ ICP ประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโดยเร็ว อย่างมีมาตรฐานและปลอดภัยภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืน ควรได้รับอาหารทางสายยาง ให้อาหารตั้งแต่ในช่วงแรกของโรค (เริ่มภายใน 7 วันแรก) ส่งเสริมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Early mobilization) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ คลายความวิตกกังวล

1.3 การดูแลความปลอดภัยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การป้องกันการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล ให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งาน การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

1.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล ได้แก่ การป้องกันอันตราย จากการให้ยา การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยด้วยวิธีต่าง ๆ ป้องกันภาวะ ICP/ Brain edema อาการชัก Aspirated pneumonia แผลกดทับ ติดเชื้อ อวัยวะ ทางเดินปัสสาวะ พลาดตกหกล้ม Bleeding จากยาละลายลิ่มเลือด ประเมินหลอดเลือดดำอุดตัน (DVT) ร่วมกับ แพทย์

1.5. การให้การดูแลต่อเนื่อง ประเมินความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังกลับบ้าน สอนสาธิตพร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการ พลาดตกหกล้ม การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและอาหาร การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ การช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ช่วยในการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้แก่ เตียงนอน รถเข็น Walker, Tricaine อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น วางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D

1.6 การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว การช่วยเหลือสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การใช้ยา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสอบนัด

1.7 การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ โดยแพทย์และพยาบาลได้อธิบาย แจ้งข้อมูล ภาวะสุขภาพ การรักษา การดำเนินของโรคและอาการของผู้ป่วยครบถ้วน ชัดเจน การดูแลรักษาพยาบาล รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสมกับอาการ พยาบาลมีความกระตือรือร้น ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย/ญาติ บุคลิกภาพเหมาะสม สื่อสาร พูดจาสุภาพ การป้องกันการเกิดอันตราย/ภาวะแทรกซ้อนในการเจ็บป่วย เช่น การป้องกัน อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ให้คำแนะนำ สอน ฝึกทักษะการดูแลระยะฟื้นฟู และปัญหาอื่น ๆ

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ด้านสมรรถนะทางการพยาบาล พบว่ามีความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาล เพิ่มขึ้น ด้วย 7 Aspects model of care มุ่งเน้นบทบาทพยาบาลและกระบวนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง มีแบบแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยแนวทางการพยาบาลทั้ง 7 กิจกรรมช่วยสนับสนุนให้พยาบาลเกิดทัศนคติ เชิงบวกต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน มีการปรับตัวในการพัฒนาสมรรถนะตนเองด้านความรู้และ ทักษะการพยาบาลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันระยะเฉียบพลันได้ครบ ทุกมิติมากขึ้น ได้แก่ ความรู้และทักษะการประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล การให้การดูแล ต่อเนื่อง การทำกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพ⁸ การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และสามารถติดตามประเมินผลการปฏิบัติ ได้ด้วยตนเอง ด้านการมีส่วนร่วมพัฒนาแนวทางการพยาบาล ช่วยส่งเสริมทักษะการวางแผนการพยาบาล และ ทักษะการทำงานในทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับไพรวลัย พรหมดี¹² พบว่า ภายหลังจากพัฒนา รูปแบบพยาบาลด้วยหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ด้วยแนวคิดเชิงระบบการพัฒนาศูนย์การดูแลของโดนาปีติน พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะโดยรวมเพิ่มขึ้น และบุญรัตน์ เพิกเดช⁷ อธิบายรูปแบบดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ด้วยแนวคิด ของบอร์กและกอลล์ พบว่าช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นทีม มีแนวทางการดูแลและสร้างความมั่นใจ ให้แก่พยาบาล เช่นเดียวกับ ยุวดี ผงสา⁸ อธิบายว่าพยาบาลมีความสามารถในการตัดสินใจให้การพยาบาล ได้มีประสิทธิภาพเป็นแนวทางเดียวกัน

ด้านการประเมินตามขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ การดูแล ความปลอดภัยและการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการมีการปฏิบัติบางครั้ง ทีมพยาบาล ร่วมวิเคราะห์สาเหตุพบว่า มีการปฏิบัติทุกครั้ง แต่ไม่ได้บันทึกการปฏิบัติ ควรวางแผนการพัฒนาในประเด็น การบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วน สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของพยาบาลที่มีข้อเสนอแนะควรปรับเอกสาร ให้มีความกระชับมากขึ้น ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects model of care พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก ของแบบวัดความพึงพอใจทั้งหมด เนื่องจากเห็นว่ามีประโยชน์กับหน่วยงาน มีนโยบายชัดเจน ครอบคลุม ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน การฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนเรื่องความพึงพอใจที่น้อยที่สุด เฉลี่ยอยู่ใน ระดับมากโดยเห็นว่ามีมาตรการครอบคลุมกระบวนการพยาบาล

3. ผลลัพธ์ด้านองค์กร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ในระบบ Stroke fast tract ที่มีข้อบ่งชี้เป็นไปตามเกณฑ์ ได้รับ rtPA ทุกราย ส่วนอัตรา DNT เป็นไปตามเกณฑ์คือไม่เกิน 60 นาที ร้อยละ 100 ด้วยเวลาเฉลี่ย 52 นาที จึงมีโอกาสนำมาพัฒนาระบบบริการเพื่อลดระยะเวลา DTN ≤ 45 นาทีได้ เนื่องจากมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และพยาบาลมีสมรรถนะในการประเมินอาการผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้อง การดูแลรักษาที่มีความรวดเร็วและต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้เร็วขึ้น ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล การให้การดูแลต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญมีอัตราการลดลง ได้แก่ ปอดอักเสบ พัสดักทกหักล้ม แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีแนวโน้มลดลง ซึ่งแสดงถึงระบบการดูแลรักษาพยาบาลโดยรวมมีคุณภาพดี และพยาบาลเป็นผู้ดูแลหลักในหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects model of care ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญญรัตน์ เพิกเดช⁹ และยุวดี ผงสา¹⁰ ที่มีแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยผังการปฏิบัติงานพบว่า ปอดอักเสบและแผลกดทับลดลง การดูแลมีมาตรฐานครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสอดคล้องกับ อมรรรัตน์ กุลทิพรธน์ และคณะ¹¹ ที่มีการใช้แนวปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายครบวงจร ทำให้อุบัติการณ์ปอดอักเสบและติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะต่ำ แผลกดทับมีแนวโน้มน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ ส่วนผลลัพธ์ด้านองค์กรพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น อัตราตายมีแนวโน้มคงที่/ลดลง สอดคล้องกับไพรวลัย พรหมที และคณะ¹² ที่มีการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ช่วยให้ระยะเวลาการได้รับยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของเอื้อมพร กาญจนรังสีชัย และคณะ¹³ ที่มีการใช้ทฤษฎีระบบเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแบบรายกรณีและการดูแลร่วม สามารถลดระยะเวลาการเข้าถึงยา ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง และภาวะทุพพลภาพลดลง

4. ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล ทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด โดยเห็นว่าแพทย์และพยาบาลได้อธิบายและแจ้งข้อมูลภาวะสุขภาพ อาการ การรักษา การดำเนินของโรคของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ชัดเจน ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนเรื่องที่พึงพอใจน้อยที่สุด คือการอธิบายเนื้อหาที่มีความครอบคลุมกระบวนการพยาบาล อาจเกิดจากการสื่อสารของพยาบาลไม่ชัดเจนและผู้รับบริการไม่เข้าใจคำว่ากระบวนการพยาบาล

5. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วย 7 Aspects model of care ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถใช้เป็นแนวทางหลักทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤติ เนื่องจากมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องทั้งในพยาบาลระดับปฏิบัติการ ให้ประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วถูกต้อง ครบถ้วนยิ่งขึ้น และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร/หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถติดตามประเมิน ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้มาก ด้านการดูแลเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะจำหน่ายใช้หลัก METHOD (Medication, Environment, Treatment, Health, Out-patient, Referral, Diet) เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง จะช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระบบบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของอมรรรัตน์ กุลทิพรธน์¹¹ ที่ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่อเนื่องครบวงจรในโรงพยาบาลช่วยให้คุณภาพการดูแล

ผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดสามารถลดระยะเวลาการเข้าถึงยา ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและภาวะทุพพลภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของกันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล⁵ ที่ใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ พบว่า คุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกิดรูปแบบ Stroke nurse round ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการบริการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบฯ ควรประกอบด้วยผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจนในการใช้รูปแบบ พร้อมทั้งส่งเสริมความเข้าใจและการมีส่วนร่วมพัฒนางาน และการติดตามให้คำแนะนำต่อเนื่อง โดยมีการปฏิบัติที่มุ่งเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีกุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะแรก ได้แก่ พยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน เพื่อให้มีการเชื่อมโยงผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน
2. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อหาปัจจัยสาเหตุและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล สามารถนำรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 7 Aspects model of care เป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลได้ตามบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โดยเน้นการมีส่วนร่วม ลดขั้นตอนการปฏิบัติ ลดเอกสารแต่ยังคงคุณภาพการพยาบาลที่ดี ด้านการวิจัย ควรวิจัยศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มอื่นและพื้นที่อื่น ทั้งนี้ในการวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ควรขยายการศึกษาพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารต้นสังกัด คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ผู้ทรงคุณวุฒิ ทีมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และผู้รับบริการที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ธน อีระวรวงศ์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ Clinical Practice Guidelines for Ischemic Stroke. สถาบันประสาทวิทยา (ฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: ธนาเพรศ; 2562.
2. นิภาพร บุตรสิงห์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล 2562;34:15-29.
3. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (ฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ: ธนาเพรศ; 2558.
4. กรมควบคุมโรค. โรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2563] เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.phpd=48

5. กันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล, ลัดดา อะโนศรี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารกองการพยาบาล 2560;44:26-45.
6. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
7. เสาวลักษณ์ เกษมสุข, วินารัตน์ กันจัน๊ะ และดารณี ศิริบุตร. การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันภายหลังการใช้ระบบการดูแลแบบ 7 ASPECTS OF CARE ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกมดลูกห่อผู้ป่วยนรีเวชกรรมรพพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร 2562;11:85-91.
8. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. Stroke 2016;47:98-169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098.
9. บุญญรัตน์ เพิกเดช.-การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2563;34:7-21.
10. ยุวดี ผงสา. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563;2:139-153.
11. อมรรัตน์ กุลทิพวรรณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวงจร เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560;34:7-21.
12. ไพรวลย์ พรหมที, กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, สุภาพรณัฏ์ ตันต์สุระ. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564;39:128-137.
13. เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย, วนิดา ประดุงจักรภาพ, ดวงใจ อาพร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;33:12-22.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เจนจิรา สร้อยจักร พย.บ.¹, ชนายนันท์ พรหมเสน พย.บ.¹, ชนายนันท์ พันยา พย.บ.¹,
ปาริวาส คงลอด พย.บ.¹, อรรถชัย จันทร์ภักดี พย.บ.¹, สมปอง พะมูลิลา ปร.ด.(การพยาบาล)^{2*}

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรค COVID-19 จะเห็นว่ากลุ่มผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะเกิดผลกระทบที่รุนแรงมากกว่าคนปกติทำให้เป็นปัญหาสุขภาพตามมาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 291 ราย เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 87.60$, S.D. = 15.93) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r = -.12$) และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .75$) ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลสำหรับพยาบาลในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านและชุมชนในสถานการณ์ COVID-19 เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: โควิด-19 โรคเรื้อรัง คุณภาพชีวิต

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

* Corresponding author e-mail: sompong.p@ubu.ac.th

วันที่รับ (received) 18 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 ธ.ค. 2565

Quality of Life of Chronic Disease Patients during the COVID-19 Situation in a Sub-district, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province

Jenjira Soijak B.N.S.¹, Chananan Promsen B.N.S.¹, Chayanana Panya B.N.S.¹,
Parivas Khonglod B.N.S.¹, Atthachai Janpakdee B.N.S.¹, Sompong Pamulila Ph.D. (Nursing)^{2*}

Abstract

According to the current situation of the COVID-19 pandemic, patients with chronic diseases are likely to have more severe effects than normal people. It has caused health problems which affect the quality of life of patients. This survey research aimed to study the quality of life of patients with chronic diseases during the COVID-19 situation. The samples were 291 male and female patients with diabetes and hypertension living in a sub-district in Warinchamrap district, Ubon Ratchathani province. The questionnaire on the quality of life for patients with chronic diseases was used. Cronbach's Alpha Coefficient was employed to investigate the reliability of the questionnaire, and the value was 0.94. Descriptive statistics, Pearson Correlation and Spearman Rank Correlation were also analyzed in this study. The results revealed that the overall quality of life of patients with chronic diseases in the COVID-19 situation was at a moderate level ($\bar{X} = 87.60$, S.D. = 15.93). When considering each aspect, it was found that the quality of life regarding environmental, physical, mental and social relationship was at a moderate level. In terms of factors associated with quality of life of patients with chronic diseases, it revealed that income was negatively correlated with quality of life at the statistically significant level of 0.05 ($r = -.12$). Furthermore, access to health services was positively correlated with quality of life at the statistically significant level ($r_s = .75$). The study results can be used as the guidelines for nurses in providing home and community care services for patients with chronic diseases during the COVID-19 situation in order to promote good quality of life for patients with chronic diseases.

Keywords: covid-19, chronic disease, quality of life

¹ Nursing Student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

* Corresponding author e-mail: sompong.p@ubu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันมีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา (Coronavirus; COVID-19) โดยมีการแพร่ระบาดทั่วโลกอย่างรวดเร็วและสามารถติดต่อได้ง่าย ดังรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 1,975,591 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ติดเชื้อ 7,592 ราย¹ เช่นเดียวกับจังหวัดอุบลราชธานี พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 84 ราย ติดเชื้อในพื้นที่ 80 ราย ติดเชื้อจากต่างจังหวัด 4 ราย ผู้ป่วยสะสม 20,357 ราย² การระบาดของโรคส่งผลทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ทั้งในกลุ่มผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว และในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะเกิดผลกระทบที่รุนแรงมากกว่า ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งต่อครอบครัวและประเทศชาติตามมา

การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยและกลุ่มผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ในการระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ด้านร่างกาย พบว่า มีการป้องกันการติดเชื้อและดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เช่น การหมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ใกล้ผู้อื่น ทำให้การหายใจได้ลำบาก³ สถานการณ์การระบาดยังส่งผลต่อด้านจิตใจ คือ มีความเครียดจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเป็นแบบ Work from home สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁴⁻⁵ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับการพบปะกับเพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน และการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือนลดลง³ การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ด้านร่างกาย เมื่อมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย หรือมีแผลที่เท้า ในสถานการณ์ปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถไปพบแพทย์หรือรับยาที่โรงพยาบาลได้ ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีอาการเครียด วิตกกังวล สูญเสียพลังอำนาจเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 อาจทำให้เสียชีวิตได้⁵ ด้านสังคม มีการเว้นระยะห่างทางสังคม จึงเกิดมาตรการลดการแออัดทางสังคมของโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยมีการเลื่อนนัดติดตามอาการ และมีการปรับเปลี่ยนโดยรับยาต่อเนื่องผ่านทางไปรษณีย์ ร้านขายยา อสม. ส่งยาที่บ้าน⁶ ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งผลต่อการเกิดอาการอย่างรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้นในสถานการณ์ COVID-19⁷

สำหรับประเทศไทยกลุ่มโรคเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2563 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 4 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 52.80, 32.57, 25.05 และ 14.22 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁸ จากแนวโน้มของสถานการณ์ภาวะโรคเรื้อรังจะเห็นได้ว่าภาวะนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วย⁹ จากการศึกษาประชากรตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรทั้งหมด 6,542 ราย พบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 1,195 ราย¹⁰ จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในวัยสูงอายุส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงทั้งด้านกายภาพและด้านความรู้คิด เกิดการเจ็บป่วยเฉพาะลักษณะของผู้สูงอายุ หรือเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคตามมาได้⁹ ซึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

จากนโยบายลดความแออัดในสถานบริการโรงพยาบาลในช่วงมีการระบาดของโรค COVID-19 โดยเปลี่ยนระบบบริการเป็นเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องมาแออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ระบบบริการสาธารณสุขมีการปรับรูปแบบ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาพยาบาล มีระบบจัดคิวเข้ารับการรักษา ระบบนัดหมายผู้ป่วยเป็นช่วงเวลา จัดทางเลือกการนัดคิวรักษาคลินิกพิเศษให้ผู้ป่วยเลือก และระบบรักษาทางโทรศัพท์ Telemedicine เพื่อลดความแออัดการรับบริการในโรงพยาบาล¹¹ ส่งผลให้มีความยากลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาลในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไป ผู้ป่วยต้องปรับตัวตามสถานการณ์ ซึ่งผลกระทบดังกล่าว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังลดลง

ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories of aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพเมื่อเข้าสู่วัยชรากระบวนการเปลี่ยนแปลงของความชราที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับอายุของสิ่งมีชีวิต การทำงานของอวัยวะในร่างกายทำงานได้ลดลง การทำงานของต่อมไร้ท่อทำงานลดลงอินซูลินจะผลิตน้อยลงเกิดเป็นเบาหวานขึ้นได้ง่ายในผู้สูงอายุ และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ ได้แก่ ดัชนีมวลกายมากกว่า 27 kg/m^2 ความยาวเส้นรอบเอวมากกว่าปกติ มีประวัติความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงผิดปกติ เป็นต้น¹² จะเห็นว่า โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมักมาควบคู่กัน จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยทำให้คุณภาพชีวิตลดลงเกิดเป็นปัญหาสุขภาพตามมา จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้สัมภาษณ์พ่ออีกแม่อีก คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ในสถานการณ์ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการเดินทางไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์หรือรับยาด้วยตนเองได้ จึงนำไปสู่คำถามว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 เป็นอย่างไร

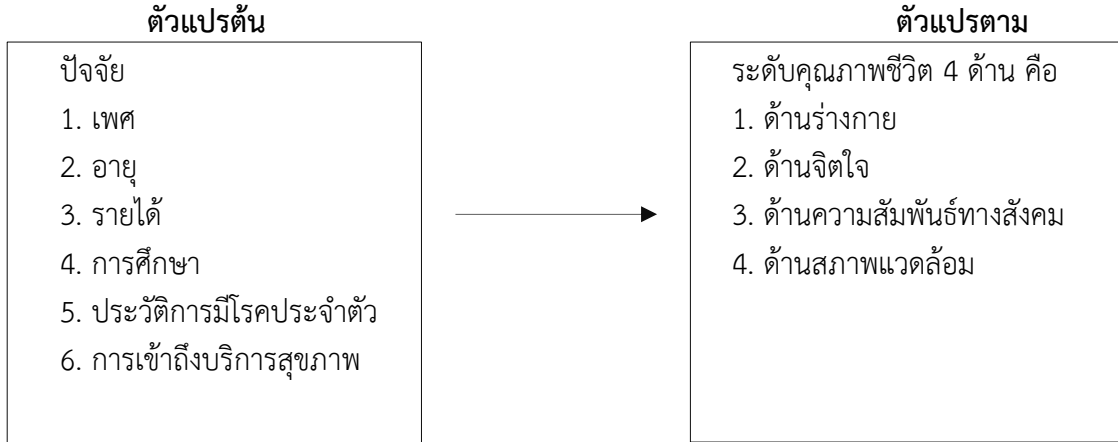
จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 สำหรับในต่างประเทศ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ในทางลบเนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการติดเชื้อ COVID-19⁵ ส่วนประเทศไทย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง¹³⁻¹⁴ ทั้งนี้ พบว่ารายได้และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง¹⁵ จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ยังคงมีน้อยไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ สะท้อนให้เห็นช่องว่างของความรู้ที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ที่ศึกษาภายใต้บริบทที่มีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 จะช่วยให้มีความเข้าใจถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ของประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนทางสาธารณสุข อีกทั้งเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รายด้านและโดยรวม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบเฉพาะโรค (Disease-specific measurement) ซึ่งดัดแปลงและปรับปรุงจากนุจรินทร์ โพธารส¹⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 รายด้านและโดยรวม ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากในพื้นที่ที่ศึกษามีผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมากซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 291 ราย ระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึงเดือน มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,195 คน
2. หาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน¹⁷

$$n = \frac{x^2 N p(1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p(1-p)}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 291 ราย และทำการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิที่ 1 เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคเบาหวาน 418 ราย และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง 777 ราย จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนโดยใช้สูตร Proportion to size

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ} = \frac{\text{กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้ป่วยในแต่ละโรค}}{\text{ผลรวมของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง}}$$

ได้กลุ่มโรคเบาหวาน 102 ราย และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง 189 ราย รวมทั้งสิ้น 291 ราย
จากนั้น สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มเป็น 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 10 คน ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหมู่บ้านละ 17 คน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาโดยยึดแนวทางหลักของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Guiding ethical principles) หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มี 3 หลักการ ได้แก่ 1) หลักเคารพในบุคคล (Respect for person) มีการขอความยินยอมจากกลุ่มประชากรเป้าหมายของการวิจัยให้เข้าร่วมในการวิจัย โดยการแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ 2) หลักผลประโยชน์ (Beneficence) มีการระบุว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประโยชน์หรือไม่ และผู้วิจัยจะทำการเก็บความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี การระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัย และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเข้าและ คัดออกที่ชัดเจนไม่มีอคติ โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัย อุบลราชธานี ลงในวันที่ 21 มกราคม 2565 เลขที่ UBU-REC-03/2565 ก่อนเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ การศึกษา ประวัติการมีโรคประจำตัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบเฉพาะโรค (Disease-Specific measurement) ซึ่งดัดแปลงและปรับปรุงจาก นุจรินทร์ โพธารส¹⁶ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสถานการณ์ COVID-19 ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม มีทั้งหมด 26 ข้อ โดยมีคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 คำถามเชิงลบ แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้		กลุ่มที่ 2 คำถามเชิงบวก แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้	
ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน	ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน	เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 2 คะแนน	มาก	ให้ 4 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน	มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 - 95 คะแนน	ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
คะแนน 96 - 130 คะแนน	ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.75 - 0.91 และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 291 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึง เดือน มีนาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้ Pearson correlation และ Spearman rank correlation

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.60 มีอายุเฉลี่ย 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.80 รายได้ต่ำกว่า 5,000 ร้อยละ 92.44 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 92.80 ประวัติการมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.90 โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.10 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับไม่ดี ร้อยละ 36.40

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 โดยรวม (n = 291)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านร่างกาย	22.95	3.74	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	21.07	4.21	ปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.45	2.15	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	27.19	5.61	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน	87.60	15.93	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 87.60$, S.D. = 15.93) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 27.19$, S.D. = 5.61) ด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 22.95$, S.D. = 3.74)

ด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 21.07$, S.D. = 4.21) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 9.45$, S.D. = 2.15)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัย อายุ รายได้ เพศ การศึกษา ประวัติการมีโรคประจำตัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิต	(n = 291)	
	Correlation Coefficient	p-value
เพศ	$r_s = .04$	0.46
อายุ	$r = .07$	0.22
รายได้	$r = -.12^*$	0.03
การศึกษา	$r_s = -.11$	0.05
ประวัติการมีโรคประจำตัว	$r_s = .00$	0.90
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	$r_s = .75^{**}$	0.00

r = Pearson correlation, r_s = Spearman rank correlation; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ตำบลแห่งหนึ่งอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เพศ อายุ การศึกษา ประวัติการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 โดยภาพรวม พบว่า การศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในปัจจุบันส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลต่อการปรับตัวในการเข้าสังคม เช่น มีการเว้นระยะห่าง งดการพบปะกัน และสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอำเภอสีมพู่ จังหวัดขอนแก่น¹⁴ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.00 โดยอธิบายคุณภาพชีวิตรายด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคประจำตัวมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอมากกว่าคนที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว ส่งผลให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ขาดความรู้ในการดูแลตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง

ในตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี¹⁵ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอ่างทอง¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องโควิด ให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ ให้ตัวบุคคลสามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายก็จะสูงขึ้น

ด้านจิตใจ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ระบาดอย่างต่อเนื่อง และเชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ส่งผลให้ประชาชนรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก กลัวว่าตนเองจะได้รับเชื้อ ทำให้สมาธิในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลงส่งผลให้ความพอใจในตนเองลดลงและความสุขในการดำเนินชีวิตจึงลดลงไปด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี¹⁵ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางและการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอ่างทอง¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนบ้านก็ไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม และต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม เนื่องจากการเว้นระยะห่างในสังคมช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเมื่อเราเว้นระยะห่างกัน ไม่มีการสัมผัสกัน โอกาสติดเชื้อก็จะลดลงไป ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี¹⁵ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางและการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง¹⁸ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน สามารถให้ใช้ชีวิตประจำวันปกติ เน้นการป้องกัน โดยการใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งหลังออกจากบ้าน ต้องมีความระมัดระวังมากยิ่งขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและครอบครัว

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ก่อนออกจากบ้านต้องสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ทำให้ในชุมชนมีขยะติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น การจำกัดในการใช้บริการสาธารณสุขเพื่อลดอัตราการติดเชื้อส่งผลต่อความความพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี¹⁵ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง¹⁸ พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามา

ช่วยในการกำจัดขยะมูลฝอยดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เพศ ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยด้านเพศ เพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี¹⁵ พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเครือโพธิ์ชัย จังหวัดสกลนคร¹⁹ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง คุณภาพชีวิตก็ไม่แตกต่างกัน ทุกคนสามารถป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้ ขึ้นอยู่กับการใช้ชีวิตและต้องรู้จักการดูแลตนเองที่ดี

อายุ ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละช่วงวัยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่าง ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยสูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษาสามารถดูแลตัวเองได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โควิดได้ ดังนั้น ปัจจัยด้านอายุจึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป¹³ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี พบว่า ปัจจัยด้านอายุส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง¹⁵ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละช่วงวัย มีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

รายได้ ปัจจัยด้านรายได้อาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้มากและรายได้น้อย พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน อธิบายได้ว่า รายได้ไม่ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตน้อยลงไปด้วย

การศึกษา ปัจจัยด้านการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่า คนที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าไม่ได้มีผลต่อการดูแลตนเองที่ดีกว่า เนื่องจากผลการศึกษาอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านเชียงเครือโพธิ์ชัย จังหวัดสกลนคร¹⁹ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ประวัติการมีโรคประจำตัว ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่า ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยเรื้อรังได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ไม่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยลง คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีความขัดแย้งกับทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories of aging) และแตกต่างกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านเชียงเครือโพธิ์ชัย จังหวัดสกลนคร¹⁹ พบว่า ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้น การมีโรคประจำตัวและระยะของโรคส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง

การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังต้องได้รับการรักษา อย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพจะทำให้ได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกาย ที่แข็งแรง และส่งผลให้มีคุณภาพที่ดี เห็นได้ว่าผู้ที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับดีมาก จะส่งผลให้คุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในตำบลท่าช้างจังหวัดจันทบุรี¹⁵ พบว่า การเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหาร ส่วนตำบลท่าช้างจังหวัดจันทบุรี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษาควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19 ซึ่งจะเป็แนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์ COVID-19
2. ด้านการวิจัยควรมีการศึกษาในต่างพื้นที่เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ต่าง ๆ ว่าในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.
2. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี. การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึง เมื่อ 8 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.phoubon.in.th/>
3. วิเชียร มั่นแหล่, บุญยิ่ง ประทุม, สุรศักดิ์ แก้วอ่อน, กรกฎ จำเนียร. ผลกระทบและการปรับตัวของ ประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ 2564;11:327-40.
4. สุจรรยา โลหาชีวะ. การเผชิญความเครียดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2565;1:1-11.
5. Abdelghani M, Hamed MG, Said A, Fouad E. Evaluation of perceived fears of COVID-19 virus infection and its relationship to health-related quality of life among patients with diabetes mellitus in Egypt during pandemic: a developing country single-center study. Diabetol Int. 2021;13:108-16. doi: 10.1007/s13340-021-00511-8.

6. ประภา ราชชา, จารุภา คงรส, ธนพร สดชื่น. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;3:414-26.
7. กุลวดี กุลสุนทร, เกศรินทร์ วิงพัฒน์, โชติ บดีรัฐ. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19. Journal of Roi Kaensarn Academi 2564;11:288-302.
8. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559 – 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>.
9. ศกุนตลา อนูเรือง. ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ: สถานการณ์ ประเด็นท้าทาย และการจัดการดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;2:1-14.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค. ข้อมูลทั่วไปตำบลเมืองศรีโค [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://group.surinpho.go.th/qualityservice/wp-content/uploads/2020/01>
11. กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับโรงพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://stopcovid.anamai.moph.go.th/attach/w774/f20211201211017_iXg45j3zxs.pdf
12. นพณัฐ จำปาเทศ, ละเอียต แจ่มจันทร์, พิชราภรณ์ ฝ่ายหมื่นไวย. บทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. วารสาร มฉก.วิชาการ 2561;42: 153-64.
13. ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, เยาวดี สุวรรณนาค, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สราวุฒิ สีถาน, มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์ และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. สาระบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558.
14. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิชสุตา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา, สุขานรี พานิชเจริญ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพูจังหวัดขอนแก่น. วารสารราชพฤกษ์ 2559;2:17-25.
15. จันจิรา หินขาว ยศพล เหลืองโสมนภา, นวนันท์ ปัทมสุทธิกุล, จีราภา ศรีท่าโฮ, สุกัญญา ชันวิเศษ, ปิยวดี พุ่มไทย. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560;1:24-31.
16. นุจรินทร์ โพธารส. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2559;3:36-43.
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
18. กฤติเดช มิ่งไม้. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวิเศษชัยชาญจังหวัดอ่างทอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560;1:14-24.

19. ศรีบุศย์ ศรีไชยจรรยาพงศ์, ธวัชชัย อินทะสร้อย, อภิญญา เพชรวิสัย, รุ่งทิพย์ ไพศาล. ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเชียงเครือ
โพธิ์ชัย ตำบลเชียงเครืออำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7
จังหวัดขอนแก่น 2559;3:23-33.
20. กากิตติพงษ์ สีลสุโท, สุชน ประวัติดี. การปรับพฤติกรรมสุขภาวะองค์กรของมนุษย์ในสังคมไทยกับ
โรคโควิด-19 ตามหลักพุทธจิตวิทยา. วารสารมหาจุฬาริชาการ 2563;3:85-96.
21. อีระพงษ์ ทศวัฒน์, ปิยะกมล มหิวรรณ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกัน
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารมหาจุฬานาครทรรณ 2563;9:40-55.

การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนตำบลกุดกว้าง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

ณัฐกร แสงสินวล พย.ม.^{1*}

กิตติภูมิ ภิญโย ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกุดกว้าง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง คือ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 67 คน ขั้นตอนดำเนินการวิจัยคือ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การปฏิบัติ การสะท้อนผล และการประเมินผลเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับมีการรับรู้เรื่องโรค พฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับปานกลาง หน่วยงานในชุมชนมีการรับรู้เรื่องโรคน้อย การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและขาดแนวทางในการป้องกันโรค 2) ระยะการพัฒนาแนวทางดำเนินกิจกรรมคือ (1) กิจกรรมสร้างการรับรู้และส่งเสริมความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (2) กิจกรรมกลุ่ม “กุดกว้างปลอดพยาธิ ไม่กินปลาดิบ” (3) กิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส (4) กิจกรรมสนับสนุนทางสังคมในการติดตามเยี่ยมบ้าน (5) กิจกรรมการยกระดับข้อตกลงสู่มาตรการทางชุมชน (6) บรรจุการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในธรรมนูญสุขภาพตำบล 3) การประเมินผลพบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการรับรู้เรื่องโรค พฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกกินปลาดิบอยู่ในระดับสูง ไม่มีผู้ติดเชื่อรายใหม่เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค เกิดการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนอย่างเหมาะสมบรรจุการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในธรรมนูญสุขภาพตำบล ส่งผลให้เกิดแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author e-mail: nattakorn_sa@kkumail.com

วันที่รับ (received) 20 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 พ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 พ.ย. 2565

Developing Preventive Strategies for Liver Fluke Disease with Community Involvement in Kudkwang Subdistrict, Nongrua District, Khon Kaen Province

Natakorn Sangseenuan RN.^{1*}

Kittiphoom Phinyo Ph.D.²

Abstract

By involving communities in Kut Kwang Sub-district, Nong Ruea District, Khon Kaen Province, the objectives of this action research were to study the situation and to develop guidelines for liver fluke prevention. With the purposive sample technique, 67 participants in this study were those with a high risk of liver fluke infection, patients infected with liver flukes, and other related people. The research design included an analysis of the situations in the target area, planning steps, implementation of the plan, reflection, and evaluation. Furthermore, the data were collected using questionnaires, in-depth interviewing, and focus group interviewing. Then, data were quantitatively and qualitatively analyzed under descriptive statistics, and content analysis respectively. The findings included three phases. In the first phase, which involved the analysis of incidents and conditions, it was found that both the at-risk group and the group that had liver fluke were aware of the disease and were willing to adjust their lifestyles to prevent such disease at a moderate level. Moreover, there were little perception of the disease, not continuing for environment management, and no specific guideline for preventing the disease at the community. Aside from this, the focus of the second phase included six activities: 1) educating the community and promoting healthy lifestyles, 2) a group activity called "A Parasite-Free Villages & No Raw Fish," 3) campaign to combat the disease, 4) social support with home visit, 5) a community health charter, and 6) action. Lastly, the study also revealed a high level of awareness of disease prevention. For instance, individuals in the high-risk and liver fluke-infected groups understood the disease, followed protocol, and had a strong desire to change their eating habits, including stopping consuming raw fish. Since the majority of the population was willing to take part in these preventative measures, which also enhanced environmental management, no new infectious cases were also reported in the area. As can be seen from the fact that the community health charter's inclusion of knowledge and preventative measures finally resulted in betterment of disease control and a higher level of participation between people and authorities.

Keywords: development of prevention guidelines for liver fluke disease,
community involvement

¹ Student Master of Nursing Science in Community nurse practitioner Faculty of Nursing Khon Kaen University

² Assistant professor Faculty of Nursing Khon Kaen University

* Corresponding author e-mail: nattakorn_sa@kkumail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคระบาดที่พบบ่อยและสำคัญในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นตัวก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี และเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งของประเทศไทย โดยพยาธิใบไม้ตับที่ก่อให้เกิดโรคในประเทศไทยคือ *Opisthorchis viverrini*¹ เป็นโรคที่สำคัญและอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ ในระยะยาว สาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ตระกูลปลาตะเพียนที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ² และในประเทศไทย พบอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ยของประเทศในปี 2562 ร้อยละ 2.2 จำแนกรายภาคพบสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 4.98³ และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงสุดของโรคมะเร็งทุกชนิดในไทย โดยเพศชายพบ 40.3 ต่อประชากรแสนคนและเพศหญิงพบ 16.6 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ยังมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 14,469 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 22.5 ต่อแสนประชากร⁴ จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งพบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 11.1 และอัตราตายจากมะเร็งตับ คิดเป็น 38.80 ต่อประชากรแสนคน โดยได้จัดอันดับให้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่สำคัญ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องเร่งรัดในการแก้ไขโดยด่วน⁵

พื้นที่ตำบลกุดกว้าง เป็นพื้นที่ที่มีสภาพอุดมสมบูรณ์มีแม่น้ำที่สำคัญไหลผ่าน ในแหล่งน้ำมีการตรวจพบว่าปลาตะเพียน และหอยโข่งมีพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่จึงเป็นปัจจัยสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการตรวจคัดกรองไขพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระพบอัตราอุบัติการณ์คือ 91.24, 200.72, 310.21 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับและจากสถิติการป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2560 - 2562 เท่ากับ 92.30, 76.92, 85.38 ต่อแสนประชากร⁶ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาด้วยยา แต่ก็ยังพบปัญหาการกลับมาเป็นซ้ำของประชาชนในปี 2562 จำนวน 1 รายและพบรายใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลให้อัตราความชุกเพิ่มขึ้น จากการสัมภาษณ์กลุ่มติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพบว่าสาเหตุที่สำคัญด้านตัวบุคคลคือ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้แก่ ชอบการรับประทานปลาน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ และการประกอบอาหารด้วยเมนูเนื้อปลาดิบ รวมไปถึงความเชื่อของการรับประทานปลาดิบ⁷ หากรับประทานปลาดิบต้องรับประทานคู่กับเหล้าขาวเพราะจะไปฆ่าพยาธิให้ตาย อีกความเชื่อคือ การรับประทานปลาดิบต้องบีบมะกรูดหรือมะนาวคั้นให้เข้ากับเนื้อปลาดิบก็จะฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้ รวมไปถึงพ่อแม่พาไปรับประทานปลาดิบก็ต้องรับประทานด้วย⁸ จากการประชุมผู้นำชุมชนและภาคเอกชน มีวาระการประชุมตำบลจัดการสุขภาพ เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้มีการสรุปประเด็นสาเหตุสำคัญของการตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับอีกหนึ่งประเด็น คือ การที่มีรถรับส่งสิ่งปฏิกูลนำสิ่งปฏิกูลที่สูบมาจากบ้านเรือนของประชาชนนำไปทิ้งในที่สาธารณะใกล้แหล่งน้ำหรือทิ้งในไร่อ้อย สิ่งปฏิกูลนั้นได้ไหลลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ จึงเป็นวัฏจักรของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนที่ไม่สามารถตัดวงจรนั้นได้หมดสิ้นไปได้ จึงสรุปประเด็นสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ได้คือ สาเหตุด้านบุคคล คือ ขาดการรับรู้เรื่องโรค ความเสี่ยง ความรุนแรงและขาดความตั้งใจในการเลิกรับประทานปลาดิบ⁹ สาเหตุด้านปัจจัยที่ก่อโรค คือ แหล่งน้ำในพื้นที่มีปลาเกล็ดขาว ตระกูลปลาตะเพียนและหอยโข่งมีพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ และสาเหตุปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการจัดการสิ่งปฏิกูลในชุมชนไม่เหมาะสม¹⁰ ส่งผลให้เกิดปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และจากการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับยังคงพบปัญหาคือ อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดียังคงสูงอย่างต่อเนื่อง ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและมีปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ¹¹ และเนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นการให้

ความรู้ทำให้ประชาชนบางส่วนยังไม่เกิดความเกรงกลัวหรือไม่ตระหนักในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงขาดรูปแบบหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ที่มีความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหา การติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

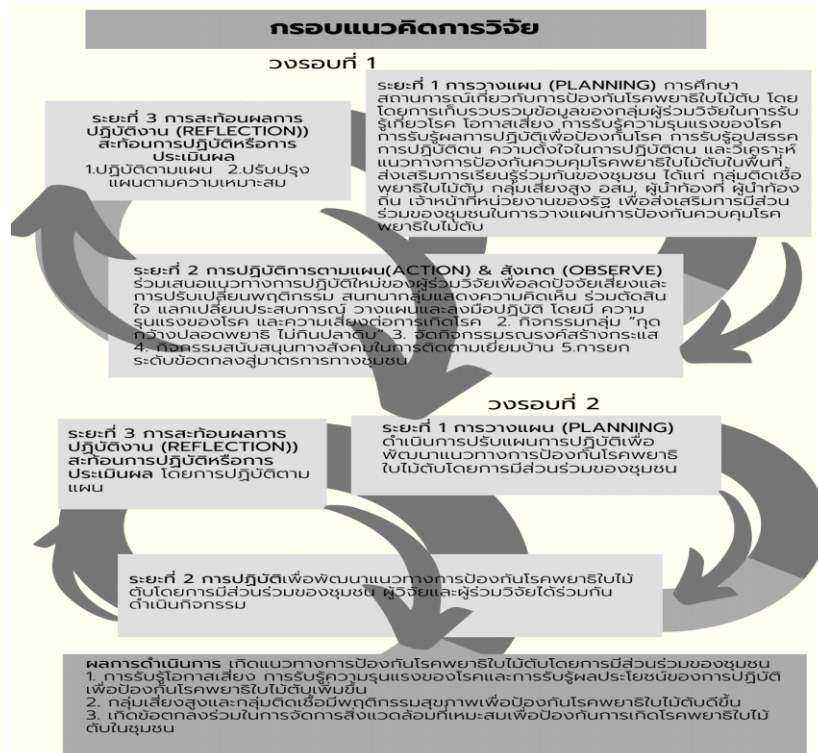
จากปรากฏการณ์และประเด็นปัญหาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลกุดกว้างดังกล่าว นั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์หรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีความเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่และจากการศึกษาพบว่า การแก้ไขปัญหาให้เกิดความยั่งยืนมากที่สุดคือ การแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน เพราะคนในชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้การแก้ไขปัญหาของชุมชนนั้นประสบความสำเร็จและเกิดความยั่งยืนมากที่สุด ผู้วิจัยได้มีการนำกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research, AR) ของ Kemmis & Mc Taggart¹² มาเป็นกระบวนการวิจัยในการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน โดยเริ่มศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มติดเชื่อ ร่วมกันวางแผนและปฏิบัติการตามกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดและเกิดการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะสามารถแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลกุดกว้างได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลกุดกว้าง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดกว้าง อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน และเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action) & สังเกต (observe) และระยะที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ ศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลกุดกว้างจำนวน 12 หมู่บ้าน อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาการทำวิจัย 8 เดือนตั้งแต่ เดือนกันยายน พ.ศ.2564 – เมษายน พ.ศ.2565 โดยการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) การศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์แนวทางการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action) & สังเกต (observe) ร่วมเสนอแนวทางการปฏิบัติใหม่ของผู้ร่วมวิจัยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วมตัดสินใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วางแผนและลงมือปฏิบัติ โดยมีการปฏิบัติตามแผน คือ 1) การจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) กิจกรรมกลุ่ม “กุดกว้างปลอดพยาธิ ไม่กินปลาดิบ” 3) จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส 4) กิจกรรมสนับสนุนทางสังคมในการติดตามเยี่ยมบ้าน 5) การยกระดับข้อตกลงสู่มาตรการทางชุมชน

ระยะที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ประกอบด้วยการปฏิบัติตามแผน และการปรับปรุงแผนตามความเหมาะสม ตามวงจรการพัฒนาของ Kemmis & McTaggart¹²

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ กลุ่มตัวอย่างในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และ กลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกันทั้ง 2 ระยะ ประกอบด้วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน 27 คน กลุ่มติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน 10 คน กำนันผู้ใหญ่บ้านจำนวน

12 คน ผู้นำท้องถิ่นจำนวน 1 คน ครูในโรงเรียนจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐจำนวน 2 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน และภาคเอกชนจำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 67 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น และได้รับรองเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2564 ลำดับที่ 4.2.01: 24/2564 เลขที่ HE642162

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เครื่องมือประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มติดเชื้พยาธิใบไม้ตับ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลป้องกันตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มติดเชื้พยาธิใบไม้ตับ แนวทางในสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับบุคลากรเจ้าหน้าที่ในการดูแลป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ครูโรงเรียนและภาคเอกชน และแบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2. ระยะการปฏิบัติการตามแผน (Action) & สังเกต (observe) และระยะการสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงการปฏิบัติ เครื่องมือประกอบด้วย

1) แผนงานและแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้โรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการประกอบด้วย แผนการสอน แบบบันทึกพฤติกรรม การกิน แบบบันทึกติดตามเยี่ยมบ้าน แบบวัดการรับรู้ความตั้งใจและพฤติกรรม และแบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2) แผนงานและแนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ประเด็นการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการประกอบด้วย แบบสรุปปัญหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน และแบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเห็นตรงกัน 3 ใน 5 คนขึ้นไป และปรับแก้ตามผู้เชี่ยวชาญแนะนำแล้ว หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา CVI ได้เท่ากับกับ 0.92 และการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) ทดสอบกับกลุ่มที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลโนนทันที่มีบริบทพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน จากนั้นได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ (α) ได้เท่ากับ 0.829

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ออกแบบการเก็บข้อมูลเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ และผลการวิจัยเกิดการยอมรับมากที่สุด โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้พยาธิใบไม้ตับ เก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้พยาธิใบไม้ตับและสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูล

หรือผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเจาะจงจากผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 2) กลุ่มติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับ เก็บรวบรวมโดยการสอบถามด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักหรือผู้ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเจาะจงจากผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 3) กลุ่ม ผู้นำชุมชน อสม. ครูโรงเรียนและภาคเอกชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยได้มีการสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผล รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ข้อมูลจากการพิมพ์เอกสารตามเทปบันทึกเสียง ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบเชื่อมโยงและยืนยันความถูกต้อง ความเข้าใจเนื้อหา

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นปลาดิบ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

1.1 การรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับ มีการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 กลุ่มติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับมีการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 กลุ่มผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้แทนภาคเอกชน อสม. และครูโรงเรียน รับรู้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับคือ โรคที่เกิดจากพยาธิใบไม้ตับไปอาศัยอยู่ในปลาตะเพียนแล้วนำปลาที่ได้มารับประทานโดยไม่ผ่านกระบวนการปรุงสุก และอีกการนำสิ่งปฏิกูลไปเทในที่ส่วนบุคคล หรือที่สาธารณะทำให้เกิดวงจรการเกิดพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

1.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับ มีการปฏิบัติตนในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.56 มีความคิดเห็นว่าการรับประทานเมนูปลาสุก ๆ ดิบ ๆ มีความอร่อยไม่น่าจะทำให้เกิดโรคอะไรได้ง่าย กลุ่มติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับมีการปฏิบัติตนในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 40.00 มีลักษณะพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีความคล้ายกัน

1.3 ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นปลาดิบ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับ มีความตั้งใจอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 74.07 มีความคิดและมีความความตั้งใจที่จะเลิกแต่ยังไม่มีความจริงจัง กลุ่มติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับความตั้งใจอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 70 มีความคิดที่จะเลิกแต่ทำไม่ได้ ส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะเลิกกินปลาดิบแต่ยังไม่เลิกจริงจัง

1.4 สถานการณ์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานอื่นในชุมชน หน่วยบริการสุขภาพได้ดำเนินการอยู่ 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน 2) กิจกรรมการให้ความรู้สำหรับกลุ่มที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ 3) การติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มติดเชื้อมีพยาธิใบไม้ตับเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม หน่วยงานองค์กรในชุมชนได้ดำเนินการอยู่ 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การจัดทำแผนงานโครงการกองทุนสุขภาพตำบล 2) กิจกรรมการคัดกรองหากลุ่มเสี่ยงเพื่อรับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

2. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1 การวางแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน มีการวางแผนการประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง และได้กำหนดประเด็นปัญหาในแต่ละกลุ่มเป้าหมายและกิจกรรมโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 2) กลุ่มติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยปัญหาขาดการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ถูกต้องและขาดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นกินปลาดิบ และ 3) ปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

2.2 การปฏิบัติตามแผน มีการร่วมกันดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการอบรมการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การปรับเปลี่ยนและส่งเสริมความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นกินปลาดิบให้กับกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2) จัดตั้งกลุ่ม “กุดกว้างปลอดพยาธิ ไม่กินปลาดิบ” 3) จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส 4) กิจกรรมสนับสนุนทางสังคมในการติดตามเยี่ยมบ้าน 5) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยกิจกรรมการยกระดับข้อตกลงสู่มาตรการทางชุมชน

2.3 การสะท้อนผลการปฏิบัติและการปรับปรุงการปฏิบัติ จากที่ผู้วิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัยได้ดำเนินการตามแผนและแนวทางการดำเนินกิจกรรมไว้แล้วนั้น หลังจากนั้นได้มีการประเมินผลในระยะแรก 1) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการดำเนินงานยังพบว่ามีปัญหาที่ต้องแก้ไขและดำเนินการ คือ เพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรค เพิ่มความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นกินปลาดิบโดยการเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร และการให้ความรู้หลากหลายช่องทางมากขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมในการติดตามเยี่ยมบ้าน 2) กลุ่มติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผลการดำเนินงานยังพบว่ามีปัญหาที่ต้องแก้ไขและดำเนินการ คือ ไม่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้เท่าที่ควร และยังไม่มี ความมั่นใจว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ ควรเพิ่มความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นกินปลาดิบโดยการเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร และการให้ความรู้หลากหลายช่องทางมากขึ้น 3) ผู้นำชุมชน ผลการดำเนินงานยังมีสิ่งต้องแก้ไขคือ พบว่ามาตรการทางชุมชน ประชาชนยังไม่ปฏิบัติทำให้พบว่า ยังมีการทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่สาธารณะและอนุญาตให้ผู้ประกอบการนำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งในที่ของตนเองทำให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.4 การดำเนินการปรับแผนการปฏิบัติเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดการประชุมปรับแผนการปฏิบัติในครั้งที่ 2 ดังนี้คือ 1) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 2) กลุ่มติดเชื้อโรคพยาธิ กิจกรรมการดำเนินงาน จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และจัดทำแผนจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมสนับสนุนตัวแทนครู จัดกิจกรรมการอบรมการสร้างการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับให้นักเรียนในโรงเรียน กิจกรรมกลุ่ม “กุดกว้างปลอดพยาธิ ไม่กินปลาดิบ” จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส กิจกรรมสนับสนุนทางสังคม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและ อสม.และแกนนำนักเรียนในชุมชนออกติดตามเยี่ยมบ้าน 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน กำหนดการยกระดับข้อตกลงสู่มาตรการทางชุมชน พร้อมเสนอทางเทศบาล จัดสร้างบ่อทิ้งสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ตำบลเพื่อเป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมแล้วที่เหมาะสมต่อวงจรการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.5 การปฏิบัติตามแผนเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในครั้งที่ 2 จากการปรับแผนการปฏิบัติเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่

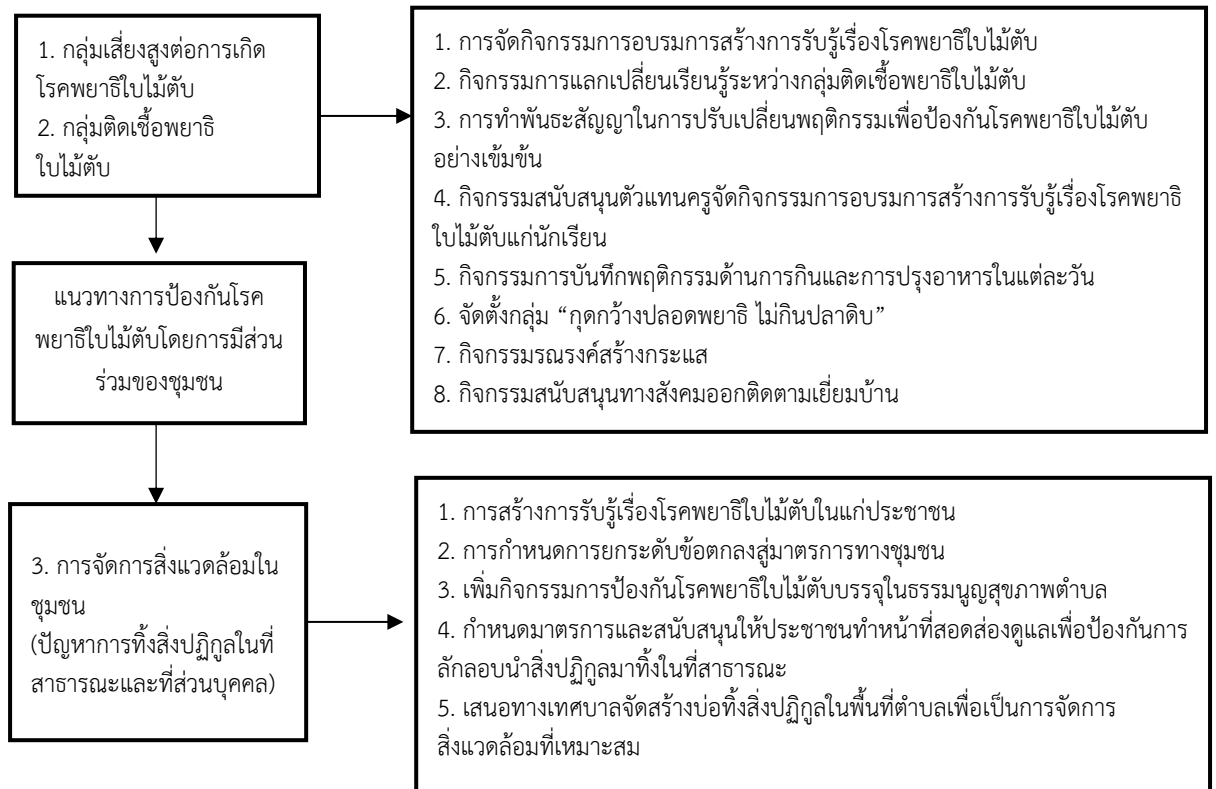
1 พบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับทุกคนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรง และมีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกกินปลาดิบเพิ่มมากขึ้น สามารถบันทึกพฤติกรรมด้านการกินและการปรุงอาหารในแต่ละวันได้อย่างถูกต้อง เกิดความตระหนักและตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสนับสนุนตัวแทนครูจัดกิจกรรมการอบรมการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับให้นักเรียน พบว่า มีความรู้เรื่องโรค ความรุนแรง และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น และรับรู้บทบาทในการเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมกลุ่ม “กุดกว้างปลอดพยาธิ ไม่กินปลาดิบ” ผลการดำเนินการ เกิดการขับเคลื่อนการด้านการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้เกิดชุมชนตำบลกุดกว้างปลอดพยาธิ กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสผลการดำเนินงาน มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนในการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมสนับสนุนทางสังคมในการติดตามเยี่ยมบ้าน มีกลุ่มนักเรียนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการยกระดับข้อตกลงสู่มาตรการทางชุมชน ผลการดำเนินงาน ทุกภาคส่วนในชุมชนได้ร่วมกันในการดำเนินการป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสู่ธรรมนูญสุขภาพตำบล เกิดการผลักดันการจัดสร้างบ่อทิ้งสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ตำบลเพื่อเป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมแล้วที่เหมาะสม ตัดวงจรการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.6 การประเมินผล ดังนี้

1) การประเมินผลของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 12.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.36 พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังดำเนินการอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.37 จากคะแนนเต็ม 18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.42 ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกกินปลาดิบ หลังดำเนินการความตั้งใจอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 95.59 มีคะแนนเฉลี่ย 3.92 จากทั้งหมด 4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27 อัตราการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ หลังดำเนินโครงการวิจัยไม่พบผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ

2) การประเมินผลของกลุ่มติดเชื่อโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 11.70 จากคะแนนเต็ม 14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.55 พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังดำเนินการอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.50 จากคะแนนเต็ม 18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.91 ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกกินปลาดิบ หลังดำเนินการมีความตั้งใจอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีคะแนนเฉลี่ย 3.90 จากทั้งหมด 4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 อัตราการติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ หลังดำเนินโครงการวิจัยพบผู้ติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 10.00 ไม่มีผู้ติดเชื่อรายใหม่ แต่เป็นผู้ติดเชื่อซ้ำ 1 ราย

3) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน มีการเสนอเพิ่มกิจกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับบรรจุในธรรมนูญสุขภาพตำบลบังคับใช้ร่วมกันทั้งตำบล ชุมชนเกิดเครือข่ายการดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสิ่งแวดล้อม ไม่ทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่สาธารณะ จากการดำเนินการเกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนได้ร่วมกันในการดำเนินการป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ



ภาพที่ 2 แนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกุดกว้าง

อภิปรายผล

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แยกตามประเด็น ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับของชุมชนตำบลกุดกว้าง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น การรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับของกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มติดเชื้พยาธิใบไม้ดับ รู้ว่าโรคพยาธิใบไม้ดับคือโรคที่เกิดการกินปลาดิบจำพวกปลาเกล็ดขาวกลุ่มปลาตะเพียน รับรู้ถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานปลาดิบคือมีโอกาสติดเชื้อทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ดับตามมาได้ รับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ดับทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี พฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ดับที่มีความคล้ายกันหลายๆ อย่าง เช่น มีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ รับประทานมาตั้งแต่เด็กเนื่องจากครอบครัวนิยมการรับประทานประเภปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกกินปลาดิบ ส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะเลิกกินปลาดิบแต่ยังไม่เลิกจริงจัง ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ยังพบว่าในชุมชนยังไม่มีแนวทางในการดูแล ชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ทั้งด้านงบประมาณสนับสนุนการป้องกันและแนวทางการดำเนินการที่มีส่วนร่วมของทุกฝ่าย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงยังทำได้ไม่ต่อเนื่อง ปัญหาเรื่องการทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่สาธารณะซึ่งส่งผลในอุจจาระที่มีพยาธิใบไม้ดับปนเปื้อนกระจายไปในแหล่งน้ำส่งผลให้เกิดวัฏจักรของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับในชุมชน การดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ผ่านมาเครือข่ายในชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อย

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดกว้าง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น การศึกษาครั้งนี้พบว่าบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา แนวทางการป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความแตกต่างจากการดำเนินการก่อนช่วงการพัฒนาเป็นแนวทางที่ได้เกิดขึ้นจากรวบรวมปัญหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากกลุ่มคนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านการวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อนำสู่การประชุมระดมสมองในการกำหนดปัญหาและวางแผนในการดำเนินการแก้ไขปัญหา การดำเนินกิจกรรมร่วมกันซึ่งกิจกรรมต่างๆได้ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาและเป็นการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนที่มีความครอบคลุมถึงปัญหาของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับและการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ทุกหน่วยงานในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดการรับรู้ ความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกกินปลาดิบของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของธนกร จันทาศิมบง และคณะ¹³ ที่อธิบายว่า ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเน้นการให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและตัวแบบที่เป็นโรค การต่อยอดการสูญเสียค่ารักษาพยาบาล คุณภาพชีวิตในครอบครัว ซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันง่ายเพียงเกิดความเชื่อ ศรัทธาผลของการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยการประชุมวางแผน หน่วยงานในชุมชนและประชาชนในพื้นที่พร้อมทั้งเสนอแนะเพิ่มกิจกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับบรรจุในธรรมนูญสุขภาพตำบล เพื่อเป็นการบังคับใช้ร่วมกันทั้งตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของธีรศักดิ์ พรหมพันธุ์¹⁴ ที่อธิบายว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชนมีการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นการประเมินสถานการณ์ สาเหตุ และความต้องการของปัญหาสุขภาพ การทำแผนชุมชนและการนำไปปฏิบัติ การติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามแผน โดยทุกหน่วยงานในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการมีทั้งบทบาทคนนำและคนร่วมดำเนินการเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งจะเป็นแนวทางการป้องกันที่ช่วยในการแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ โดยมีการปรับปรุงแบบกิจกรรม ลักษณะกิจกรรม ระยะเวลาของกิจกรรม และผู้ที่มาร่วมในกิจกรรมให้เกิดความเหมาะสมได้ตามบริบทและลักษณะของปัญหาในพื้นที่ตำบลนั้น ๆ
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการวิจัยในระยะยาวเพื่อเป็นการติดตามประเมินผล เช่น ติดตามพฤติกรรมหรือผลการตรวจไขพยาธิของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่มีผลการติดเชื้อซ้ำตามแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีด้วยการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาให้กำลังใจให้ขอขึ้นนะ ให้คำปรึกษา ให้ความรักความเมตตาและปรารถนาดี ขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ประสิทธิภาพและให้คำแนะนำให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยโดยตลอดขอขอบพระคุณภาคีเครือข่ายตำบลลูกดกกว้างที่อนุญาตและให้ความอนุเคราะห์ให้ความร่วมมือในการเป็นพื้นที่ศึกษาแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/index.php>.
2. ญัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์. ประสิทธิภาพ สำหรับพยาบาลและสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: มิตรภาพการพิมพ์; 2561.
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. คู่มือปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนองพยาธิในโครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
4. มุลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี. สถิติและอุบัติการณ์การเกิดโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://cca.in.th/wpth/key-statistics/>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เติมน้ำชาจัดภัยพยาธิใบไม้ตับ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kkpho.go.th/>
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง. โครงการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง; 2562.
7. เทพพร มังธานี. วัฒนธรรมไท-ลาวกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี: กรณีศึกษากลุ่มน้ำสงครามตอนกลาง. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;27:60-82.
8. วรลักษณ์ เวฬุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, จมากรณ์ ใจภักดี. รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.มหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562;5:107-19.
9. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care 1975;13:10-24.
10. ฉัตรชัย คำดอกกรับ, เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 41 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561;21:75-83.
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง. โครงการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. ขอนแก่น: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง; 2562.
12. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In: Denzin N, Lincoln Y. (Eds.). The Sage handbook of qualitative research. p. 559-603. 3rd ed. Los Angeles: Sage; 1988.
13. ธนกร จันทาคิมบง, ชาญณรงค์ ทรงศาศรี, พงษ์ศักดิ์ รัตนแสง. ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;23:822-31.
14. ชีรศักดิ์ พรหมพันธุ์, ปรีयर ชาลีพรหม, วิมลพันธ์ กมลเพ็ชร, อินทนิตร สุขเกษม, ประดิษฐ์ ทองจุน. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชน ในชุมชนแห่งหนึ่งของตำบลละหาน อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

การประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10

ภุชณิศา มินาเขตร ปร.ด^{1*}, นิพนธ์ สุวรรณภูมิ พย.ม¹,
สุวภัทร นักรู้ก้าพลพัฒน์ วท.ม¹, สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ ส.ด²,
ดร.ณิ คชพรหม พย.ม³

บทคัดย่อ

โครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 จัดขึ้นเพื่อคัดกรองและดูแลรักษาสุขภาพจิตเด็กที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท 4 กลุ่มโรค แต่ยังไม่มีการประเมินผลโครงการที่เป็นระบบและครอบคลุมทุกมิติ การวิจัยเชิงประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการและศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก และผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินโครงการของทีมคัดกรองฯ และผู้ดูแล ตามรูปแบบ CIPPIest Model มีค่าความเชื่อมั่น 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินโครงการ อยู่ในระดับมากทุกด้าน ($\bar{X} = 3.89, 4.14, S.D = 0.77, 0.57$) ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ด้านบริบท มีการถ่ายทอดนโยบายแต่ยังไม่ทั่วถึง ด้านปัจจัยนำเข้า มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบทำให้ขาดความต่อเนื่อง จำนวนทีมคัดกรองไม่เพียงพอ ด้านกระบวนการ มีการติดตามเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่บุคลากรยังขาดความเชี่ยวชาญในการคัดกรอง ผู้ปกครองขาดความเข้าใจและไม่ยอมรับผลการคัดกรองทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาด้านผลผลิตและผลกระทบ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองครอบคลุมทำให้เด็กป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ปกครองมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น แนวทางส่งเสริมความสำเร็จ คือ ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็ก ความรอบรู้และทักษะการดูแลเด็กให้กับผู้ปกครอง เน้นการทำงานแบบบูรณาการ พัฒนาระบบส่งต่อให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ดังนั้น ควรมีการอบรมเพิ่มความเชี่ยวชาญให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง สื่อสารและพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็ก การสังเกตอาการให้กับผู้ปกครองและ อสม.เพื่อช่วยคัดกรอง ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างสถานพยาบาล โรงเรียนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและสร้างความยั่งยืนให้กับโครงการ

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงประเมินผล สุขภาพจิตเด็ก รูปแบบการประเมิน CIPPIest

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

² ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

* Corresponding email phusanisa.m@ubu.ac.th

วันที่รับ (received) 25 ก.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ธ.ค. 2565

Evaluation of the Screening Service and Mental Health Support Project for Children aged 6-15 years, Health Region 10

Phusanisa Meenakate Ph.D.^{1*}, Nitchanun Suwannakoot MS.N.¹,
Suvapat Nakrukamphonphatn M.S.¹, Supaporn Sritanyarat Dr.P.H.²,
Darunee Kochaphrom MS.N.³

Abstract

The screening service and mental health support project for children aged 6-15 years, Health Region 10, was established to provide screening service and mental health support for the four groups of children with neurodevelopmental disorders. However, there have not been the systematic and comprehensive evaluation covering all aspects toward the project yet. This evaluation research aimed at evaluating the project's results and studying the approaches that contribute to its success. The sample groups were the child mental health screening team and the caregivers of at-risk children. According to the CIPPiest Model, a questionnaire was developed to collect the data revealing opinions on the project evaluation of two group (Alpha = 0.97 and 0.95 respectively). Additionally, the structured interview was also the main research tool in this study. Then, the data were analyzed via descriptive statistics and content analysis. To its findings, both groups had opinions about the project evaluation at a high level in all aspects ($\bar{X}$ = 3.89, 4.14, S.D = 0.77, 0.57). In terms of contexts and input factors, the content analysis revealed that the policy was not thoroughly conveyed and there was a lack of continuity as a result of changes in the people in charge. Meanwhile, the number of screening team was insufficient. A follow-up regarding the procedure was done to ensure ongoing treatment. Yet, the treatment was delayed since neither the personnel nor the caregivers had the crucial screening competence and true understanding regarding the screening processes. For the productivity and the impact, all at-risk groups received prompt treatment and thorough screening, which contributed to increasing parents' confidence. Additionally, strategies for success included training caregivers in child care skills and knowledge of pediatric psychiatric disorders, with an emphasis on integrative work for quick and effective referral systems and personnel competence. As a result, continuous professional training was advised, and knowledge regarding pediatric psychiatric disorders should be promoted among caregivers and volunteers using effective communication and educational media. In general, this project could aid in evaluating and fostering collaboration between healthcare facilities, educational institutions, and local administrative authorities for the project's effectiveness and sustainability.

Keywords: evaluation research, child mental health, CIPPiset model assessment model

¹ Lecturer, Faculty of nursing, Ubon Ratchathani University

² Director of the Mental Health Center 10, Mental Health Center 10

³ Lecturer, Faculty of nursing, Ratchathani University

* Corresponding email phusanisa.m@ubu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการเรียนและปัญหาพฤติกรรมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียน เด็กที่มีปัญหาการเรียนมักถูกตำหนิจากพ่อแม่ และครูเป็นประจำ ส่งผลให้เด็กขาดความภาคภูมิใจในตนเองและอาจเกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมา¹ สาเหตุที่ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนและพฤติกรรมที่พบได้บ่อย เกิดจากโรคทางจิตเวชกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (Neurodevelopmental disorder) ซึ่งหากเด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้น ลดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้² การคัดกรองโรคทาง จิตเวชในเด็กวัยเรียนจึงมีความสำคัญ เพื่อช่วยให้เด็กที่มีความผิดปกติได้รับการรักษาและดูแลได้อย่างรวดเร็ว แต่จากการศึกษาข้อมูลพบว่าการคัดกรองเด็กวัยเรียนยังไม่ครอบคลุม และเด็กกลุ่มเสี่ยงมีการเข้าถึงระบบบริการตลอดจนการได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นจำนวนน้อย

สาเหตุของปัญหาการเรียนอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยอาจเกิดจากครอบครัว สังคม หรืออาจเกิดจากตัวเด็กเอง เช่น ความบกพร่องทางร่างกายหรือระบบประสาทสัมผัสที่มีผลต่อการเรียนรู้ ความผิดปกติทางร่างกาย รวมถึงโรคทางจิตเวชกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (Neurodevelopmental disorder) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อย ประกอบด้วย 4 โรคหลัก ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability : ID) ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (Specific learning disorder : LD) โรคสมาธิสั้น (Attention deficit/hyperactivity disorder : ADHD) และโรคออทิสติก (Autism spectrum disorder) จากการสำรวจระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ ในปี 2559³ พบว่า เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (Intelligent Quotient: IQ) เฉลี่ยเท่ากับ 98.32 ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ = 100) เด็กมีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 19.7 โดยเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางการเรียนมากที่สุด ร้อยละ 14.7 รองลงมาคือเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นร้อยละ 10.0 เสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 7.7 และเสี่ยงต่อโรคออทิสติกร้อยละ 2.3 ตามลำดับ เด็กที่มี IQ ต่ำมีโอกาสพบความเสี่ยงต่อภาวะสมาธิสั้น ออทิสติก บกพร่องทางการเรียนรู้และบกพร่องทางสติปัญญา มากกว่าเด็กที่มี IQ ปกติถึง 7.5 เท่า²

เด็กที่มีปัญหาด้านการเรียนนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้แล้ว ยังส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย โดยเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาพบว่ามีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย ร้อยละ 25 และพบมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา² นอกจากนี้ในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเริ่มมีอาการของภาวะซึมเศร้าที่อายุน้อย และมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น⁴ จากการสำรวจระดับ IQ เมื่อพิจารณาแยกรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ 10 มีค่าเฉลี่ยของระดับ IQ น้อยที่สุดคือ 90.88 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงยังมีการเข้าถึงระบบบริการตลอดจนการได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นจำนวนน้อย จากข้อมูลในปี 2562 พบว่า มีผู้ป่วยออทิสติกที่เข้าถึงบริการ ร้อยละ 59.73 และมีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 15.39⁵

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารร่วมกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จึงได้จัดโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ขึ้น โดยเริ่มดำเนินการในปี 2563 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 10 ภายใต้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ในด้านบริการสร้างเสริมและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด (P&P Area-based service) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอายุ 6 - 15 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้รับการคัดกรองและดูแลรักษาที่ต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการมีการรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวม แต่พบว่ายังไม่ได้มีการประเมินโครงการอย่างเป็นระบบที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและครอบคลุมรอบด้าน

การประเมินผลโครงการ (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญเพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับผิดชอบโครงการ ทำให้ผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบถึงผลสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ผลการประเมินเป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงโครงการให้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันมีรูปแบบการประเมินหลากหลายรูปแบบ ซึ่งรูปแบบหนึ่งที่เป็นที่นิยมในปัจจุบันคือรูปแบบการประเมิน CIPPIest ของ Stufflebeam and Shinkfield⁶ ประกอบด้วย การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) ผลกระทบ (Impact) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ความยั่งยืน (Sustainability) และการถ่ายทอดความรู้ (Transportability) สามารถใช้ในการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของโครงการ เหมาะในการนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินโครงการทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะโครงการในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค⁷

จากการศึกษารายงานผลการดำเนินการของโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2563 พบว่า มีการรายงานผลเฉพาะด้านผลผลิตของโครงการ (Output) เท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเขตสุขภาพที่ 10 เข้าถึงบริการสุขภาพจิตต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 29.09 จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ 50⁵ และผู้ป่วยโรคออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 73.95 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาระเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้รูปแบบ CIPPIest Model เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินที่มีวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นระบบและครอบคลุม ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการโครงการเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพิจารณาปรับปรุงแก้ไขและขยายผลโครงการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ตามกรอบแนวคิด CIPPIest Model ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิภาพ ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จของโครงการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPIest Model ของ Stufflebeam and Shinkfield⁶ ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่พัฒนาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง โดยรูปแบบการประเมิน CIPPIest ได้พัฒนาปรับขยายมาจากรูปแบบการประเมิน CIPP ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ต่อมาได้มีการปรับขยายในส่วนของด้านผลผลิต (Product) โดยแบ่งออกเป็น การประเมินผลกระทบ (Impact) การประเมิน ประสิทธิภาพ (Effectiveness) การประเมิน ความยั่งยืน (Sustainability) และการประเมิน การถ่ายทอดส่งต่อ (Transportability) จะเห็นได้ว่ารูปแบบการประเมิน CIPPIest สามารถให้ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์อย่างลุ่มลึกแก่ผู้บริหารสำหรับใช้ในการตัดสินใจ สามารถใช้ในการพัฒนา ประสิทธิภาพของระบบปฏิบัติการที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี⁸ เหมาะสำหรับนำมาใช้ในการ

ประเมินโครงการโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ ช่วยทำให้ผลการประเมินที่ได้มีความครอบคลุมถูกต้องและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงตรงกับความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้รูปแบบ CIPPiest Model เพื่อประเมินผลระหว่างการทำงานโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. วิธีเชิงปริมาณ ประชากร ได้แก่ 1) ทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาครูในโรงเรียน ในเขตสุขภาพที่ 10 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) อำเภอละ 4 - 5 คน จาก 70 อำเภอ รวมเป็น 288 คน 2) ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองของเด็กในโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 28,000 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Taro Yamane)⁹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 395 คน เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก และ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่ยินดีให้ข้อมูล ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบใส่คืน (Sampling with replacement)

2. วิธีเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบโครงการในระดับหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานในทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยงได้แก่ พยาบาล ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครู จังหวัดละ 15 คน รวม 75 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีประสบการณ์โดยตรงในประเด็นดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และรวบรวมข้อมูลจนกว่าจะอิ่มตัว

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-32/2564 เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2564 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อดี ข้อเสีย วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเก็บความลับของข้อมูล การยุติหรือการถอนตัวจากการวิจัยสามารถกระทำได้โดยอิสระจากการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่โดยการให้ความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่กระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน รักษาความลับโดยการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากต้องหยิบยกคำพูดของกลุ่มตัวอย่างจะใช้คำที่แทนชื่อนามสกุลจริง ไฟล์เสียงและข้อมูลจะเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 5 ปี โดยมีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูล ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายโดยการลบไฟล์เสียง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบสอบถามการประเมินผลโครงการของทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบแบบหลายตัวเลือก จำนวน

6 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่ในทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มเสี่ยง และประวัติการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลโครงการ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท 5 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า 7 ข้อ ด้านกระบวนการ 7 ข้อ ด้านผลผลิต 6 ข้อ ด้านผลกระทบ 3 ข้อ ด้านประสิทธิผล 5 ข้อ ด้านความยั่งยืน 2 ข้อ และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในคะแนนคือ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด)

2. แบบสอบถามการประเมินผลโครงการของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบแบบหลายตัวเลือก จำนวน 5 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็กกลุ่มเสี่ยง ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลโครงการ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ 4 ข้อ ด้านผลผลิต 5 ข้อ ด้านผลกระทบ 2 ข้อ ด้านประสิทธิผล 4 ข้อ ด้านความยั่งยืน 1 ข้อ และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในคะแนนคือ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด)

3. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) สำหรับผู้รับผิดชอบโครงการในระดับหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานในทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ พยาบาล ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ครู โดยมีแนวคำถาม ได้แก่ ลักษณะความเป็นมาของโครงการเป็นอย่างไร มีการดำเนินการอย่างไรบ้าง มีใครเกี่ยวข้องบ้าง การดำเนินการโครงการมีผลอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง และมีปัจจัยใดบ้างที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ใช้เวลารวบรวมข้อมูลประมาณ 60 นาที หรืออาจนัดหมายอีกครั้งขึ้นกับความอึดตัวของข้อมูล ใช้สถานที่ในการสนทนาคือห้องประชุม โดยผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงและบันทึกภาคสนามระหว่างรวบรวมข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการประเมินผลโครงการของทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง มีเกณฑ์การแปลความหมายกำหนดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่อไปนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด¹⁰

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช (จิตแพทย์) พยาบาลวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และนักจิตวิทยา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.67 – 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง ที่เคยเข้าร่วมโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ 2563 จำนวนกลุ่มละ 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการประเมินผลโครงการโดยทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง และแบบสอบถามการประเมินผลโครงการโดยผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง เท่ากับ 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 โดยชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) กลุ่มที่มีคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 ประสานงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัดเพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มาที่สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด ในแต่ละจังหวัด ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม 2564 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยพร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

2) กลุ่มผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 ประสานงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับการเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขอข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประสานงานในแต่ละตำบลเพื่อทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของแต่ละพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยพร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องปิดที่สำนักงานสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที โดยผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลให้ครบทุกประเด็นจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัวซึ่งหากข้อมูลไม่เพียงพอผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการสนทนาซ้ำ ความน่าเชื่อถือในการวิจัย (trustworthiness) ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) โดยใช้การโยงข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) คือ ทำการเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคนและแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน และทำการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check) ด้านความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) วิเคราะห์และทำความเข้าใจเรื่องราวมองเห็นภาพประสบการณ์เหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ด้านความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการทำงานร่วมกับทีมวิจัยเพื่อการตรวจสอบข้อมูล และด้านความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)¹¹

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวทางของ Strauss & Corbin¹² โดยการถอดเทปคำต่อคำและให้รหัสข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย โดยตั้งประเด็นความสำคัญที่เกี่ยวกับการประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี และวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขเพื่อจัดทำเป็นข้อสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ทีมคัดกรองฯ จำนวน 288 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.2) อายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 38.2) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.3) จบการศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี (ร้อยละ 61.5) มีบทบาทหน้าที่เป็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 74.7) เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก (ร้อยละ 61.8) ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง จำนวน 395 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.4) อายุระหว่าง 36 – 55 ปี (ร้อยละ 48.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.2) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 31.1) มีความเกี่ยวข้องกับเด็กกลุ่มเสี่ยงคือเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 44.6)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ผลการประเมินโครงการของทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงรายด้าน พบว่า ทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง ประเมินผลโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.77) และทีมผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงประเมินผลโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.57) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ของทีมคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

ทีมคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง				ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง			
ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
บริบท	4.03	0.70	มาก	กระบวนการ	4.13	0.58	มาก
ปัจจัยนำเข้า	3.85	0.79	มาก	ผลผลิต	4.13	0.55	มาก
กระบวนการ	3.88	0.76	มาก	ผลกระทบ	4.07	0.70	มาก
ผลผลิต	3.88	0.75	มาก	ประสิทธิผล	4.16	0.65	มาก
ผลกระทบ	3.90	0.76	มาก	ความยั่งยืน	4.23	0.82	มากที่สุด
ประสิทธิผล	3.91	0.74	มาก	การถ่ายทอดส่งต่อ	4.12	0.72	มาก
ความยั่งยืน	3.86	0.81	มาก				
การถ่ายทอดส่งต่อ	3.82	0.82	มาก				
ภาพรวม	3.89	0.77	มาก	ภาพรวม	4.14	0.57	มาก

จากผลการประเมินโครงการตามตารางที่ 1 เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน โดยพิจารณาจากข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด พบว่า ทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง มีผลการประเมินในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านบริบท คือ โครงการมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.79) ด้านปัจจัยนำเข้า คือ การบริหารโครงการมีความเป็นระบบชัดเจน ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.82) ด้านกระบวนการ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงมีความเหมาะสม ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.81) ด้านผลผลิต คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยมีทักษะเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับคำแนะนำ ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.84) ด้านผลกระทบ คือ ผลจากการจัดโครงการทำให้เครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพจิตเด็กมีการทำงานร่วมกันอย่างมีคุณภาพ ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.82) ด้านประสิทธิผล คือ โครงการสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตเด็กให้หายหรือทุเลาจากภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ($\bar{X} = 3.93$,

S.D. = 0.81) ด้านความยั่งยืน คือ มีการดำเนินงานต่อเนื่องแม้โครงการสิ้นสุดไปแล้ว ($\bar{X}$ = 3.88, S.D. = 0.80) และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ คือ โครงการสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ($\bar{X}$ = 3.85, SD = 0.87)

ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง มีผลการประเมินในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านกระบวนการ คือ การกำกับติดตามของเจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 4.16, S.D. = 0.73) ด้านผลผลิต คือ ความสะดวกรวดเร็วในการพบแพทย์และรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล ($\bar{X}$ = 4.22, S.D. = 0.67) ด้านผลกระทบ คือ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.75) ด้านประสิทธิผล คือ คุณภาพของการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ($\bar{X}$ = 4.21, S.D. = 0.73) ด้านความยั่งยืน คือ โครงการควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.82) และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ คือ โครงการสามารถขยายผลให้กับพื้นที่อื่นๆ ได้ ($\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 0.75)

2.2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ประกอบด้วย ครู และพยาบาลทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับผู้รับผิดชอบโครงการ โดยให้ข้อมูลในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านบริบท พบว่า นโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเด็กอายุ 6-15 ปี เป็นนโยบายที่ถ่ายทอดมาจากระดับชาติ ช่วงแรกมีการถ่ายทอดไม่ครอบคลุมไม่ชัดเจน ต่อมา มีการถ่ายทอดนโยบายมากขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุมบางพื้นที่ ดังที่พยาบาลหญิงในระดับปฏิบัติการท่านหนึ่งกล่าวว่า “ไม่ทราบที่มาของโครงการในช่วงปีแรกแต่มาทราบในปีต่อมา และรับผิดชอบงานตามนโยบายและภารกิจที่ได้รับมอบหมายถ่ายทอดจนถึงโรงเรียน” (NPY-003)

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ด้านรูปแบบของโครงการ มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินการและเจ้าหน้าที่มีการทำงานที่หลากหลายทำให้ขาดความเชี่ยวชาญ มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบทำให้ขาดความต่อเนื่อง ดังที่พยาบาลหญิงในระดับผู้รับผิดชอบโครงการและระดับปฏิบัติการกล่าวว่า “มีการเปลี่ยนแปลงคนทำงาน เปลี่ยนหน่วยงานรับผิดชอบ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง” (NRY-004) “พยาบาล ไม่เพียงพอ ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กไม่เพียงพอ” (NPA-021) ด้านบุคลากร พบว่า แพทย์จะทำหน้าที่วินิจฉัยและรักษาโรค พยาบาลทำหน้าที่ประเมินกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับคัดกรองจากครู ครูทำหน้าที่ในการคัดกรองเบื้องต้น ซึ่งในบางพื้นที่พบว่า มีจำนวนทีมคัดกรองไม่เพียงพอ ด้านงบประมาณยังมีบางส่วนไม่ทราบถึงที่มาของงบประมาณ ด้านเครื่องมือคัดกรอง ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและแบบคัดกรอง 4 กลุ่มโรคของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นเครื่องมือกลางสามารถนำไปใช้ได้ในทุกพื้นที่ ดังที่พยาบาลหญิงระดับปฏิบัติการและครูได้กล่าวว่า “มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานที่รับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบเป็นคนละคนทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน” (NPS-033) “ทีมคัดกรองในหน่วยบริการยังไม่เพียงพอเพราะสุขภาพจิตเด็กมีแค่ 1 – 2 คนต่อโรงพยาบาล” (NPA-017) “ไม่ทราบที่มาของแหล่งเงินงบประมาณ” (NPM-055) “ใช้แบบประเมินกลางเหมือนกัน” (TM-031)(NPU-063)

ด้านกระบวนการ มีการเตรียมบุคลากรโดยมีการจัดอบรมให้บุคลากรทุกกลุ่ม มีการประเมินคัดกรองความเสี่ยงซ้ำโดยพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าบางพื้นที่ไม่มีพยาบาลที่จบเฉพาะทาง การใช้เครื่องมือคัดกรองพบว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ มีการส่งต่อเด็กป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาและสามารถขอรับคำปรึกษาได้ผ่าน Telemedicine (ในบางพื้นที่) มีการติดตามการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อพบเด็กกลุ่มเสี่ยงจะมีการสื่อสารกับผู้ปกครอง แต่ผู้ปกครองบางรายไม่ยอมรับผลการคัดกรองทำให้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาล่าช้าและบางรายไม่ได้รับการส่งต่อ ดังที่พยาบาลหญิงระดับผู้รับผิดชอบ

โครงการ พยาบาลระดับปฏิบัติการและครูได้กล่าวว่า “มีจัดอบรมการใช้เครื่องมือให้กับผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากโรงเรียนและหน่วยงานสาธารณสุข” (TM-034, NRM-046) “พยาบาลไม่เพียงพอในพื้นที่บางแห่ง ไม่มีพยาบาลที่จบเฉพาะทางด้านจิตเวช” (NPA-023) “ไม่เข้าใจการใช้เครื่องมือคัดกรอง บางพื้นที่ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญทำให้ผลการคัดกรองไม่แม่นยำทำให้เด็กได้รับการดูแลล่าช้า” (NPY-014) “รพ.สต. มีหน้าที่ในการติดตามกรณีที่เด็กได้รับประทานยา” (NPS-034) “กรณีต้องการคำปรึกษาสามารถขอคำปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกลทางวิดีโอคอลของโรงพยาบาลจิตเวชได้ในบางครั้งเนื่องจากจิตแพทย์เด็กมีจำนวนจำกัด” (NPA-028) “ผู้ปกครองไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับ ปฏิเสธผลการคัดกรองทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อรักษา บางรายไม่ได้รับการส่งต่อ” (TY-010, NPU-063)

ด้านผลผลิตและผลกระทบ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุมตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด สามารถให้รักษาผู้ป่วยเด็กได้อย่างทันท่วงทีและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลเด็กส่งเสริมความเชื่อมั่นและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปกครองและครอบครัวของเด็ก ดังที่พยาบาลหญิงระดับปฏิบัติการได้กล่าวว่า “จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองเป็นไปตามเป้าหมาย เด็กที่มีความเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยต่อเนื่อง การคัดกรองเด็กจากแบบคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจและพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่” (NPS-040)

ด้านประสิทธิผล ความยั่งยืนและการถ่ายทอดส่งต่อ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และควรจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเน้นการทำงานแบบภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับคำกล่าวของพยาบาลหญิงระดับปฏิบัติการและครูที่ว่า “กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้รับการคัดกรองและเข้าสู่ระบบการรักษา” (NPY-013) “มีความต้องการการดำเนินงานของโครงการนี้ต่อไป” (TM-034)

แนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จ (1) การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็กทั้ง 4 กลุ่มโรค การสังเกตอาการเด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กสามารถเข้ารับการรักษได้เร็วขึ้น (2) มุ่งเน้นการทำงานแบบบูรณาการ (3) พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อให้เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง (4) ส่งเสริมความรอบรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ปกครอง ผู้ดูแลและครอบครัว (5) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก

การอภิปรายผล

การประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการและศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จ ซึ่งจะอภิปรายผลแยกตามองค์ประกอบของ CIPPIEST ดังต่อไปนี้

ด้านบริบท ผลการศึกษาด้านที่พบว่าโครงการมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน แต่การถ่ายทอดนโยบายยังไม่ทั่วถึงส่งผลต่อความเข้าใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่นั้น อาจเป็นเพราะปัญหาโรคจิตเวชเด็กในวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่มีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยน้อย และยังไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นรัฐบาลจึงให้ความสำคัญและเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมายังหน่วยงานในระดับจังหวัด ซึ่งในบางพื้นที่ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในระดับตำบล หรืออำเภอไม่ได้รับการสื่อสารหรือการถ่ายทอดนโยบายจึงส่งผลให้ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสันต์ ชานมณีรัตน์¹⁴ ที่พบว่าผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังขาดรู้ความเข้าใจในเชิงนโยบาย วัตถุประสงค์และเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับจารุภา จำนงค์ดี¹⁵ ที่พบว่ากระบวนการถ่ายทอดนโยบายตั้งแต่ระดับกระทรวง เขต จังหวัด อำเภอจนถึงตำบล อาจยังไม่ครอบคลุมถึงผู้รับผิดชอบโครงการทุกคนโดยเฉพาะระดับตำบล

ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการศึกษาที่พบว่า การบริหารโครงการมีความเป็นระบบชัดเจน แต่มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานที่รับผิดชอบทำให้ขาดความต่อเนื่อง และมีบางส่วนไม่ทราบถึงที่มาของงบประมาณนั้น อาจเป็นผลมาจากด้านบริบทที่พบว่าการถ่ายทอดนโยบายไม่ทั่วถึง ในด้านบุคลากรมีจำนวนที่มคักรองไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานมีภาระงานหลายหน้าที่และด้วยจำนวนพยาบาลที่มีจำนวนไม่เพียงพอทำให้ขาดโอกาสในการเข้ารับการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็ก สอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์สุขภาพจิตที่ 10¹³ แต่อย่างไรก็ตามด้านเครื่องมือคัดกรองซึ่งใช้ของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการคัดกรอง อาจเนื่องจากเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นของกรมสุขภาพจิตมีลักษณะการใช้งานที่ไม่ซับซ้อน ทำให้ง่ายต่อการนำไปใช้ สอดคล้องกับสัญลักษณ์ วังเลียง¹ ที่พบว่าแบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับเด็กใน 4 กลุ่มโรคของกรมสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการใช้คัดกรองนักเรียน

ด้านกระบวนการ ผลการศึกษาในด้านกระบวนการนั้นถึงแม้ว่าจะมีการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับด้วยการจัดอบรมเกี่ยวกับการคัดกรอง แต่กลับพบว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ ทำให้ไม่มั่นใจในการคัดกรองส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงาน รวมถึงปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ขาดความชำนาญ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ความร่วมมือและไม่ยอมรับว่าบุตรหลานมีภาวะเจ็บป่วยหรือมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยจากแพทย์และไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดจากผู้ปกครอง พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลไม่เข้าใจในข้อจำกัดของเด็ก และไม่ได้ตระหนักถึงความต้องการพิเศษของเด็กกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งไม่รู้วิธีรับมือกับพฤติกรรมของเด็ก สอดคล้องกับสัญลักษณ์ วังเลียง¹ ที่พบว่า ผู้ปกครองยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของเด็ก และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา บางรายไม่ยอมรับว่าบุตรหลานมีปัญหาและมีทัศนคติไม่ดีต่อการมาพบจิตแพทย์

ด้านผลผลิตและผลกระทบ พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจคือ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุมตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด ในขณะที่พบว่าการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพอธิบายได้ว่าในการคัดกรองเบื้องต้นเป็นการคัดกรองโดยครู โดยครูเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กนักเรียนทำให้สามารถสังเกตพฤติกรรมและคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานและนโยบายของกรมสุขภาพจิต ซึ่งได้พัฒนาแอปพลิเคชัน “HERO” ซึ่งเป็นการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างครู หมอ พ่อแม่ โดยให้ความสำคัญและมุ่งเน้นไปที่ครู

ด้านประสิทธิผล ความยั่งยืนและการถ่ายทอดส่งต่อ ผลการศึกษาด้านประสิทธิผล พบว่า ทั้งทีมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงมีความเห็นสอดคล้องกันในประเด็นของคุณภาพของการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยให้หายหรือทุเลาจากภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ในด้านความยั่งยืน พบว่า ควรมีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน อธิบายได้ว่าการดูแลและรักษาเด็กที่มีภาวะผิดปกติในโรคทางจิตเวชให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งจากผู้ปกครอง โรงเรียนและสถานพยาบาล ซึ่งต้องประสานการทำงานร่วมกันทั้งในการดูแลรักษาและการช่วยเหลือสอดคล้องกับสัญลักษณ์ วังเลียง¹ ที่พบว่าผู้ปกครองและครูเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด หากสามารถสังเกตลักษณะอาการและประเมินได้ว่าบุตรหลานมีความผิดปกติจะทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ช่วงเวลาในการรวบรวมข้อมูลของการวิจัยประเมินผลโครงการ เป็นการดำเนินการในระหว่างการทำงานโครงการในทุกพื้นที่ ซึ่งในแต่ละพื้นที่มีช่วงเวลาของการดำเนินการแตกต่างกัน อาจส่งผลต่อผลการวิจัยโดยเฉพาะในด้านผลผลิต ผลกระทบ และประสิทธิผล จึงเป็นประเด็นที่ต้องดำเนินการภายหลังเสร็จสิ้นโครงการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้และการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักและส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช รวมทั้งการสังเกตอาการที่ผิดปกติเพื่อช่วยในการคัดกรองในเบื้องต้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูใช้ Application “HERO” เพื่อช่วยให้สามารถค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงเร็วขึ้น

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ความตระหนักและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงรวมถึงเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยให้กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

ด้านนโยบาย ควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดนโยบายให้ลงไปถึงระดับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ พัฒนาหลักสูตรการอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู เพื่อสร้างและขยายเครือข่ายในการเฝ้าระวังและจัดการอบรมฟื้นฟูศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ัญญลักษณ์ วังเลียง. ปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสงขลา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564;66:261-76.
2. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, จันทร์อาภา สุขทัพพ์, วนิดา ชนนทยุทธวงศ์, อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิสซึม ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูกับระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2562;27:159-70.
3. กรมสุขภาพจิต. เชื่อมันเด็กไทยไอคิวดีอีคิวเด่น “การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2559” [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://doc.dmh.go.th/report/compare/ieeq.pdf>.
4. รัชนิวรรณ ปันศรี, ชวนันท์ ชาญศิลป์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564;66:107-22.
5. กระทรวงสาธารณสุข. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89.
6. Stufflebeam DL, & Shinkfield AJ. Evaluation: Theory, models and applications. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
7. นฤมล เอกธรรมสุทธิ และสิริรัตน์ เจริญศรีเมือง. แนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPIest ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2564;11:137-48.

8. ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, สมจิตรา เรืองศรี, กิตติศักดิ์ ลักษณะ. การประเมินหลักสูตรแนวใหม่ : รูปแบบ CIPP_{EST}. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560;9:203-12.
9. Taro Y. Statistics: an introductory analysis. 3rded. New York: Harper and Row Publication; 1973.
10. สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณภู, อมรรัตน์ นระสนธิ์. ประเมินโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิก บุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562;25:102-18.
11. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง; 2559.
12. อารีย์วรรณ อ่วมตานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10. ฐานข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขที่ขาด PG เด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 มี.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <http://www.mdo.moph.go.th/computer/web51v2/filenewspay/090118033717.pdf>.
14. เสกสันต์ ขานมณีรัตน์. การประเมินผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2561;37:66-77.
15. จารุภา จ้างศักดิ์. การประเมินนโยบายสำคัญ: กรณศึกษาโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระ เกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560;36:176-88.
16. กรมสุขภาพจิต. แอปพลิเคชัน “HERO” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2290>.

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วารางคณา บุตรศรี วท.ม.*

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง เป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นดังกล่าวของทีมีสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods) ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคู่ขนานกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 150 คนสำหรับเชิงปริมาณ และจำนวน 60 คนสำหรับเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายได้จากสวัสดิการจากรัฐไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ช่วยเหลือตนเองได้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับดี ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.40) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.54) และด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.44) ระดับพอใช้ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = 0.64) และการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X} = 1.81$, S.D. = 0.58) ภาพรวมผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.28$, S.D. = 0.54) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ปัญหาในการดูแลสุขภาพมาจากร่างกายไม่แข็งแรง เคลื่อนไหวลำบาก การรับประทานอาหารเนื่องจากมีปัญหาด้านการบดเคี้ยวอาหาร การเจ็บป่วยและขาดเงิน ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนบ้าน จากการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพ การอาศัยตามลำพัง

*สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author e-mail: warangkana@bcnsp.ac.th

วันที่รับ (received) 20 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ธ.ค. 2565

Healthcare Behaviors of the Elderly Living Alone in Urban Areas Ubon Ratchathani Province

Warangkana Bootsri M.Sc.*

Abstract

Health care behaviors of the elderly living alone are interested in present. To understanding this point for health team, this research was a mixed-methods study using qualitative and quantitative methodologies. This research aimed to study health care behaviors of the elderly living alone in urban areas, Ubon Ratchathani province. The elderly people living alone as samples in this study were 150 for qualitative method and 60 for quantitative method. The questionnaire and semi structured interview were also employed. For data analysis, percentage, mean, standard deviation, and content analysis were also used. The results showed two parts. The first part showed that most of the respondents were over 60-year-old females, whose incomes were supported by government less than 1,000 Baht per month and were suffered from hypertension and diabetes. The health care behaviors about the personal hygiene ($\bar{X} = 2.80$ S.D. = 0.40), exercise ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.54), and self-care practice while sickness ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.44) were at good levels. However, nutriment ($\bar{X} = 1.91$, S.D. = 0.64) and relaxation ($\bar{X} = 1.81$, S.D. = 0.58) were at moderate levels. The health care behaviors for the elderly were overall at moderate levels ($\bar{X} = 1.28$, S.D. = 0.54). The second part showed that their health care problems were of physical weakness, movement difficulty and nutriment causing from the difficulty in chewing, sickness and lack of money. They need support from families, health care providers, and communities. The findings will be basic information to promote health care behaviors of the elderly living alone in urban areas, Ubon Ratchathani province in the future.

Keywords: elderly, health care behavior, living alone

* Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author e-mail: warangkana@bcnsp.ac.th

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในสังคมโลกปัจจุบัน สถานการณ์ประชากรกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่"สังคมผู้สูงอายุ" (Aging society) สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติคือประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 10.42 ล้านคน และก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed aged society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด¹ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดชาย 72.0 หญิง 78.8 ปี² เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอย มีปัญหาหลายด้านรวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพ การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย การเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ (Health transition) แบบแผนการเกิดโรคเปลี่ยนมาเป็นการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยและโรคไม่ติดต่อ หรือโรคเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังนำไปสู่การขยายระยะเวลาการเจ็บป่วย และการประสบกับภาวะพึ่งพาอันเนื่องมาจากความทุพพลภาพ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะอายุยืนยาวขึ้น แต่มีภาวะการเจ็บป่วย หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้³

สังคมผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะพึ่งพาที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพ จากการเสื่อมของอายุทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) รัฐบาลได้กำหนดนโยบายและแผนงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยให้ครอบคลุม 4 เรื่องคือสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย⁴ ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นประชากรกลุ่มพิเศษที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมสิ่งที่ตามมาคือผู้สูงอายุมีผู้เลี้ยงดูหรือได้รับการดูแลให้มีชีวิตอย่างปกติสุขน้อยลง ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังร้อยละ 8 ส่วนมากเป็นเพศหญิงและอายุมากกว่า 70 ปี การอยู่เป็นโสดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่คนเดียวไม่มีลูกหลานหรือคู่สมรสเสียชีวิตไปก่อน รวมถึงลูกหลานมีภารกิจในต่างถิ่น⁵ ปัญหาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังพบว่ามีปัญหา 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านร่างกาย โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันกับลูก จะได้รับการดูแลและการสนับสนุนโดยตรง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีลูกอยู่ห่างไกลจะได้รับการดูแลเป็นตัวเงินที่ส่งมา รวมถึงผ่านทางเพื่อนบ้านให้ไปรับส่งและช่วยค่าน้ำมันเป็นสินน้ำใจ 2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวจะต้องการการดูแลในด้านจิตใจมากที่สุด มีความต้องการให้เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนมาเยี่ยมเยียน โดยปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุกังวลใจมากคือ “ปัญหาการกลัวตายตามลำพังคนเดียว” 3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุในทุกรูปแบบการอยู่อาศัย จะมีรายได้หลักมาจากเงินที่ลูกหลานส่งกลับมาให้และได้รับเบี้ยยังชีพ แต่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับหลานจะมีความประะบางทางด้านเศรษฐกิจมากที่สุด เนื่องจากรายได้หลักที่คาดหวังว่าจะได้รับจากบุตรที่ย้ายถิ่นไปทำงานนั้นไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความต้องการให้มีการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในบ้าน และ 4) ด้านสังคม สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท

บางแห่งที่ชุมชนเข้มแข็ง มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในลักษณะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ⁶ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังถูกกำหนดโดยองค์การอนามัยโลกว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง โดยมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าสองชนิด⁷ และขาดการได้รับการตรวจค้นหา คัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ การใช้ชีวิตในบ้านปลายมักขาดศักยภาพในการดูแลตนเองในการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนของการอยู่คนเดียวสูงกว่าวัยกลางคน คิดเป็นร้อยละ 10.10 และ 9.60 และพบว่าร้อยละ 43.30 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีปัญหาจากการอาศัยอยู่ตามลำพัง โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือรู้สึกเหงา รองลงมาคือไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วยและต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง มีปัญหาการเงิน⁸ และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการตายและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ⁹ ปัจจุบันครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งให้พ่อแม่เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้รับการดูแลและไม่ได้รับความอบอุ่น¹⁰ ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบัน มีการระบาดของแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในประเทศไทยตอนนี้ถือว่าเป็นห่วงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อ และผู้ที่มีโรคประจำตัวเสี่ยงเสียชีวิต สูงกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 15 และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10.5 จึงเป็นเหตุผลว่าเราจึงควรใส่ใจและระมัดระวังผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อได้ง่าย และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ แม้ว่าผู้สูงอายุคนนั้นจะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงก็ตาม และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเสี่ยงเสียชีวิตสูงมากขึ้นไปอีกอัตราการเสียชีวิตในอายุ 60 - 69 ปี เท่ากับร้อยละ 3.6 อายุ 70 - 79 ปี เท่ากับร้อยละ 8.0 และอายุ 80 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 14.8 การดูแลผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากโรคดังกล่าว การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านตามลำพังอาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์เมื่อเจ็บป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆเช่นการไปรับยาตามนัด การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 254,377 คน คิดเป็นร้อยละ 13.61 และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากที่สุดเป็นอันดับที่ 5 ของประเทศไทย รองลงมาจาก กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา เชียงใหม่ และขอนแก่น ตามลำดับ และพบผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 3.8¹¹ ลักษณะการอยู่ตามลำพังคือผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยและอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวเวลากลางวันเนื่องจากสมาชิกไปทำงานนอกบ้านและกลับมาในตอนเย็น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาในพื้นที่เขตเมืองอุบลราชธานีเนื่องจาก พบว่ามีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 3.0¹² โดยในพื้นที่เขตเมืองจะมีพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 5 แห่งได้แก่คลินิกหมอครอบครัว ปทุมวิทยากร ท่าวังหิน ปทุมมาลัย ชยางกูรและวัดใต้ ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่ามีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวไม่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ด้วยและอาศัยอยู่ในบ้านคนเดียวเวลากลางวัน มีจำนวนเพิ่มมากกว่าร้อยละ 10¹³ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจเพราะผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังต้องใช้ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้ข้อจำกัดของร่างกายที่เสื่อมถอยลง สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป และยังคงมีความต้องการที่จะต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะมีประโยชน์ในการวางแผนดูแลพัฒนาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ตลอดจนช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคู่ขนานกัน โดย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังใน 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเนื่องจากเป็นหม้าย โสดหรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแล อาจอยู่ตามลำพังแบบถาวรไม่มีลูกหลานอยู่ด้วย และการอยู่ตามลำพังในชีวิตประจำวัน บางวันหรือบางเวลาที่ลูกหลานไปทำงาน ซึ่งในกรณีนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการอยู่ตามลำพังในเวลากลางวัน ในเขตเทศบาลนครจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 249 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี โดยแบ่งตามเขตบริการคลินิกหออัครครบถ้วนจำนวน 5 แห่งคือท่าวังหิน ชยางกูร วัดใต้ ปทุมมาลัย และปทุมวิทยากร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและอยู่อาศัยเพียงคนเดียวเนื่องจากเป็นหม้าย โสดหรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแลหรือการอยู่ตามลำพังในชีวิตประจำวัน บางวันหรือบางเวลาที่ลูกหลานไปทำงาน 2) อาศัยอยู่เขตคลินิกหออัครครบถ้วนจำนวน 5 แห่งคือ ท่าวังหิน ชยางกูร วัดใต้ ปทุมมาลัย และปทุมวิทยากร ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน 3) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ 4) ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออยู่ในภาวะวิกฤต 3) ผู้ที่มีปัญหาการรับรู้ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

1. วิธีเชิงปริมาณ คำนวณจากสูตรขนาดของกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 153 คน

2. วิธีเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีความสัมพันธ์ของข้อมูล จำนวน 60 คน

เครื่องมือการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรแบบสอบถามคุณลักษณะประชากร จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน เฉยๆ ให้ 1 คะแนน และเห็นด้วยให้ 3 คะแนน ส่วนข้อความตรงข้ามจะให้คะแนนกลับกัน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.32 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 2.33 – 2.98 หมายถึง ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม อยู่ในระดับดี ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ การวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) ส่วนข้อความตรงข้ามจะให้คะแนนกลับกัน การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหล่านั้นระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.32 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหล่านั้นระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 2.33 – 2.98 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหล่านั้นระดับดี สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยประเด็น ปัญหาในการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยและเมื่ออยู่คนเดียว

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 12/2564 เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2564 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเก็บความลับของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การสรุปและเผยแพร่งานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาก่อนนำไปทดลองใช้ นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้านความรู้เท่ากับ 0.81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2564 ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้ผู้สูงอายุทราบ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณไม่เกิน 30 นาที สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตามประเด็นที่กำหนดไม่เกิน 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปเป็นความเรียงตามประเด็น อ่านเอกสารแล้วทำ Code และจับประเด็นสำคัญของ Code นั้นๆ เพื่อสร้างกลุ่มย่อย (Category) และสร้างคำอธิบายของ Category นั้นๆ ระบุ Category ให้เชื่อมโยงกับ Theme (Major category)

ผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ปรากฏผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 68.67 อายุเฉลี่ย 77.50 ปีอายุสูงสุด 95 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี สถานภาพสมรสหม้าย

คิดเป็นร้อยละ 44.00 แหล่งที่มาของรายได้มาจากสวัสดิการจากรัฐเช่นเบี้ยยังชีพเงินสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 78.67 รายได้ส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท รายได้เฉลี่ย 3,425.98 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.66 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.00 (ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 37.33 เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 18.00) ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 14.00 แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการส่วนใหญ่ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวปทุมวิทยากรและวัดใต้ ในปริมาณ ที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 21.33

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (n = 150)

รายการประเมิน	การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	119 (79.33)	25 (16.66)	6 (5.71)	2.81	0.42	ดี
ซับล้างอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน	98 (65.33)	43 (28.66)	9 (6.00)	2.69	0.49	ดี
อาบน้ำชำระร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	126 (84.00)	23 (15.33)	1 (0.66)	2.89	0.32	ดี
ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	111 (74.00)	36 (24.00)	3 (2.00)	2.81	0.38	ดี
สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	100 (66.66)	46 (30.66)	4 (2.66)	2.71	0.46	ดี
ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการซับล้าง	139 (92.66)	9 (6.00)	2 (1.33)	2.92	0.30	ดี
รวม				2.80	0.40	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานีจำแนกตามการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.40)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย (n = 150)

รายการประเมิน	ด้านการออกกำลังกาย			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	94 (62.66)	38 (25.33)	18 (5.71)	2.69	0.46	ดี
ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีติดต่อกัน	98 (65.33)	43 (28.66)	9 (6.00)	2.59	0.49	ดี

ผ่อนคลายร่างกายอย่างน้อย ครั้งละ 5-10 นาที ก่อนและ หลังออกกำลังกายทุกครั้ง	126 (84.00)	14 (9.33)	10 (6.66)	2.53	0.68	ดี
รวม				2.60	0.54	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.54)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด (n = 150)

รายการประเมิน	ด้านการผ่อนคลายความเครียด			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
เมื่อรู้สึกเครียดจะไหว้พระ สวดมนต์หรือทำสมาธิ	75 (50.00)	55 (36.67)	20 (13.33)	2.38	0.70	ดี
เมื่อรู้สึกเครียดจะไปออก กำลังกาย	36 (24.00)	67 (44.67)	47 (31.33)	1.96	0.73	ปานกลาง
เมื่อรู้สึกเครียดจะสูบบุหรี่	13 (8.67)	17 (11.33)	120 (80.00)	1.21	0.51	ไม่ดี
เมื่อมีปัญหาจะปรึกษากับ สมาชิกในครอบครัวหรือ เพื่อนสนิท	80 (53.34)	56 (37.33)	14 (9.33)	2.35	0.71	ดี
ทำงานอดิเรก เช่น จัดบ้าน ปลูกต้นไม้ เลี้ยงปลา อ่านหนังสือ ฟังเพลงเพื่อ คลายเครียด	78 (52.00)	54 (36.00)	18 (12.00)	2.45	0.64	ดี
เมื่อมีความเครียด จะกินยาแก้ปวดประสาท	7 (4.67)	15 (10.00)	128 (85.33)	1.13	0.39	ไม่ดี
เมื่อมีความเครียด จะหงุดหงิด หรือหมกมุ่นกับปัญหา	14 (9.33)	40 (26.67)	96 (64.00)	1.19	0.44	ปานกลาง
รวม				1.81	0.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.81$, S.D. = 0.58)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
จำแนกตามพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย (n = 150)

รายการประเมิน	ด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้	120 (21.16)	24 (16.21)	6 (17.14)	2.87	0.33	ดี
ได้รับการตรวจร่างกายและตรวจคัดกรองโรคเป็นประจำปี	105 (18.51)	35 (23.64)	10 (28.57)	2.73	0.53	ดี
เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องการรับประทานยา ท่านจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เภสัชกร/แพทย์	111 (19.57)	33 (22.29)	6 (17.14)	2.76	0.50	ดี
เมื่อเจ็บป่วย/เกิดอุบัติเหตุ ท่านใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลที่ระบุตามสิทธิ	119 (20.98)	27 (18.24)	4 (11.42)	2.83	0.41	ดี
เมื่อเจ็บป่วยมีบุคคลใกล้ชิดคอยดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดี	112 (19.75)	29 (19.59)	9 (25.71)	2.80	0.43	ดี
รวม				2.60	0.54	ดี

จากตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.44)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
จำแนกตามแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

รายการประเมิน	แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
มีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	130 (86.67)	16 (10.67)	4 (2.66)	2.84	0.43	ดี
รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ	122 (81.33)	22 (14.67)	6 (4.00)	2.77	0.52	ดี
คนส่วนใหญ่บอกให้ทราบเมื่อท่านทำได้ดี	122 (81.33)	21 (14.00)	7 (4.67)	2.77	0.52	ดี
มีโอกาสมากที่ได้พบปะกับบุคคลที่ทำให้ท่านรู้สึกว่ามีความหมาย	133 (88.67)	15 (10.00)	2 (1.33)	2.87	0.37	ดี
เมื่อไม่สบายใจ จะมีคนคอยให้กำลังใจ	120 (80.00)	23 (15.33)	7 (4.67)	2.75	0.53	ดี

รายการประเมิน	แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ไม่ดี (ร้อยละ)			
เมื่อค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอมีบุคคล ที่จะคอยช่วยเหลือเสมอ	119 (79.33)	28 (18.67)	3 (2.00)	2.77	0.47	ดี
รวม				2.80	0.47	ดี

จากตารางที่ 4.2 พบว่าจำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานีจำแนกตามแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.47)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis)

ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ผลการวิเคราะห์ปรากฏผลดังนี้

2.1 การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การทำความสะอาดร่างกาย กรณีเดินไม่สะดวกใช้ยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน มีปัญหาด้านสายตามองไม่เห็นทำกิจวัตรประจำวันลำบาก ต้องไปสระผมที่ร้านทำผม ไม่มีฟันใช้เหงือกในการเคี้ยวอาหาร ดังข้อความ

“เดินไม่ค่อยสะดวก ใช้ยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน” (รายที่ 20)

“ไม่มีคนดูแล เสื้อผ้าต้องซักมือเอง” (รายที่ 22)

2.2 การออกกำลังกาย ออกกำลังกายได้ทุกวันและออกกำลังกายได้บางวัน และนานๆครั้ง และมีข้อจำกัดเรื่องการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ดังข้อความ

“ออกกำลังกายไม่ได้เพราะเหนื่อยหอบเป็นถุงลมป่อง” (รายที่ 13)

“ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายแต่ทำงานบ้านปกติปวดเข้าจะไม่นั่งยอง ๆ มีปัญหากระดูกพรุน” รายที่ 25

“ออกกำลังกายทุกวัน วันละ 30-40 นาที ยกแขน 200 ครั้ง บริหารข้อเข่าบริหารลั้น” รายที่ 30

“เข้าใส่บาตรและเดินออกกำลังกายที่หน้าบ้านกลับไป กลับมา” (รายที่ 31)

“ออกกำลังกายไม่ได้เนื่องจากมีโรคประจำตัวเป็นเป็นตะคริวที่น่องและขาทั้งสองข้าง” รายที่ 50

2.3 การจัดการความเครียด ใช้วิธีการปฏิบัติธรรม การควบคุมอารมณ์ การทำกิจกรรมต่างๆและการใช้การสื่อสารกับลูก ดังข้อความ

“ฟังเพลง, ดูทีวี ดูหนัง เล่นคอมพิวเตอร์” (รายที่ 17)

“ทำสวนผัก, พูดคุยกับเพื่อนบ้าน” (รายที่ 21)

“สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิทำให้สงบ” (รายที่ 29)

“เมื่อมีความเครียดและเวลาคิดถึงลูกก็จะโทรหาบ้างเป็นบางครั้ง” (รายที่ 32)

“ทำใจเย็นไม่ใจร้อน ช่มใจ” (รายที่ 40)

2.4 การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ใช้การรักษาแพทย์แผนปัจจุบันและกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยซื้อยามารับประทาน และหากมีอาการรุนแรงจะไปโรงพยาบาล ดังข้อความ

“ความจำไม่ดี หลงลืม ทำให้ลืมรับประทานยาและรับประทานยาไม่ตรงเวลาในบางครั้ง” (รายที่ 5)

“เวลาเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ปวดศีรษะ จะหายารับประทานเอง” (รายที่ 14)

“รับประทานยาสมุนไพร เป็นประจำ” (รายที่ 22)

“เก็บยาโรคประจำตัวไว้ข้างตัว และจะโทรเรียกญาติในยามเจ็บป่วยรุนแรง”

รายที่ 23

“เวลาเจ็บป่วยมีคนข้างบ้านพาไปและเดินไปหาหมอเอง” (รายที่ 26)

“เจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปคลินิกหมอบริเวณรอบครัวเจ็บป่วยรุนแรงจะโทรเรียกรถโรงพยาบาล” รายที่ 34

“ปวดเข้าจะหายานวดมานวดและนอนพักผ่อน” (รายที่ 39)

“ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะมีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือตลอด” (รายที่ 41)

“เป็นภูมิแพ้ แพ้ฝุ่นและแพ้อากาศ เมื่อมีอาการแพ้ก็จะรับประทานยาแก้แพ้”

(รายที่ 49)

“เก็บยาโรคประจำตัวไว้ข้างตัว และจะโทรเรียกญาติในยามเจ็บป่วยรุนแรง”

(รายที่ 57)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมืองจังหวัดอุบลราชธานี อภิปรายผลของการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแหล่งที่มาของรายได้ มาจากสวัสดิการจากรัฐเช่นเบี้ยยังชีพเงินสงเคราะห์ ร้อยละ 78.67 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคลแต่พบว่ามีความรู้ด้านไม่มีพิน ใช้เหงือกในการเคี้ยวอาหาร มีปัญหาด้านสายตา และขาดการออกกำลังกาย ทำให้กิจวัตรประจำวันลำบาก ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีเช่นกัน แต่มีข้อจำกัดเรื่องการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธร ชลกร ทรงศรี¹⁴ ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง วัดภูประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และค้นหาปัญหาความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 มีคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 เป็นโรคเรื้อรังได้แก่ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ร้อยละ 66.67 ช่วยเหลือตนเองได้ดีและร้อยละ 50 ต้องดูแลตนเองส่วนที่เหลือได้รับการดูแลเป็นครั้งคราวจากครอบครัวและชุมชน ส่วนปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพที่พบได้แก่การดูแลสุขภาพอนามัยไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้รับอาหารไม่เหมาะสมพักผ่อนไม่เพียงพอปัญหาขาดผู้ดูแล และไม่มีเงินในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุต้องการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคลากรด้านสุขภาพ บุตรหลานและเพื่อนบ้านเช่นสิ่งอำนวยความสะดวก การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมการพาไปซื้ออาหาร/ช่วยปรุงอาหาร ให้มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยและการดูแลด้านความปลอดภัยและสอดคล้องกับแสงดาว จันทรดาและคณะ¹⁵ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังคงประกอบอาชีพร้อยละ 81.5 ผู้สูงอายุบางส่วนอยู่เพียงลำพัง

ร้อยละ 7.36 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกคือ 1) โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.6 2) โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.77 3) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 7.72 ผู้สูงอายุบางรายรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ควบคุมอาหารเฉพาะโรค ไปตรวจตามนัดไม่ต่อเนื่องและมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น ไม่ออกกำลังกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปีและทำงานหนัก และสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยาภรณ์ อินทภิรมย์⁸ และ ปลื้มใจ ไพจิตร¹⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังส่วนใหญ่มีการดูแลร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ และออกกำลังกายเป็นประจำ เพราะเชื่อว่าทำให้ตนสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกายและดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2. พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด ในภาพรวมมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ อาจจะเนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยเพียงคนเดียว ขาดผู้ดูแลและการมีโรคประจำตัว ส่งผลให้มีความเครียดสูง การผ่อนคลายจึงเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก ซึ่งควรจะมีการส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา สาระรักษ์และคณะ¹⁷ ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 50.5 โรคที่ป่วย 3 ลำดับแรกคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุง ภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 86.5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 88.5 และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่ควรส่งเสริมสุขภาพคือด้านกิจกรรมทางกายและการจัดการความเครียด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี อาจจะเนื่องจากการไปรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวหรือโรงพยาบาลทำให้ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม สอดคล้องกับ Ahijevych B.¹⁸ พบว่าการมีโรคประจำตัวอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังให้ความสนใจตนเอง ปฏิบัติตนที่เหมาะสมและมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ

4. แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี เพราะสังคมไทยจะมีเพื่อนบ้าน ที่ช่วยเหลือดูแลเป็นระยะ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและดำเนินชีวิตอยู่ได้ ซึ่งจากการศึกษาของเสนห์ แสงเงินและคณะ¹⁹ ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังพบว่า อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การมองเห็น ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากบุคคลภายนอกในครอบครัว จากบุคลากรด้านสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของยมนา ชนะนิลและคณะ²⁰ ศึกษาเรื่องภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน ผลการวิจัยพบว่าภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 117.16$, S.D. = 13.81) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามิติด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือด้านพึ่งพาตนเองได้ และด้านการเจริญทางปัญญาตามลำดับ ทั้งนี้มิติด้านการสร้างความมั่นคงทางการเงิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และส่งเสริมพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงินและด้านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการจัดระบบสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวเช่น เพื่อนบ้าน บุคลากรสุขภาพ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อเป็นลดความเครียดจากการที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

2. สถานบริการสุขภาพในชุมชนเขตเมืองควรมีการให้ความรู้ที่เน้นเฉพาะในการผ่อนคลายความเครียดและมีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ที่มีอายุยืนยาวมากกว่า 80 ปีขึ้นไป เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้ในการเตรียมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุประเทศไทยปี 2563. [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/know/1>
2. กรมอนามัย. เอกประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ:ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การบูรณาการสู่ระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.). นนทบุรี: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ กระทรวงดิจิทัล; 2561.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/2/261>
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2562 : สื่อสังคม สื่อสองคม สุขภาวะคนไทยในโลกโซเชียล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/ThaiHealth2019t.pdf>
6. Kawamoto R, Yoshida O, & Oka Y. Influence of living alone on emotional well – being in community - dwelling elderly persons. Geriatr Gerontol Int 2018;5:152-8.
7. World Health Organization. Definition of an older or elderly person [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 10]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
8. สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. พยาบาลสาร 2561;35:46–56.
9. วาสนา สิทธิกัน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.graduate.cmru.ac.th/core/km_file/381.pdf

10. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535>
11. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานสุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2019/>
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานครสำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
13. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ipsr.mahidol.ac.th/ประชากรของประเทศไทย-พ-ศ-2562/>
14. กาญจนา ปัญญาธร, ชลการ ทรงศรี. การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2563;9:12-30.
15. แสงดาว จันทร์ดา, วิทยา วาโย, นวลละออง ทองโคตร, สายใจ คำทะเนตร, แก้วจิต มากปาน. สุขภาวะผู้สูงอายุตำบลดินดำ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563;14: 425-36.
16. ปลื้มใจ ไพจิตร. คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการ จัดการ 2558;2:157-79.
17. มินตรา สาระรักษ์, จิตติรัช งานฉมิง, นันทยา กระสวยทอง. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563;35: 304-10.
18. Ahijevych K, Bernhard L. Health-promoting behaviors of African American women. Nurs Res 1994;43:86-9. PMID: 8152943.
19. เสน่ห์ แสงเงิน. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2012;42:68-80.
20. ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา. ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563;30:83-92.

**ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลัน
ที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้สูงอายุโรค STEMI ที่ทำการ
ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน:**

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

สุเพียร โภคทิพย์ ปรด. (พยาบาล)*

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานเกี่ยวกับ ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และบทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วย STEMI สูงอายุโดยใช้วิธีการของ Cooper สืบค้นโดยใช้คำสำคัญจากฐานข้อมูลในปี 2000-2021 สืบค้นได้ทั้งหมด 22 เรื่องแต่เข้าได้กับเกณฑ์ 10 เรื่องส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยมีเพียง 1 เรื่อง ผลการศึกษาพบ 3 ประเด็น 1) ความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 0.37-27.3 ขึ้นกับนิยามที่ใช้ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่พบมีทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยคืออายุ เพศหญิง ภาวะซีด ภาวะ CHF DM ระดับซีรัมครีเอตินิน ภาวะความดันโลหิตต่ำ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำหัตถการคือปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาร่วมกันมี 6 ปัจจัยคืออายุ ระดับซีรัมครีเอตินิน ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะ CHF DM ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ ส่วนปัจจัยที่ยังมีการศึกษาจำกัดคือเพศหญิง ยาและสารน้ำที่ได้รับก่อนทำหัตถการ และระดับการกรองของไต (eGFR) ซึ่งยังต้องศึกษาเพิ่มเติม 3) บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันมีเพียง 2 การศึกษาโดยเน้นการป้องกันก่อนทำหัตถการโดยการประเมินความเสี่ยงและการกระตุ้นให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอ การคำนวณปริมาณสารทึบรังสีที่ควรจะได้รับและการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและเฝ้าระวังหลังการทำหัตถการหลังพัฒนาช่วยลดอัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันลงได้ร้อยละ 21 สรุปการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วย STEMI สูงอายุ พบได้แตกต่างกันปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีทั้งด้านผู้ป่วยและการทำหัตถการซึ่งพยาบาลที่ดูแลควรตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันเพื่อลดการเกิดไตวายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

คำสำคัญ ไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี การพยาบาล ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Corresponding author e-mail: sp8hd@bcnu.ac.th

วันที่รับ (received) 11 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ธ.ค. 2565

Prevalence, Risk factors and Nursing Roles in Preventing the Contrast Associated Acute Kidney Injury (CA-AKI) in older Patients with STEMI Undergoing Percutaneous Coronary Intervention:

An Integrative review

Supian Pokathip Ph.D. (Nursing)^{†*}

Abstract

The purpose of this integrative review was to investigate the prevalence, risk factors, and nursing roles in preventing contrast-associated acute kidney injury (CA-AKI) in older STEMI patients undergoing percutaneous coronary intervention. Cooper's method was employed to collect the data, and keywords were mainly used to search the database from 2000 to 2020 which resulted in 10 articles out of a total of 22 articles that met the requirements. Moreover, the majority of them were based on international situations, and only one article was undertaken in Thailand. Based on the results, the study identified three crucial issues. First, depending on the keywords used in the selected articles, the CA-AKI prevalence ranged from 0.37 to 27.3. Second, the key risk factors included age, female gender, anemia, CHF, DM, serum creatinine levels, and hypotension. Additionally, the level of contrast media and liquid received during the medical procedure was taken into consideration. Moreover, six risk factors are examined collectively such as age, serum creatinine levels, hypotension, CHF DM, and contrast media levels. However, the factors regarding gender, the drugs, and fluids taken before to the treatment, and the estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) still need more research. Finally, only two studies examining the roles of nurses in preventing acute kidney failure focused on preventative approaches rather than intervention. Assessing the patients' risk factors and urging them to drink more water were two of the preventative approaches. Additionally, by calculating the correct contrast media intensity level, improving staff communication, and closely watching patients following interventional procedures, it was feasible to reduce the incidence of acute kidney failure by 21%. In conclusion, the samples showed a wide range in the tendency for acute kidney failure, and it was advised that nurses in charge of patient care be aware of the factors relating to patients and medical procedures as well as understand the significance of disease prevention in order to reduce the incidence of acute kidney failure.

Keywords: contrast associated acute kidney injury, nursing care, older patients, STEMI

[†] Ph.D. RN in Intensive care Unit of Medicine Sunpasitthiprasong Hospital
Corresponding author e-mail: sp8hd@bcnu.ac.th

บทนำ

ภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี (Contrast Associated Acute Kidney Injury CA-AKI) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ทำหัตถการ¹ ตรวจสวนหัวใจและการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมีแนวโน้มพบได้สูงขึ้นและส่งผลต่อการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ภาวะนี้เดิมเรียกว่าภาวะไตวายเฉียบพลันจากการได้รับสารทึบรังสี (Contrast Induced Nephropathy: CIN) ต่อมามีการปรับเป็นภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี (Contrast Associated Acute Kidney Injury: CA-AKI) ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุใดๆก็ได้ ภาวะนี้พบได้แตกต่างกัน ขึ้นกับนิยามที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งนิยามของภาวะนี้ตาม European Society of Urogenital Radiology² ให้ความหมายภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี หมายถึงการที่มีระดับซีรีมครีเอตินิน (Creatinine) สูงขึ้นมากกว่า 0.5 mg/dL หรือมากกว่าร้อยละ 25 ภายใน 3 วันหลังได้รับสารทึบรังสี ส่วน Acute Kidney Injury Network ให้ความหมายภาวะนี้ว่า หมายถึงการที่มีระดับซีรีมครีเอตินินสูงขึ้น 0.3mg/dl ส่วน Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO)³ ให้ความหมายว่าการที่ระดับซีรีมครีเอตินินสูงขึ้น 1.5 เท่าหรือมากกว่า 1.5 เท่า และผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จะได้รับการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน (PCI) โดยการทำหัตถการดังกล่าวผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับสารทึบรังสีเพื่อประเมินการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีแนวโน้มผู้สูงอายุที่เป็น STEMI ที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการทำหัตถการดังกล่าวสูงมากขึ้นแต่พยาบาลที่ดูแลยังขาดองค์ความรู้และแนวทางการดูแลซึ่งพยาบาลที่ดูแลจะต้องมีความรู้และให้ความสำคัญในการประเมินคัดกรองติดตามความเสี่ยงและวางแผนการพยาบาลทั้งก่อนและหลังทำหัตถการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี (CA-AKI) อย่างมีประสิทธิภาพจึงจะสามารถช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ อย่างไรก็ตามพบว่าในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับภาวะนี้ยังมีจำกัด จึงได้ทำการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อทบทวนงานวิจัยและองค์ความรู้เกี่ยวกับนิยาม ความชุก ปัจจัยเสี่ยงและบทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีจากการทำหัตถการการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันในผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

วิธีดำเนินการ

เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการของ Cooper⁴ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดปัญหา คือ องค์ความรู้เกี่ยวกับนิยาม ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและบทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีจากการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันในผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นอย่างไร

ขั้นที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี (Contrast Associated Acute Kidney Injury CA-AKI) ภาวะไตวายเฉียบพลันที่เกิดหลังได้รับสารทึบรังสี (Contrast Induced Nephropathy) (CIN) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Elderly STEMI) การพยาบาล (nursing care) บทบาทพยาบาล (Nursing role) และการป้องกัน (Prevention) สืบค้นจากฐานข้อมูล CINAHL และ THAIJO ระหว่างปี 2000 -2020 เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานเข้าในการศึกษาคือต้องเป็นงานวิจัยหรือรายงานผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับการรักษาโดยการทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน (PCI) ในประเด็นที่เกี่ยวกับอัตราการเกิด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีจากการทำการหัตถการ ทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ หรือรายงานผู้ป่วยที่มีรายงานวิจัยฉบับเต็มตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินคุณภาพของวรรณกรรม การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ประเมินตามแนวทาง The Basic Research Review Check list (BRR)⁹ และประเมินคุณค่าของหลักฐานโดยใช้เกณฑ์ Joanna Briggs Institute 2013¹⁰

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และตีความ

ผลการศึกษา

ข้อมูลผลการสืบค้นพบว่าสืบค้นได้ทั้งหมด 22 เรื่อง เข้าได้กับเกณฑ์การศึกษาจำนวน 10 เรื่อง เรื่องที่ไม่เข้ากับเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) เนื่องจากเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดอื่น ได้แก่ ภาวะเลือดออก ภาวะช็อคจากหัวใจที่พบในผู้สูงอายุ มีการศึกษาจำนวน 10 เรื่องที่เข้าได้กับเกณฑ์ โดยมีรูปแบบการศึกษาคือเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ 9 เรื่อง เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ 1 เรื่องส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยแพทย์และเป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์และหาปัจจัยในการทำนาย มีการศึกษาโดยพยาบาลเพียง 2 การศึกษา⁵⁻⁶ พื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 9 การศึกษา โดยศึกษาในประเทศจีนจำนวน 2 การศึกษา ส่วนการศึกษาในประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา อิตาลี เยอรมัน สเปน อียิปต์ อิหร่าน คูเวต และประเทศไทย ประเทศละ 1 การศึกษา รูปแบบการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์และปัจจัยในการทำนาย โดยการศึกษาไปข้างหน้าและการศึกษาย้อนหลังในเอกสารและฐานข้อมูล ระยะเวลาสูงสุดในการศึกษา 5 ปี (การศึกษาช่วงปี ค.ศ 2009-2014 และปี ค.ศ 2007-2012) ศึกษา 3 ปี (ปี ค.ศ 2006-2009) ศึกษา 2 ปี การศึกษา 1 ปี มี 2 การศึกษา (ปี ค.ศ 2010-2011) น้อยสุดคือการศึกษาเพียง 3 เดือน (มีนาคม- 2005) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่จำนวน 117 ราย 139 ราย 347 ราย 458 ราย 3,469 ราย 5,571 ราย 6,103 ราย 17,139 ราย และสูงสุด 20,147 ราย ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่อายุมากกว่า 65 ปี มากกว่า 75 ปี และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 และประเมินคุณค่าของหลักฐานโดยใช้เกณฑ์ Joanna Briggs Institute 2013 พบว่าส่วนใหญ่ระดับคุณค่าของหลักฐาน Level IIIc 6 การศึกษา Level IIId 2 การศึกษา และ Level IV 1 การศึกษาเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ 1 เรื่อง ซึ่งในการประเมินคุณค่าของหลักฐานของ JBI ไม่พบเกณฑ์ประเมินสำหรับกิจกรรมพัฒนา

ตารางที่ 1 แสดงการประเมินระดับคุณค่าของงานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรม

ลำดับ	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	Level
1	Impact of acute kidney injury in elderly (≥ 80 years) patients undergoing percutaneous coronary intervention	Leistner DM, Charlotte M, Julia S, Aslihan E, Mattias R, Catherine G, et al (2018)	IIIc
2	Reducing Acute kidney injury Due to Contrast Material: How Nurse Can Improve Patient Safety	Lambert P., Chaisson K., Horton S., Petrin C., Marshall E., Bowden S. et. al. (2017)	-
3	Predictors of the early outcome in elderly patients with ST myocardial infarction treated with primary angioplasty: a single center experience	Lazzeri C., Valente S., Chiostrì M., Picardiello C., Gensini GF. (2011)	IIId
4	Efficacy and safety of Percutaneous Coronary Intervention for Elderly Patientss in the Second-Generation Drug-Eluting Stent Era: The SHINANO Registry	Miura T., Miyashita Y., Motoki H., Kobayashi H., Nakajima H. Kimura H et. al. (2017)	IIId
5	A Simple Risk Score for Prediction of Contrast-Induced Nephropathy After Percutaneous C-Induced coronary Intervention Development-Induced and Initial Validation	Mehran R., Aymong ED., Nikolsky E., Lasic Z., Iakovou I., Fahy M., et al. (2004).	IIIc
6	Simple pre-procedure risk stratification tool for contrast – induced nephropathy	Zhonghan Ni., Liang Y., Xie N., Lin J., Sun G., Chen S., et al. (2019).	IIIc
7	Novel risk model for predicting acute adverse drug reactions following cardiac catheterization from TRUST study (The Safety and tolerability of Ultravist in Patients Undergoing Cardiac Catheterization)	He Y., Huang Y., Yang J., Lin J., Sun G., Song F., et al. (2019)	IIIc
8	Association between the risks of contrast induced nephropathy after diagnostic or interventional coronary management and the Transradial and Transfemoral access approaches	Firouzi A., Javad M., Ansari A., Mohammadhadi N., Peighambari MM., Zahedmehr A (2020)	IIIc
9	Grace Risk Score Predicts Contrast Induced Nephropathy in Patient with Acute Coronary Syndrome and Normal Renal Function	Raposeiras-Roubin S., Aguiar-Souto P., Barreiro-Pardal C., Otero DL., Teja JE., Sanchez RO., et al (2013)	IIIc
10	ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน: เรื่องสำคัญสำหรับพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำเนียร พัฒนจักร, อรุณศรี แสนเมือง และทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล	IV

สำหรับประเด็นสาระสำคัญสามารถสังเคราะห์ได้ 3 ประเด็น ดังนี้

- 1) การศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี ประกอบด้วย
- 3 การศึกษาโดย พบความชุกของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี อยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.3,

2.79, 3.2, 9.06 สูงสุดคือร้อยละ 27.3 โดยความชุกจะขึ้นกับนิยามที่ใช้และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งรายละเอียดมีดังนี้

1.1) การศึกษาของ David M Leistner¹⁵ ในปี 2018 โดยศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ที่อายุมากกว่า 80 ปี จำนวน 458 คน ที่ทำ PCI ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเบอร์ลิน ช่วงมกราคม ปี ค.ศ 2009 – ธันวาคม ปี ค.ศ 2014 โดยแบ่งกลุ่มเป็นเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) และกลุ่มที่ไม่เกิด AKI โดยนิยามการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี (Contrast Associated Acute Kidney Injury CA-AKI) หรือการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากการได้รับสารทึบรังสี (Contrast Induce Nephropathy : CIN) หมายถึงการที่มีระดับซีรัมครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นจากระดับซีรัมครีเอตินินเดิมมากกว่าร้อยละ 25 ขึ้นไป หลังทำ PCI 72 ชั่วโมง หรือการที่มีระดับซีรัมครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นมากกว่า 0.5 mg/dl ขึ้นไป หลังทำ PCI 72 ชั่วโมงพบความชุกของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน AKI สูงถึง ร้อยละ 27.3 (125 คน) โดยปัจจัยที่สำคัญคือ คนที่อายุ ≥ 90 ปีพบ CHF, C-reactive protien เป็นตัวทำนายการเกิด AKI

1.2) การศึกษาของ Ni Z ในปี 2019 ในประเทศจีน⁸ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ทำการตรวจสวนหัวใจ (CAG) ย้อนหลัง ในปี 2010-2012 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,469 ราย เพื่อหาความชุกและปัจจัยทำนายการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี หลังทำ CAG โดยนิยามความหมายของคำว่าภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี คือการที่ระดับซีรัมครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นจากระดับเดิม (base line) ≥ 0.5 mg/dl ภายใน 72 ชั่วโมง หลังทำการตรวจสวนหัวใจ(CAG) และการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Major Advanced Cardiac Event : MACEs) โดยการสอบถามจากการโทรศัพท์ถามจากพยาบาลที่ได้รับการฝึกมา หลังทำ CAG ไปแล้ว 1,6,12,24,36 และ 48 เดือน ผลการศึกษาพบว่าการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีพบร้อยละ 3.32

1.3) การศึกษาในประเทศไทยของ จำเนียร พัฒนาจักร และคณะ⁶ โดยศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำการตรวจสวนหัวใจ (CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการที่ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับบริการช่วง เดือนพฤษภาคม – กันยายน 2561 จำนวน 886 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 63.08 ปี พบว่ากลุ่มที่ทำ CAG จำนวน 610 คน กลุ่มทำ PCI จำนวน 276 ราย ผู้ป่วยกลุ่มที่ทำ CAG อย่างเดียวพบความชุกของภาวะไตวายเฉียบพลันและได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ทำ PCI ร้อยละ 2.79 (17 ราย ใน 610 ราย) และไม่ต้องบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือด ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการทำ PCI พบภาวะไตวายเฉียบพลันร้อยละ 9.06 (25 ราย ใน 276 ราย) และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดร้อยละ 1.45 (4 ราย) (Risk difference =0.145; 95%CI: 0.04-2.86; P = 0.004) สรุปว่าการทำ PCI มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและได้รับการบำบัดทดแทนทางไตมากกว่าการทำ CAG เพียงอย่างเดียว ซึ่งพยาบาลที่ดูแลจะต้องมีความตระหนักในการดูแลทั้งในระยะก่อนทำการหัตถการ ขณะทำการหัตถการและหลังทำการหัตถการเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

2. ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีประกอบด้วย 4 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective) จากการทบทวนเวชระเบียน รายละเอียดดังนี้

2.1) การศึกษาของ Roxana Mehran¹² เพื่อหาปัจจัยและพัฒนาคะแนนประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีหลังทำการหัตถการ PCI โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ทำหัตถการ PCI และสุ่มเข้ากลุ่ม development จำนวน 5,571 ราย แล้วติดตามการสูงขึ้นของระดับซีรัมครีเอตินิน หลังทำการหัตถการ โดยนิยามความหมายของภาวะไตวายเฉียบพลันหลังการได้รับสารทึบรังสีคือการที่ระดับซีรัมครีเอตินินสูงขึ้นจากเดิม $\geq 25\%$ หรือระดับซีรัมครีเอตินินสูงขึ้น ≥ 0.5 mg/dl หลังทำการหัตถการ 48 ชั่วโมงเพื่อหาปัจจัย

ทำนายการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำหัตถการ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 71.2 อายุเฉลี่ย 63.8 ± 11.2 ปี อายุ > 75 ปี ร้อยละ 17.1 DM ร้อยละ 30.7 HT ร้อยละ 62.1 DLP ร้อยละ 69.8 Smoking ร้อยละ 57.7 CHF ร้อยละ 6 Anemia ร้อยละ 25.8 พบค่า Base line creatinine < 1.5 mg% ส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.5 Creatinine 1.5-2.0 mg% ร้อยละ 8.2 ค่า creatinine > 2.0 mg% พบร้อยละ 2.3 base line e GFR > 60 ml/min $1.73m^2$ ร้อยละ 73.6 e GFR 40-60 ml/min $1.73m^2$ ร้อยละ 20.5 e GFR < 20 ml/min $1.73m^2$ ร้อยละ 0.07 ผลการตรวจหลอดเลือดพบตีบหลายเส้น (Multiverses disease) สูงถึงร้อยละ 26.9 ได้รับการทำขยายหลอดเลือดหัวใจหลายเส้น (Multi PCI) ร้อยละ 26.9 ใส่ IABP ร้อยละ 7.1 ปริมาณสารทึบรังสี (Dye) ที่ได้รับเฉลี่ยจำนวน 260.9 ± 122 มิลลิตร ส่วนใหญ่ได้รับปริมาณสารทึบรังสี > 150 มิลลิตร ถึงร้อยละ 80.4 พบว่า ในกลุ่ม Development เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำหัตถการ 48 ชั่วโมง จำนวน 729 คน ร้อยละ 13.1 ส่วนในกลุ่ม Validate เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน 386 คน ร้อยละ 13 ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่สำคัญในการทำนาย ภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีที่สำคัญ มี 8 ตัวแปร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ปัจจัยได้แก่ 1) อายุ > 75 ปี (OR 1.9 ,95-% CI 1.59-2.27) 2) DM (OR 1.73 ,95-% CI 1.48-2.02) 3) CHF (OR 2.68 ,95-% CI 2.09-3.44) 4) Hypotension ขณะที่ admit (OR 2.36 ,95-% CI 1.89-2.95) 5) ภาวะซีด (Anemia) (OR 2.02,95-% CI 1.72-2.36) 6) CKD (OR 2.89 ,95-% CI 2.32-3.59) และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ คือการได้รับการใส่เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (IABP) (OR 2.05, 95-% CI 1.47-2.87) และปริมาณของสารทึบรังสีที่ได้รับ (Dye) (OR 1.24, 95-% CI 1.01-1.54) ซึ่งสามารถสรุปเป็นคะแนนได้ ดังนี้

คะแนน Risk score for predict CIN¹²

ตัวแปร	คะแนน
1. Hypotension *	5
2. IABP	5
3. CHF	5
4. อายุ ≥ 75 ปี	4
5. anemia	3
6. DM	3
7. ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ	1 ต่อการได้รับทุก 100 ml
8. Serum creatinine > 1.5 mg/dl หรือ eGFR < 60 ml/min/ $1.73 m^2$	4
	ถ้า 40-60=2 คะแนน
	ถ้า 20-40 =4 คะแนน
	$< 20 = 6$ คะแนน
	รวมคะแนนที่ได้

การแปลผล

Risk score	Risk of CIN	Risk of DIALYSIS
≤ 5 คะแนน	7.5%	0.04%
6-10 คะแนน	14%	0.12%
11-16 คะแนน	26.1 %	1.09%
> 16 คะแนน	57.3 %	12.6 %

นิยามศัพท์

Hypotension : SBP < 80 mmHg หลังให้ยา inotropic ไปแล้วอย่างน้อย 1 ชั่วโมง

IABP ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนหรือขณะทำการหัตถการ

Anemia ระดับ Hct. < 39% ในผู้ชาย และ < 36 % ในผู้หญิง

3.2) การศึกษาของ Ghani¹³ เป็นการศึกษา เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและพัฒนาเครื่องมือในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี หลังทำ PCI ในผู้ที่มีการทำงานของไตปกติ เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในโรงพยาบาลโรคทรวงอกที่มาทำ PCI ช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม ปี ค.ศ 2005 ทั้งหมด 500 คน คัดออก 153 คน โดยการสุ่มเข้ากลุ่ม Development 247 คนและกลุ่ม Validate 100 คน โดยทุกคนจะได้รับสารนำทางหลอดเลือดดำชนิด D5N2 1 ml/kg/hr และถ้าก่อนทำมี serum creatinine $\geq 115 \mu\text{mol/L}$ จะให้ N-acetyl cystein 600 mg bid ก่อนทำ 24 ชั่วโมงและหลังทำ 48 ชั่วโมง ประเมินภาวะการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำ PCI 48 ชั่วโมง โดยนิยามภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี ว่าหมายถึง ระดับ serum creatinine $\geq 44.2 \mu\text{mol/L}$ หลังทำ PCI 48 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม Development 247 คน ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 41.7 อายุ ≥ 65 ปี ร้อยละ 51.4 Serum creatinine $\geq 115 \mu\text{mol/L}$ ร้อยละ 53 DM ร้อยละ 75 HT ร้อยละ 79 Shock ร้อยละ 21 ร้อยละ CHF 42.1 Anemia ร้อยละ 65.2 Multiple PCI ร้อยละ 65.6 พบว่ากลุ่ม Development เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี 13 คน คิดเป็นร้อยละ 5.52 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีได้ มี 5 ตัวแปร คือ 1) Serum creatinine $\geq 115 \mu\text{mol/L}$ 2) shock 3) เพศหญิง 4) การได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหลายเส้น (Multiple PCI 5) DM โดยสามารถให้คะแนนแต่ละปัจจัยตามความสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ดังนี้

1) Serum creatinine $\geq 115 \mu\text{mol/L}$ สูงสุด = 7 คะแนน 2) Shock = 3 คะแนน 3) เพศหญิง = 2 คะแนน 4) Multiple PCI = 2 คะแนน 5) DM = 2 คะแนน และสามารถจัดกลุ่มตามความเสี่ยง ได้ 4 กลุ่ม คือ

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. เสี่ยงต่ำ | ≤ 4 คะแนน |
| 2. กลุ่มเสี่ยงปานกลาง | 5-8 คะแนน |
| 3. กลุ่มเสี่ยงสูง | 9-12 คะแนน |
| 4. กลุ่มเสี่ยงสูงมาก | ≥ 12 คะแนน |

โดยอัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี ในกลุ่ม Validate พบใกล้เคียงกับกลุ่ม Development (Goodness of fit of model ใช้ Chi square = 5.35 (p=0.37) แสดงว่า Model นี้มีความเหมาะสม ในการทำนายการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีโดย การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี จะสัมพันธ์กับระดับของ Serum creatinine และการเป็นโรคเบาหวาน (DM)

3.3) การศึกษาของ Zhonghan Ni⁸ ในปี 2019 พบว่าตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี ประกอบด้วย 1) อายุ ≥ 75 ปี 2) ภาวะความดันโลหิตต่ำก่อนทำการหัตถการ 3) การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 4) ระดับครีเอตินินในเลือด $\geq 1.5 \text{ mg/dl}$ 5) ภาวะ CHF ซึ่งปัจจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Roxana Mehran¹² มี 4 ปัจจัยคือ อายุ ≥ 75 ปี ภาวะ hypotension, CHF และ ระดับ Creatinine $> 1.5 \text{ mg\%}$ จึงควรมีการนำปัจจัยร่วมที่สำคัญเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี ก่อนการทำการหัตถการเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีที่มีประสิทธิภาพ

3.4) การศึกษาของ Yibo He⁷ โดยการพัฒนาเครื่องมืออย่างง่ายในการทำนายการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ (ADR) หลังทำ PCI 24 ชั่วโมง โดยศึกษาในประเทศจีนใน ผู้ป่วยที่ทำ PCI ช่วงเดือนสิงหาคม ปี 2010 - กันยายน 2011 ทั้งหมดจำนวน 17,139 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆที่ 1 กลุ่ม Development มี 11,426 ราย และกลุ่ม Validate = 5,713 ราย โดยใช้ตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปรประกอบด้วย 1) อายุ 2) ปริมาณของสารทึบรังสีที่ได้รับ 3) การได้รับยา ก่อนทำหัตถการและ 4) การให้สารน้ำก่อนทำหัตถการ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

1. อายุ ถ้าไม่ใช่ 50-69 ปี ให้ 1 คะแนน
2. ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ (Contrast media dose) <100 ml = 1 คะแนน
3. การให้สารน้ำก่อนทำหัตถการ ถ้าไม่ได้รับ ให้คะแนน =2 คะแนน
4. การให้ยาก่อนทำหัตถการ ถ้าไม่ได้รับ =1 คะแนน

ผลการศึกษาพบว่า Incidence การเกิด ADR พบร้อยละ 0.37 (42 ครั้ง) โดยแบ่งเป็นกลุ่ม Low risk คะแนน 0-2 คะแนน พบอัตราการเกิด ADR ร้อยละ 0.09 กลุ่ม Moderate risk คะแนน 3-4 คะแนน พบอัตราการเกิด ADR ร้อยละ 0.36 กลุ่ม High risk คะแนน ≥ 5 คะแนน พบอัตราการเกิด ADR ร้อยละ 1.78 ซึ่งปัจจัยที่พบร่วมกับการศึกษาอื่นๆได้แก่ อายุ และปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ โดยการศึกษาให้คะแนนของปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับกรณี < 100 มิลลิลิตร และ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทุก 100 มิลลิลิตร อย่างไรก็ตามพบว่าในการศึกษานี้พบอัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาที่กล่าวมา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุป เปรียบเทียบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยในการทำนายการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี

ลักษณะทั่วไป	Mehran R.,2004	Ghani AA.,2009	He Y, 2019	Ni.Z, 2019
1. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	5,571 คน	347 คน	17,139 คน	3,469 คน (การทบทวนระเบียบ)
2. การประเมินภาวะไตวายเฉียบพลัน	หลังทำ PCI 48 ชั่วโมง	หลังทำ PCI 48 ชั่วโมง	หลังทำ PCI 24 ชั่วโมง	ระดับครีเอตินิน > 0.5 mg% ภายใน 72 ชั่วโมง
3. อัตราการเกิด ไตวายเฉียบพลัน	ร้อยละ 13.1	ร้อยละ 5.52	ร้อยละ 0.37	ร้อยละ 3.2-3.55
4. ปัจจัยเสี่ยง	มี 8 ปัจจัย	มี 5 ปัจจัย	มี 4 ปัจจัย	มี 5 ปัจจัย
	1. Hypotension = 5 คะแนน 2. IABP =5 คะแนน 3. CHF = 5 คะแนน 4. อายุ ≥ 75 ปี = 4 คะแนน 5. Anemia = 3 คะแนน 6. DM = 3 คะแนน 7. ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับทุก 100 ml =1 คะแนน	1. ระดับ creatinine ในเลือด $\geq 115 \mu\text{mol/L}$ = 5 คะแนน 2. shock = 3 คะแนน 3. เพศหญิง =2 คะแนน 4. การทำ หัตถการ PCI หลายครั้ง =2 คะแนน 5. DM=2 คะแนน	1. อายุ ถ้าไม่ใช่ 50-69 ปี =1 คะแนน 2. ปริมาณสารทึบรังสี < 100 ml =1 คะแนน 3. การได้รับสารน้ำก่อนทำหัตถการ ถ้าไม่ให้ = 2 คะแนน 4. การให้ยาก่อนทำหัตถการ ถ้าไม่ให้ =1 คะแนน	1. อายุ > 75 ปี 2. Hypotension ก่อนทำหัตถการ 3. การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 4. ระดับ creatinine ในเลือด > 1.5 mg% 5. ภาวะ CHF

ลักษณะทั่วไป	Mehran R.,2004	Ghani AA.,2009	He Y, 2019	Ni.Z, 2019
5. เกณฑ์ความเสี่ยง	8. ระดับ creatinine ในเลือด > 1.5 mg% = 4 คะแนน หรือ ระดับ e GFR 40-60 =2 e GFR 20-40 =4 e GFR <20 =6 มี 4 ระดับ ตาม คะแนน ≤ 5 คะแนน เสี่ยงต่ำ พบเกิด CIN ร้อยละ 7.5 6-10 คะแนน เสี่ยงปานกลาง เกิด CIN ร้อยละ 14 11-16 คะแนน เสี่ยง สูง เกิด CIN ร้อยละ 26.1 >16 คะแนน เสี่ยงสูง มาก เกิด CIN ร้อยละ 57	มี 4 ระดับ ≤ 4 คะแนน = เสี่ยงต่ำ 5-8 คะแนน = เสี่ยง ปานกลาง 9-12 คะแนน = เสี่ยงสูง > 12 คะแนน = เสี่ยงสูง มาก	มี 3 ระดับ 0-2 คะแนน = กลุ่มเสี่ยงต่ำ พบอัตรา การเกิด CIN ร้อยละ 0.09 3-4 คะแนน = กลุ่มเสี่ยงปานกลาง พบอัตราการเกิด CIN ร้อยละ 0.36 ≥ 5 คะแนน กลุ่มเสี่ยงสูง พบอัตรา การเกิด CIN ร้อยละ 1.78	

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีการศึกษาสอดคล้องในทั้ง 4 การศึกษา มี 6 ปัจจัยได้แก่ อายุ ระดับซีรัมครีเอตินิน ภาวะความดันโลหิตต่ำก่อนทำการหัตถการ ภาวะ CHF, DM ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ ส่วนปัจจัยที่ศึกษาต่างกันได้แก่ เพศหญิง ซึ่งมีเพียง 1 การศึกษาเท่านั้น¹³ ส่วนการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับยาและสารน้ำที่ได้รับก่อนทำการหัตถการ มีเพียง 1 การศึกษา⁷ เท่านั้น และมีเพียงหนึ่งการศึกษาที่ศึกษาระดับของ eGFR¹² ซึ่งยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยตัวแปรดังกล่าวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถนำมาใช้ทำนายการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการลดอัตราการเกิดไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วยที่ทำหัตถการทางหัวใจยังมีการศึกษาในประเด็นนี้น้อยเพียง 1 การศึกษาเท่านั้น เป็นการศึกษาของ Peggy Lambert⁵ ซึ่งศึกษาบทบาทพยาบาลในการลดอัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วยที่ทำหัตถการทางหัวใจโดยใช้บทบาทพยาบาลในการเป็นผู้นำในการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำการหัตถการ ศึกษาในศูนย์หัวใจจำนวน 10 ศูนย์ ในประเทศอังกฤษ รูปแบบการศึกษาเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้าจากช่วงวันที่ 1 มกราคม 2007-30 มิถุนายน 2012 รวมเป็นระยะเวลา 5 ปี โดยเน้นการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีก่อนทำการหัตถการ ในผู้ป่วยที่ทำ PCI ทั้งหมดจำนวน 20,147 ราย โดยการประเมินความเสี่ยงและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอ โดยการกระตุ้นให้ดื่มน้ำ 8 แก้วๆละ 280 มิลลิลิตรก่อนทำการหัตถการอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมง และการคำนวณปริมาณสารทึบรังสีสูงสุดที่ควรจะได้รับ (Maximum Acceptable Contrast Dose :MACD) และการสื่อสารกับทีมที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อเฝ้าระวังหลังการทำการหัตถการ โดยการใช้ตราปั๊มที่ระบุจำนวนสารทึบรังสีที่ได้รับ

(Stamp dye) เพื่อช่วยกระตุ้นเตือน ผลการดำเนินการพบว่าสามารถลดการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันลงได้ร้อยละ 21 แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วย STEMI ทุกกลุ่มอายุไม่ได้ศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุและยังไม่มีการศึกษาดังกล่าวในประเทศไทย

อภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการครั้งนี้พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับ ความชุก ปัจจัยเสี่ยงและบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในการทำหัตถการทางหัวใจยังมีจำกัดเพียง 10 เรื่องและคุณภาพของงานที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ และผลการประเมินคุณค่าของหลักฐานส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Level IIIc จำนวน 6 การศึกษา Level IIId จำนวน 2 การศึกษา Level IV จำนวน 1 การศึกษาและเป็นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 1 การศึกษา โดยการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการหาปัจจัยในการทำหัตถการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีจากการทำหัตถการทางหัวใจและเป็นการศึกษาโดยการทบทวนรายงานเวชระเบียนผู้ป่วยและการศึกษาแบบย้อนหลัง แต่ยังคงขาดการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการใช้โปรแกรมต่างๆที่ช่วยลดการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในการทำหัตถการหัวใจที่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่ม (RCT) หรือการศึกษาที่มีคุณค่าของหลักฐานใน Level 1, 2 ที่ชัดเจน นอกจากนี้การศึกษาลargeส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยในต่างประเทศการศึกษาในประเทศไทยยังมีจำกัดเพียง 1 การศึกษา ซึ่งสะท้อนถึงการให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวในสังคมไทยยังมีน้อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุยังมีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวจำกัดถึงแม้จะพบว่าความชุกของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในการทำหัตถการหัวใจมีแนวโน้มพบได้สูงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จึงควรมีการรณรงค์ส่งเสริมการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี ดังกล่าว

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำหัตถการมีความชุกที่แตกต่างกันมากอยู่ระหว่าง ร้อยละ 0.3 และสูงสุดคือร้อยละ 27.3 ซึ่งส่วนหนึ่งอาจขึ้นกับนิยามและเกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษาซึ่งการศึกษาที่พบความชุกสูงสุด¹⁵ ดังนั้น ในการศึกษาจึงควรระบุนิยามและเกณฑ์การศึกษาให้ชัดเจน

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ พบ 4 การศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการทำหัตถการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังการทำหัตถการหัวใจโดยหาปัจจัยที่สำคัญต่างๆ โดยการศึกษาของ He Y⁷ มีการศึกษาในขนาดตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ 17,139 คน รองลงมาคือการศึกษาของ Mehran¹² จำนวนขนาดตัวอย่าง 5,571 คน ขนาดตัวอย่างน้อยสุดคือการศึกษาของ Ghani AA¹³ ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่แตกต่างกันทั้งปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยและปัจจัยเกี่ยวกับการทำหัตถการ เพื่อหาปัจจัยในการทำหัตถการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำหัตถการโดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีการศึกษาร่วมกันมากที่สุดมี 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) อายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุ ≥ 75 ปี 2) ระดับซีมรัมครีเอตินิน 3) ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ 4) ภาวะความดันโลหิตต่ำก่อนทำหัตถการ หรือภาวะ Shock 5) ภาวะโลหิตจาง 6) โรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่จะสอดคล้องกับการศึกษาของ Mehran¹² ที่พัฒนาเครื่องมือในการทำหัตถการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำหัตถการโดยพบปัจจัยที่สามารถนำมาทำนายการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้จำนวน 8 ปัจจัย (hypotension, IABP, CHF, อายุ ≥ 75 ปี, Anemia, DM, ปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับ และ serum creatinine $> 1.5 \text{ mg/dl}$ e GFR $< 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) โดยพบปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุดซึ่งให้คะแนนสูงสุดคือ 5 คะแนนได้แก่

ภาวะ Hypotension, IABP, CHF ปัจจัยที่มีความสำคัญรองลงมาโดยให้คะแนน 4 คะแนน มี 2 ปัจจัยคือ อายุ ≥ 75 ปี และระดับ serum creatinine $>1.5\text{mg/dl}$ e GFR $<60\text{ ml/min/1.73 m}^2$ ส่วนภาวะช็อคและการเป็นเบาหวานให้คะแนนปัจจัยละ 3 คะแนน ส่วนปริมาณสารทึบรังสีที่ได้รับทุกๆ 100 มิลลิตร คือ 1 คะแนน ซึ่งมีการนำปัจจัยเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำการหัตถการอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในกรณีที่มีผลคะแนนสูง >16 คะแนน ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้สูงถึงร้อยละ 57 จึงควรมีการนำปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเหล่านี้มาประยุกต์ใช้เพื่อใช้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีในผู้สูงอายุ หรือการพัฒนา นวัตกรรม/ Early warning sign ในการประเมินผู้สูงอายุที่ทำการหัตถการหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยยิ่งขึ้นและการรณรงค์ให้ความรู้ดังกล่าวและการสร้างความตระหนักแก่ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและป้องกัน ส่วนปัจจัยที่ยังมีการศึกษาจำกัดได้แก่ปัจจัยเกี่ยวเพศหญิง ปัจจัยเกี่ยวกับระดับการกรองของไต (eGFR) และปัจจัยเกี่ยวกับการเกิดภาวะหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งยังต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลป้องกันภาวะภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสี ยังมีจำกัดเพียง 1 การศึกษาโดยเน้นบทบาทพยาบาลในการเป็นผู้นำในการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสี ทั้งการประเมินความเสี่ยง การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอ และการคำนวณปริมาณสารทึบรังสีสูงสุดที่ควรจะได้รับ (MACD) และการพัฒนาการสื่อสารกับทีมที่เกี่ยวข้อง การใช้ตราปั๊ม (Stamp dye) ซึ่งช่วยลดอัตราการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีลงได้ อย่างไรก็ตามในการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในทุกกลุ่มอายุยังขาดการศึกษาที่มีความเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และในสังคมไทยยังไม่มีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวที่ชัดเจน จึงควรมีการศึกษาร่วมกับบทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับสารทึบรังสีในผู้สูงอายุที่ชัดเจนรวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมต่างๆ ในการลดหรือป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหลังทำการหัตถการในผู้สูงอายุที่ชัดเจนเพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุที่ทำการหัตถการหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

1. นำปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาพัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมิน Early warning sign ในการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันสัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วย STEMI สูงอายุ ที่ทำการหัตถการหัวใจทั้งการตรวจสวนหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือในผู้สูงอายุที่ทำการหัตถการที่ได้รับสารทึบรังสี

2. นำปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาพัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมิน Early warning sign โดยใช้ Google form เพื่อความสะดวกและเข้าถึงง่าย ในการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันสัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วย STEMI สูงอายุ ที่ทำการหัตถการหัวใจทั้งการตรวจสวนหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมการลดการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วย STEMI สูงอายุ ที่ทำการหัตถการตรวจสวนหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การพัฒนาโปรแกรมการลดการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วย STEMI สูงอายุในผู้ที่มีความเสี่ยงระดับต่างๆที่เหมาะสมโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

3. ศึกษาปัจจัยอื่นที่ยังมีการศึกษาจำกัดได้แก่เพศหญิง ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการได้รับสารทึบรังสีในผู้ป่วย STEMI สูงอายุ ที่ทำหัตถการตรวจสวนหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI)

ข้อจำกัดในการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ยังมีการศึกษาจำกัดเพียง 10 การศึกษาและยังขาดการศึกษาวิจัยที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลองชนิดสุ่มเข้ากลุ่มที่มีระดับคุณค่าของหลักฐาน level I ที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. O'Donovan K. Preventing contrast –induced nephropathy part i: What is CIN?. British Journal of Cardiac Nursing 2010;5:576-81.
2. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, et al. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in the acute kidney injury. Crit Care 2007;11:R31. doi: 10.1186/cc5713.
3. KDIGO. Clinical practice guideline for acute kidney injury. Official Journal of The International Society of Nephrology 2012;2:1-141.
4. Cooper H. Synthesizing research: A guide for literature reviews. 3rd ed. London: SAGE Publications; 1998.
5. Lambert P, Chaisson K, Horton S, Petrin C, Marshall E, Bowden S. et. al. Reducing acute kidney injury due to contrast material: how nurse can improve patient safety. Critical Care Nurse 2017;37:13-26 .
6. จำเนียร พัฒนจักร, อรุณศรี แสนเมือง และทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน: เรื่องสำคัญสำหรับพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด . วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562;16:50-61 .
7. He Y, Huang Y, Yang J, Lin J, Sun G, Song F, et al. Novel risk model for predicting acute adverse drug reactions following cardiac catheterization from TRUST study (The Safety and Rabiability of Ultravist in Patients Undergoing Cardiac Catheterization). Journal of Thoracic Disease 2019;11:1611-20.
8. Ni Z, Liang Y, Xie N, Lin J, Sun G, Chen S, et al. Simple pre-procedure risk stratification tool for contrast –induced nephropathy. Journal of Thoracic Disease 2019;11:1597-610.
9. Rasmussen L, O'Conner M, Shinkle S, Thomas MK, The basic research review check list. The Journal of Continuing Education in Nursing 2000;31:13-7.
10. JBI Levels of Evidence. Joann Briggs Institute Levels of Evidence and Grades Recommendation working Party October 2013 [Internet]. [cited 2019 May 5]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

11. Raposeiras-Roubin S, Aguiar-Souto P, Barreiro-Pardal C, Otero DL, Teja JE, Sanchez RO, et al. Grace Risk Score Predicts Contrast Induced Nephropathy in Patient with Acute Coronary Syndrome and Normal Renal Function. *Angiology* 2012;00:1-9.
12. Mehran R, Aymong ED, Nikolsky E, Lasic Z, Iakovou I, Fahy M, et al. A Simple Risk Score for Prediction of Contrast-Induced Nephropathy After Percutaneous C-Induced coronary Intervention Development-Induced and Initial Validation. *Journal of American college of Cardiology* 2004;44:1393-9.
13. Ghani AA, Tohamy KY. Risk Score for Contrast Induced Nephropathy following Percutaneous Coronary Intervention. *Saudi Journal of Kidney Disease and Transplantation* 2009;20:240-5.
14. Firouzi A, Alemzadeh-Ansari MJ, Mohammadhadi N, Peighambari MM, Zahedmehr A, Mohebbi B, et al. Association between the risks of contrast induced nephropathy after diagnostic or interventional coronary management and the Transradial and Transfemoral access approaches. *J Cardiovas Thorac Res* 2020;12:51-5.
15. Leistner DM, Charlotte M, Julia S, Aslihan E, Mattias R, Catherine G, et al. Impact of acute kidney injury in elderly (≥ 80 years) patients undergoing percutaneous coronary intervention. *J Interv Cardiol* 2018;31:792-8.

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชัยพร พรรณนภาพ พย.ม.¹, สงวน ธาณี ปร.ค.², หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง พย.ม.³,
กฤษณ์ชลี เพียรทอง ปร.ค.^{3*}, ธวัชชัย พลศักดิ์ พย.ม.³

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าพบได้บ่อยและก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกจึงจำเป็นต้องมีการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวิจัยใช้วิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับยาต้านเศร้าซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 14 คน โดยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยที่ผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวคิดของ Winston มี 3 ขั้นตอนซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมต่าง ๆ จำนวน 6 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และ 4) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ผลการวิจัยพบว่าการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และเมื่อติดตามต่อไปอีก 1 เดือนผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 = 15.50 (S.D. = 1.60), = 2.71 (S.D. = 1.13), = 2.78 (S.D. = 1.25); $p < .05$ ตามลำดับ โดยระยะติดตาม 1 เดือน เริ่มเพิ่มขึ้น และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น = 1.47 (S.D. = 0.27), = 3.48 (S.D. = 0.29), = 3.34 (S.D. = 0.23); $p < 0.05$ ตามลำดับ สรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับยาต้านเศร้าได้ ซึ่งอาจถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษา

คำสำคัญ: กลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ ภูมิปัญญาไทย ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

²อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

*Corresponding E-mail : toey11@hotmail.com

วันที่รับ (received) 30 พ.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ม.ค. 2566

The Effects of Program Combined between Supportive Group Psychotherapy and Thai Wisdom on Depression among Patients with Major Depressive Disorder

Chamaiporn Phannaphob M.N.S.¹, Sanguan Thanee Ph.D.², Hatairat Ditaung M.N.S.³,
Kulchalee Pianthong Ph.D.^{3*}, Thawatchai Phalasak M.N.S.³

Abstract

Depression is the leading cause of disability worldwide and need to decrease depressive symptoms in depression of patients by intervention. This study was quasi - experimental research. The purpose of the study was to examines the effects of program combined between supportive group psychotherapy and Thai wisdom among patients with major depressive disorders. The sample group was patients with major depressive disorders receiving antidepressant drugs. There were 14 patients, following inclusion criteria. The program were three steps of activities and 6 times given to the samples. The research instruments consisted of 1) a program combined between supportive group psychotherapy and Thai wisdom, 2) a questionnaire, 3) nine depression assessment (9Q), and 4) self - esteem assessment test. The measures were assessed before and after the treatment program immediately and 1 - month follow-up. The statistics analysis included descriptive statistics and Repeated Measure ANOVA. The research results showed that the program combined between supportive group psychotherapy and Thai wisdom could reduce depression and increase self - esteem of major depressive disorders in patients at significant level .05. The means of depression of pretest, posttest, and 1 - month follow-up was 15.50 (S.D. = 1.60), 2.71 (S.D. = 1.13), and 2.78 (S.D. = 1.25) respectively, and the latter became increasing. Moreover, the means of pretest, posttest and 1 - month follow-up of self - esteem were 1.47 (S.D. = 0.27), 3.48 (S.D. = 0.29), 3.34 (S.D. = 0.23) respectively. This study could decrease depression and increased self - esteem significantly. Therefore, it could be an alternative to improve depression and self - esteem of major depressive disorders patients receiving antidepressant drugs

Keywords: group supportive psychotherapy, Thai wisdom, depression,
major depressive disorder

¹ Senior Professional nurse, Prasrimahabodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

² Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

³ Professional nurse, Prasrimahabodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

*Corresponding E-mail : toey11@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าพบได้บ่อยทั่วโลก และมีความชุกช่วงชีวิตประมาณร้อยละ 15 ก่อให้เกิดความสูญเสีย สุขภาวะและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 1.3 - 4.4¹ สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคซึมเศร้ามีอัตราการความชุกร้อยละ 5 ของจำนวนประชากร หรือมากกว่า 3 ล้านคน จากจำนวนประชากรทั้งหมด² จากการสำรวจประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทยปีงบประมาณ 2555 - 2556 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามากถึง 165 ราย และ 785 ราย จากรายงานระบาดวิทยาสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2556 พบว่า คนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปมีความชุกชั่วชีวิต (Life - time prevalence) ของโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1.8 อีกทั้ง พบโรคซึมเศร้าแบบเรื้อรัง (Dysthymia) ร้อยละ 0.1 โดยมักพบในเพศหญิงมากกว่า เพศชายประมาณ 2 เท่า³ อาการที่สำคัญของโรคซึมเศร้า คือ อารมณ์เศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมกับความ รู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า⁴ ผู้ป่วยหลายรายที่มองตน มองโลก มองอนาคต ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ⁵ ในรายที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ในระดับรุนแรง อาจมีความคิดอยากตาย นำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด⁶ จากการศึกษา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการซึมเศร้า⁷ และความรุนแรง ของโรคซึมเศร้าขึ้นกับความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะส่งผลให้เกิดความรุนแรง ของโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น⁸

จากรายงานการดำเนินงานของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปี 2559 - 2561 พบว่า มีผู้ป่วยมารับ บริการจำนวน 5,620, 5,329 และ 5,994 ราย ตามลำดับ โดยมีระบบบริการ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา ต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า การให้สุขภาพจิตศึกษา การบำบัดทางสังคมจิตใจ ได้แก่ การปรับความคิดและ พฤติกรรม การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ จึงจะเริ่มให้การบำบัดเมื่อผู้ป่วย พร้อมจึงจะทำให้การบำบัดทางสังคมจิตใจมีประสิทธิภาพ

จากผลการดำเนินงาน พบว่า มีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดตามแนวทางของโรงพยาบาล เนื่องจากส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดแบบกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ตามแนวคิดของ Winston และคณะ⁹ มุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหา ที่เกิดขึ้นระดับจิตสำนึก โดยใช้สัมพันธภาพเชิงการบำบัด การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกที่เป็นสาเหตุ ของโรคมากกว่าความขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วย โรคซึมเศร้าและญาติจึงยังพยายามแสวงหาแนวทางในการบำบัดรักษาอาการโรคซึมเศร้าด้วยการเยียวยา ทางจิตใจ เพื่อบรรเทาความทุกข์และความวิตกกังวล และพบว่า มีรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และความผาสุกทางจิตวิญญาณตามวิถีภูมิปัญญาไทยหลายวิธี เช่น การผูกข้อมือ การสวดมนต์สามารถทำให้ ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ปรับอารมณ์ ปรับการกระทำ และปรับเป้าหมายเป็นแนวทางที่ช่วยทำให้ผู้ที่กำลัง เผชิญกับปัญหาและภาวะวิกฤต สามารถมีจิตใจที่เข้มแข็งและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง มีคุณค่า¹⁰

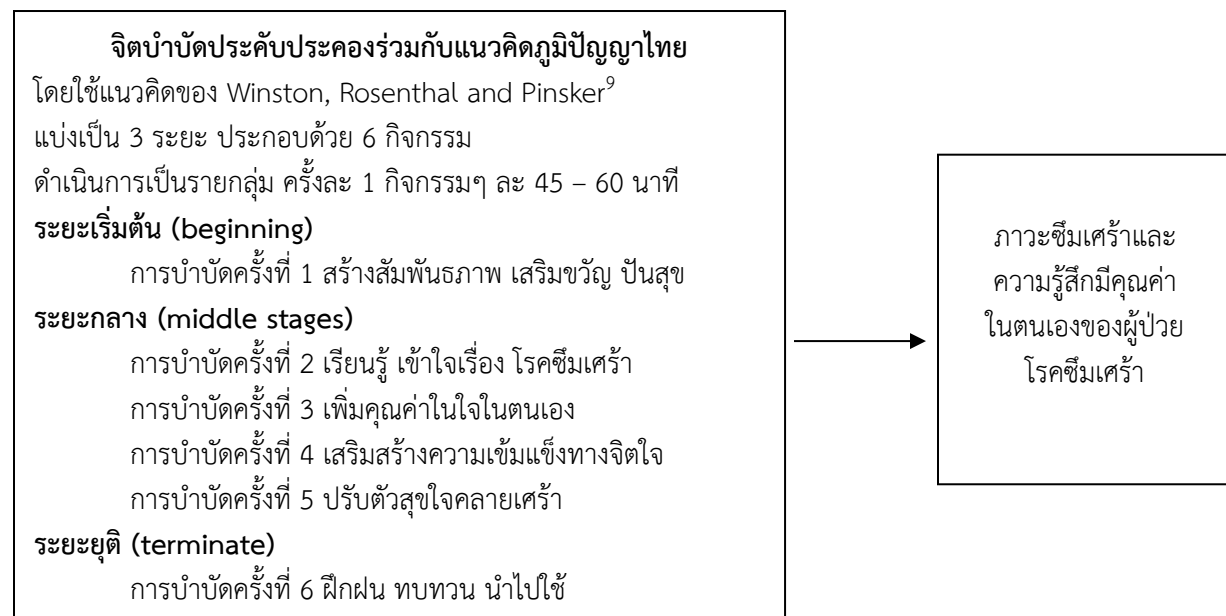
ดังนั้น เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทางสังคมจิตใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้กลุ่มจิตบำบัด ระดับประจักษ์ร่วมกับการผสมผสานแนวคิดภูมิปัญญาไทยในการบำบัดผู้ป่วย เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจปัญหา

การเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดที่ส่งผลดีต่อการดำเนินโรค ส่งเสริมการตัดสินใจที่มั่นคง ในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงมีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรม แยกตัวจากสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพิ่มโอกาสแสดงบทบาททางสังคม ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาระพึ่งพาคนอื่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีทักษะในการปรับตัว และเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วย สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในครอบครัวและชุมชนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าที่ประเมิน 9Q ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย ก่อนการบำบัด หลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ดำเนินการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่ม (The one group pretest - posttest) วัดระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยประเมินจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 ข้อ (9Q) แล้ว มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำโดยประเมินจาก แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg's self-esteem scale) แล้วมีค่าคะแนน ต่ำกว่า 2.5 คะแนน และรับไว้รักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 20 พฤศจิกายน 2561 - 2 มีนาคม 2562 จำนวน 14 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G*power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 ขนาดอิทธิพล 0.40 สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกับงานที่จะศึกษา คือ งานวิจัยของ อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง¹¹ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ย อาการซึมเศร้าก่อนการทดลองเท่ากับ 23.6 คะแนน (S.D. = 4.74) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง เท่ากับ 18.26 คะแนน (S.D. = 5.06) จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 1.12 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึง เลือกใช้ ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size) เท่ากับ 0.40¹² เมื่อคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติ การเข้าร่วมการวิจัย และการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ทั้งสิ้น คือ 14 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ COA No.019/2561 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2561 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ จะได้รับการอธิบายให้เข้าใจ วัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่จะได้รับและความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการ วิจัยและวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัวออก จากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียใดๆ เกิดขึ้น มีการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย และข้อมูล ทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยนี้ได้ทำการเผยแพร่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย โดยประยุกต์การบำบัดจิต บำบัดประจักษ์ประจักษ์ตามแนวคิดของ Winston et al.⁹ และได้นำแนวคิดภูมิปัญญาไทยมาบูรณาการร่วมกับ

โปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ การผูกข้อมือ การสวดมนต์ไหว้พระ มาผสมผสานเข้ากับโปรแกรมการบำบัด โดยโปรแกรมมี 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 - 60 นาที ดังนี้ ขั้นที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Beginning) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เสริมขวัญ ปั่นสุข ขั้นที่ 2 ระยะกลาง (Middle stages) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ครั้งที่ 2 เรียนรู้ เข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 3 เพิ่มคุณค่าในใจตนเอง ครั้งที่ 4 เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ครั้งที่ 5 ปรับตัวสุขใจคลายเศร้า ขั้นที่ 3 ระยะยุติ (Terminate) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ครั้งที่ 6 ผูกผืน ทบทวน นำไปใช้

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยเครื่องมือต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษาอาชีพ ระดับความเพียงพอของรายได้ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัว

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ที่พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ¹³ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่ตรงกับบริบทของผู้ใช้จากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมโดยการทำ Receiver operating characteristic curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931 - 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคอารมณ์แปรปรวน (Major depressive disorder: MDD) เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ไม่มีอาการเลย = 0 คะแนน มีอาการเป็นบางวัน 1 - 7 วัน = 1 คะแนน มีอาการบ่อย มากกว่า 7 วัน = 2 คะแนน และมีอาการทุกวัน = 3 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งโรคซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ < 7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (Normal) 7 - 12 คะแนน = มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับน้อย (Mild) 13 - 18 คะแนน = มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับปานกลาง (Moderate) และ ≥ 19 คะแนน = มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับรุนแรง (Severe)

3) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's self - esteem scale) พัฒนาโดยโรเซนเบิร์ก¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามในทางบวก จำนวน 5 ข้อ ทางลบ จำนวน 5 ข้อ¹⁵ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 และมีการให้คะแนนตรงกันข้ามในข้อความที่มีความหมายในทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1 คะแนน	4 คะแนน
ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้นานๆ ครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย	3 คะแนน	2 คะแนน
ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา	4 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนดังนี้ มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 3.50 - 4.00 = สูงมาก มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 2.50 - 3.49 = สูง มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 1.50 - 2.49 = ต่ำ และมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 1.00 - 1.49 = ต่ำมาก

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ขอรับคำแนะนำปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวชที่ได้รับวุฒิปริญญาตรี มีความรู้ความสามารถปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดจิตบำบัดประคับประคอง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม

ของภาษา การจัดลำดับเนื้อหา ระยะเวลาที่ใช้ ได้ค่า $CVI = 0.80$ ถือว่ามีความเหมาะสม น่าเชื่อถือ¹⁶ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมภาษาที่ใช้เหมาะสม รูปแบบกิจกรรมเหมาะสมกับเวลา ลำดับเนื้อหาตามขั้นตอนเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 6 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ความชัดเจนของภาษา ความง่ายต่อการเข้าใจ ระยะเวลาที่ใช้สอดคล้องกับเนื้อหา ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น แล้วนำมาปรับปรุง อีกครั้ง ก่อนจะนำไปใช้จริงในการทดลองครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลจิตเวชที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ต่ำกว่า 3 ปี พบกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรมฯ ที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ในวันจันทร์ - พุธ - ศุกร์ เวลา 10.00 - 11.00 น. ก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมภูมิปัญญาไทย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบและสอบถามความสนใจ เมื่อผู้ป่วยอนุญาต ผู้วิจัยจึงนำฝ่ายที่ผ่านพิธีกรรมตามแนวทางภูมิปัญญาไทย ผูกข้อมือให้ผู้ป่วยทุกราย เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยจนครบทั้ง 6 ครั้งตามโปรแกรมฯ ดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเสริมขวัญ ปันสุข เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และสร้างขวัญกำลังใจตามแนวคิดภูมิปัญญาไทยแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ครั้งที่ 2 เรียนรู้ เข้าใจเรื่อง โรคซึมเศร้า เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและส่งเสริมการนำความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองตามแนวทางการรักษาไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ครั้งที่ 3 เพิ่มคุณค่าในใจในตนเอง เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเองถึงคุณค่าในตนเองของสมาชิกและ ยอมรับข้อจำกัดของตนเอง และสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 4 ปรับตัวสุขใจคลายเศร้า เป็นการเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง เพื่อฝึกทักษะส่งเสริมให้สมาชิกเกิดมุมมองการคิดเชิงบวก สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์ ครั้งที่ 5 ฝึกฝน ทบทวนนำไปใช้ เป็นการฝึกการปรับตัว เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเข้ามาในชีวิตของตน โดยฝึกผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ ครั้งที่ 6 ฝึกฝน ทบทวน นำไปใช้ เป็นการทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้สมาชิกได้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล การเสริมคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ การสื่อสารเชิงบวก การเปลี่ยนมุมมองใหม่

สำหรับการจัดกิจกรรมภูมิปัญญาไทยโดยการสวดมนต์ ไหว้พระ ผู้ป่วยจะมีกิจกรรมสวดมนต์ ไหว้พระ ตามบทสวดมนต์ที่กำหนด ในช่วงก่อนนอนทุกวัน เวลาประมาณ 20.00 - 20.15 น. ดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวรป่วย

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน ดำเนินกิจกรรมในลักษณะกลุ่ม จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 45 - 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 10.00 - 11.00 น. แต่ละกลุ่มใช้เวลา รวม 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเมื่อครบ 1 เดือน จะติดตามหลังการบำบัดอีก 1 ครั้ง

3. ขึ้นประเมินผลหลังการทดลอง หลังสิ้นสุดการดำเนินตามโปรแกรมฯ ผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาหลังการบำบัดเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามหลังบำบัดเสร็จสิ้น 1 เดือน กรณีผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยพิเศษ เช่น ย้ายตึกหรือจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ช่วยนักวิจัยจะประสานกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานนั้นๆ เพื่อติดตามประเมินผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการวัด ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.29 มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 อายุเฉลี่ย 37.50 ปี (S.D. = 14.59) อายุระหว่าง 18 - 58 ปี สถานภาพสมรส สมรส คิดเป็นร้อยละ 57.14 ระดับการศึกษา อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและปริญญาตรีเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.71 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 28.57 และรายได้ครอบครัวเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.57
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะก่อนได้รับการบำบัดระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Repeated measure ANOVA (n = 14)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p - value*
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	1517.28	2	758.64	686.93	.001
ความคลาดเคลื่อน	28.71	26	1.10		

* p < .05

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะก่อนได้รับการบำบัด ระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2, 26)} = 686.93, p < .001$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับการบำบัด หลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตามผลเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni ($n = 14$)

ภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	SE	p - value*
ก่อนได้รับการบำบัด	15.50	1.60	12.79	.42	.001
หลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที	2.71	1.13			
ก่อนได้รับการบำบัด	15.50	1.60	12.72	.39	.001
ระยะติดตามผล	2.78	1.25			
หลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที	2.71	1.13	0.07	.37	1.00
ระยะติดตามผล	2.78	1.25			

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าโดยวัดจากคะแนนของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างระยะก่อนได้รับการบำบัด และระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที พบว่า ระยะก่อนได้รับการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15.50 (S.D. = 1.60) (ระดับปานกลาง) ระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันทีมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงเป็น 2.71 (S.D. = 1.13) (ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างก่อนได้รับการบำบัด และระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะติดตามผลลดลงเท่ากับ 2.78 (ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงความคงอยู่ของผลการบำบัด เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยเป็นการนำเอาวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ในการเยียวยารักษาจิตใจยามป่วยไข้ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การผูกข้อมือด้วยฝ้ายปลุกเสก เป็นการเติมกำลังใจให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางจิตใจ มีทักษะในการปรับตัวเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมและตัดสินใจได้

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะก่อนได้รับการบำบัด ระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Repeated measure ANOVA (n = 14)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	p - value*
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	35.12	2	17.56	420.64	.001
ความคลาดเคลื่อน	1.09	26	0.04		

* p < .05

จากตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะก่อนได้รับการบำบัด หลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F_{(2,26)} = 420.64$, $p < .001$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะก่อนได้รับการบำบัด ระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน เป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni (n = 14)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	SE	p - value*
ระยะก่อนได้รับการบำบัด	1.47	0.27	-2.01	.07	.001
ระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที	3.48	0.29			
ระยะก่อนได้รับการบำบัด	1.47	0.27	-1.87	.07	.001
ระยะติดตาม 1 เดือน	3.34	0.23			
ระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที	3.48	0.29	0.14	.08	.387
ระยะติดตาม 1 เดือน	3.34	0.23			

* p < .05

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างระยะก่อนได้รับการบำบัด และระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที พบว่า ระยะก่อนได้รับการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ย 1.47 (S.D. = 0.27) (ระดับต่ำมาก) ระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันทีมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.48 (S.D. = .29) (ระดับสูง) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะก่อนได้รับการบำบัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างระยะก่อนได้รับการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะติดตาม 1 เดือน เพิ่มขึ้น เท่ากับ 3.34 (S.D. = .23) (ระดับสูง) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะก่อนได้รับการบำบัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระยะหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า หลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงความคงอยู่ของผลการบำบัด เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิต

บำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดความภาคภูมิใจ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง ผู้บำบัดใช้เทคนิค การชมเชย การให้กำลังใจ การให้ความมั่นใจ ชื่นชมผู้ป่วยในขณะที่ยอดเนินกิจกรรมต่างๆ สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) ได้ ผู้ป่วยนอกจากจะได้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้วยังได้รับความรู้สึกผ่อนคลาย และมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันเกิดขึ้นร่วมด้วย

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.29 ซึ่งมีความสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าที่มีรายงานว่า พบการเกิดโรคซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า โดยมีการอธิบายสมมติฐานไว้ว่า เกิดจากความแตกต่างของฮอร์โมน ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ สังคมสิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นต้น¹⁷

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 (กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุระหว่าง 18 - 58 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ¹⁸ ที่กล่าวว่า ชีวิตคู่มีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน มีหลายสิ่งหลายอย่างเกิดขึ้น ทั้งภาระหน้าที่ ความตึงเครียด ความสุขและความทุกข์ สถานภาพสมรสต่างๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสด้วย

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังบำบัดเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .5

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย มีภาวะซึมเศร้ามลดลงจนเข้าสู่ภาวะของการหายทุเลาได้ (คะแนน 9Q < 7 คะแนน) เนื่องจากอาการสำคัญของโรคซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า อาจมีความคิดอยากตาย และนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่งการทำจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ตามแนวคิดของ Winston, Rosenthal & Pinsky⁹ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึกสัมพันธ์ภาพเชิงการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้กระบวนการบำบัดไหลลื่น นำมาซึ่งการมีอารมณ์ดีขึ้น การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ภายนอกที่เป็นสาเหตุของโรค มากกว่าความขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ป่วย โดยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต (Ego function) เพิ่มความมั่นคงของกลไกทางจิต เพิ่มทักษะ ในการปรับตัว (Adaptive skill) ส่งเสริมวิธีการแก้ปัญหาการให้คำแนะนำ การกระตุ้น และการให้กำลังใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความพร่องทางด้านสุขภาวะมิติจิตวิญญาณ มักขาดความหวัง หวาดหวั่น ขาดความมั่นคง ไม่มีความสุข การนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจึงเป็นการนำเอาวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ในการเยียวยารักษาจิตใจตามป่วยไข้ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การผูกข้อมือด้วยฝ้ายปลุกเสก เป็นการเติมกำลังใจให้กับผู้ป่วย¹⁸ เมื่อผู้ป่วยมี

กำลังใจเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายก็ย่อมเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น การทำจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ มีความมั่นคงทางจิตใจ มีทักษะในการปรับตัวเพิ่มขึ้น ความสามารถในการปรับตัวเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมและตัดสินใจได้

3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะก่อนการบำบัด ระยะหลังบำบัดเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนได้รับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และในระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เท่ากับ 3.34 (ระดับสูง) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันทีที่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย มีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องยาวนานถึงระยะติดตาม 1 เดือนสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทย ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เสริมขวัญ ปันสุข เป็นการสร้างสัมพันธภาพและสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 2 เรียนรู้ เข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นำไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

โดยเฉพาะกิจกรรมครั้งที่ 3 เพิ่มคุณค่าในใจตนเอง เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อเพิ่มศักยภาพการตระหนักรู้ถึงคุณค่าในตนเองของสมาชิก ทำให้สมาชิกมีความเข้าใจตนเอง มีคุณค่าในตนเอง และยอมรับข้อจำกัดของตนเอง และสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นแล้วยังเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และการมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันเกิดขึ้นร่วมด้วยผ่านกิจกรรมครั้งที่ 4 เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ เป็นการเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็งเพื่อฝึกทักษะส่งเสริมให้สมาชิกเกิดมุมมองการคิดเชิงบวก สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์

นอกจากนั้น กิจกรรมครั้งที่ 5 ปรับตัว สุขใจ คลายเศร้า เป็นกิจกรรมการฝึกการปรับตัว เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการจัดการอารมณ์ ความรู้สึกของตน เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเข้ามาในชีวิตของตน โดยฝึกผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ สมาธิสามารถฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี และมีอารมณ์ผ่อนคลาย ทำให้มีสมาธิและมีสตินำไปสู่การตั้งรับกับปัญหา มีความคิดอัตโนมัติด้านบวก ซึ่งมองสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ประสบ แล้วแปรใหม่ไปในทางบวก เป็นการส่งเสริมการปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิตได้ ส่วนกิจกรรมครั้งที่ 6 ฝึกฝน ทบทวน นำไปใช้ เป็นกิจกรรมครั้งสุดท้ายตามโปรแกรมฯ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น โดยการทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้สมาชิกได้ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแล การเสริมคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้เข้มแข็ง การปรับตัว การผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ การสื่อสารเชิงบวก การเปลี่ยนมุมมองใหม่

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า จากการวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง และช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับไข่มุก ไชยเจริญ และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำลงระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง และยังสอดคล้องกับ Sucaromana¹⁰ ที่กล่าวว่า การสวดมนต์จะทำให้รู้สึกชุ่มชื่นเบิกบานใจส่งผลให้จิตใจสงบและในขณะที่ผู้ป่วยกำลังสวดมนต์ไหว้พระ จิตใจของผู้สวดมนต์จะแน่วแน่อยู่กับคำสวดมนต์จึงทำให้เกิดสมาธิขึ้นขณะที่จิตมีสมาธิร่างกายจะหลั่งสารเอนดอร์ฟินออกมาในร่างกายมากขึ้น ก่อให้เกิดความสุข ชื่นชอบทั่วไปในร่างกายหรือมีความสุข และการสวดมนต์สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ปรับอารมณ์ ปรับการกระทำ และปรับเป้าหมาย เป็นแนวทางที่ช่วยทำให้ผู้ที่กำลังเผชิญกับปัญหาและภาวะวิกฤตสามารถมีจิตใจที่เข้มแข็ง และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การวิจัยครั้งนี้แม้จะมีข้อจำกัดความเหมาะสมเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เนื่องจากโปรแกรมมีการประยุกต์ใช้แนวคิดภูมิปัญญาไทย คือ การนำการผูกข้อมือ และการสวดมนต์ไหว้พระ แต่ก็สามารถนำการวิจัยครั้งนี้ไปในหลากหลายด้านได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจัดเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการให้บริการที่เป็นการบำบัดรักษาทางจิตสังคมจิตใจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยพยาบาลวิชาชีพ หรือ ทีมสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ด้านนโยบาย สามารถนำไปจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรโดยการจัดอบรมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับผู้บำบัด พยาบาลวิชาชีพ หรือทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยผลของการให้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อการส่งเสริมการหายแบบต่อเนื่อง 6 เดือน (Recovery) และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคล ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาท้องถิ่นในรูปแบบอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่ส่งเสริมมิติด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update; 2008.
2. World Health Organization. ICD-10 Version:2010 [Internet]. 2010 [cited 2019 Feb 3]
Available from: <https://icd.who.int/browse10/2010/en>
3. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจระดับความทุกข์ทางจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ละม่อม; 2556.
4. มาโนช หล่อตระกูล,ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รักษาชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ปิยะนัย
เอ็นเตอร์ไพรส์; 2558.
5. Moksnes U K, Moljord I EO, Espnes G A, & Byrne D G. The association between stress and
emotional states in adolescents: The role of gender and self - esteem. Personality and
Individual Differences 2010;49:430-5.
6. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยทางจิตต่อแสนประชากรประจำปีงบประมาณ 2554 -
2555. นนทบุรี; 2555.
7. Parker TJ, Page AC, Hooke GR. The influence of individual, group, and relative self -
esteem on outcome for patients undergoing group cognitive behavioral therapy
treatment. British Journal of Clinical Psychology 2013;52:450-63.
8. Beck AT. Depression: Clinical experimental and theoretical aspects. New York: Floeber
Medical Division; 1967.
9. Winston A, Rosenthal RN, and Pinsker H. Introduction to Supportive Psychotherapy.
American Psychiatric Publishing: Washington, DC; 2004.
10. Sucaromana A. Resilience Quotient; RQ. Journal of MCU. Peace Studies 2016;4:209-20.
11. อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ. ผลของจิตบำบัดระดับประจักษ์โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการซึมเศร้าของผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
12. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้
โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
13. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ณรงค์ มณีทอง, กมลเนตร วรณเสวก, เกษราภรณ์
เคนบุปผา,จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำภาษาไทย
อีสาน. นำเสนอในประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 6 ประจำปี 2560; 1-4 สิงหาคม 2550;
โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2550.
14. Rosenberg M. Society and the adolescent self - image. Princeton, NJ: Princeton University
Press; 1965.
15. ผ่องศรี ศรีมรกต. ผลของการให้คำปรึกษาแบบประจักษ์ต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับ
ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา (รายงาน
ผลงานวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.

16. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์-มีเดีย; 2550.
17. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2006.
18. อุมาริ ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
19. ไช่มุก ไชยเจริญ, ชนิตดา แบบเกษร,ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบ ประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2561;29:1-16.

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

พิไลพร สุริยจันทร์ พย.^{1*}

ชัชคณะศัล แพรชาว ปร.ด. (การพยาบาล)²

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีโอกาสรุนแรงสูงที่อาจการแย่งได้ในช่วงระหว่างส่งต่อรักษา การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่1 แพทย์เวรและพยาบาลที่ทำการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ ที่เข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 102 แพทย์ และกลุ่มที่ 2 คือพยาบาลที่ทำหน้าที่ด้านการส่งต่อ จำนวน 39 คน เครื่องมือวิจัยครั้งนี้คือ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และแบบตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อบนรถพยาบาล 2) แบบสอบถามข้อมูลกลุ่มพยาบาล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปบุคคลของพยาบาลที่ทำหน้าส่งต่อ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลวิจัยพบว่า 1) ผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระหว่างส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลชี้ว่า ร้อยละ 1.96 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อค ร้อยละ 0.98 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกตัว(Glasgow Coma Scale: GCS) เปลี่ยนแปลงหรือลดลง ในขณะที่ ร้อยละ 97.10 ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ 2) ผลลัพธ์ด้านระบบ พบว่าการบันทึกอาการ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและกิจกรรมพยาบาลระหว่างการส่งต่อครบถ้วนร้อยละ 75.50 และค่าเฉลี่ยของคะแนน ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.63) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างการส่งต่อจึงมีความสำคัญ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้บริการที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

คำสำคัญ: ผู้ป่วย บาดเจ็บทางสมอง การส่งต่อ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

¹ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author email: Pilaipon_su@kkumail.com

วันที่รับ (received) 21 ต.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ม.ค. 2566

Nursing Outcome During Inter-Facility Transfer of Patients with Traumatic Brain Injury for Continued Treatment

Pilaiporn Suriyakhan B.S.N.^{1*}

Chatkhane Pearkao Ph.D. (Nursing)²

Abstract

Traumatic brain injury patients are at risk of developing increased intracranial pressure. Therefore, referrals for this group of patients have a high risk of worsening symptoms during the referral. This research was descriptive research. The objective of this study was to study the nursing outcomes of traumatic brain injury patients during referral. The samples consisted of two groups: The first group was the medical records and symptoms of traumatic brain injury patients during referrals who received treatment at secondary care hospital and referral for treatment at a tertiary care hospital, amounting to 102 files, and the second group included 39 nurses who served in referrals. The instrument in this research was a nursing practice guideline for referral brain injury patients. Instruments for data collection consisted of two parts the first part included, 1) patient data collection form and data integrity check form for care of traumatic brain injury patients during referral on ambulance. In the second part, the nurse group information questionnaire consisted of a general information questionnaire for the nurses who served in referrals and the satisfaction questionnaire on the use of nursing practices in traumatic brain injury patients during referral. Data were analyzed using percentage and mean statistics. The results showed two parts. Firstly, the safety outcomes of traumatic brain injury patients during hospital referral showed that 1.96 percent of traumatic brain injury patients had shock with hypotension. 0.98 percent of the subjects had a change or decrease in their level of consciousness (Glasgow Coma Scale (GCS)), while 97.10 percent did not experience any adverse event during referral. Secondly, the systematic outcome revealed that there was 75.50 percent complete records of traumatic brain injury patients and nursing activities during referral, and the mean scores of satisfactions with the use of the nursing care guidelines during referral were at a high level. ($\bar{X}$ = 4.31, S.D. = 0.63). Therefore, nursing care for traumatic brain injury during referral is important. It can be applied as a guideline for care and prevention of complications to provide safer referral services for traumatic brain injury patients.

Keywords: patient, traumatic brain injury, refer, nursing outcomes

¹ Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen,

*Corresponding author email: Pilaipon_su@kkumail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกปัจจุบันนี้ การบาดเจ็บสมองจัดเป็นปัญหาที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่ง แม้ว่ารัฐบาลแต่ละประเทศจะพยายามกำหนดนโยบายทางสาธารณสุขขึ้นมาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว จำนวนของผู้บาดเจ็บสมองก็ยังคงมีจำนวนมากขึ้นทุกปี การบาดเจ็บสมองในประเทศไทยจัดเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 10 อันดับของกลุ่มวัยคนทำงานและมีอัตราการตายเป็นลำดับต้นๆ รองจากมะเร็งและกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประชากรทั้งหมด¹ โดยมีจำนวนผู้บาดเจ็บทางสมองเพิ่มขึ้นจาก 831,118 ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 1,002,193 คน ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางสมองเพิ่มจาก 9,815 คน เป็น 15,256 คน⁷

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังจากการได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ระดับบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงสูงจนถึงบาดเจ็บสมองรุนแรงถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้มากกว่าร้อยละ 70 และสามารถเกิดขึ้นได้ภายในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังจากสมองได้รับการบาดเจ็บ⁴ ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทุกรายเมื่อถึงโรงพยาบาลจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากทีมฉุกเฉินของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อให้การประเมินขั้นต้นและให้การช่วยเหลือฉุกเฉินตามแนวทางการ Advanced Trauma Life Support หลังจากพ้นจากภาวะคุกคาม โดยในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ปานกลาง และเล็กน้อย ที่มีความเสี่ยงสูงตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ปี 2562 แนะนำให้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ หรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า⁶ การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือมีแพทย์เฉพาะทางจึงมีโอกาสรักษาสูงที่จะเกิดภาวะความดันในกะโหลกสูงและอาการแย่ลงได้ในช่วงระหว่างส่งต่อรักษาดังนั้นพยาบาลผู้นำส่งนอกจากจะต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งแล้ว พยาบาลจะต้องมีความรู้ในการประเมินที่เฉพาะของภาวะสมองบาดเจ็บร่วมได้ด้วย เช่น การเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกสูง (Increased intracranial pressure: IICP) ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ระหว่างการส่งต่อ ทั้งนี้การที่โรงพยาบาลขาดความพร้อม อุปกรณ์การแพทย์มีขีดจำกัด ตลอดจนประสบการณ์ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่นำส่งผู้ป่วยไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการแย่ลง หรืออาจได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างไม่เป็นไปตามมาตรฐาน นำไปสู่อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นได้¹¹

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ขนาด 60 เตียงแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองบัวลำภู จากบริบทของโรงพยาบาลดังกล่าว พบว่า เมื่อมีผู้รับบริการด้วยภาวะบาดเจ็บสมองจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามหลัก Advanced Trauma Life Support และแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ โดยราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยปี 2562 ในกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่รุนแรง มีคะแนน GCS ≤ 8 คะแนน กลุ่มบาดเจ็บสมองปานกลาง มีคะแนน GCS 9-12 คะแนน และกลุ่มบาดเจ็บสมองเล็กน้อย มีคะแนน GCS 13-15 คะแนนและมีปัจจัยเสี่ยงสูงจะทำการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตติยภูมิ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บสมอง 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยภาวะบาดเจ็บสมอง ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในปี 2561 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 352 ราย ได้รับการส่งต่อ จำนวน 94 ราย เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากการส่งต่อจำนวน 7 ราย² ซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปานกลางจำนวน 3 รายและผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง จำนวน 3 ราย จากการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนและติดตามอาการระหว่างศูนย์ส่งต่อ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 3 ใน 7 รายได้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 1 ราย และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง จำนวน 2 ราย อาการทรุดลงระหว่าง

ส่งต่อ จากบริบทของโรงพยาบาลดังกล่าว ตามข้อกำหนดนโยบายบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ¹² ได้กำหนดวิธปฏิบัติเพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพไว้ มีขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นตอนก่อนการส่งต่อ 2) ขั้นตอนการดูแลขณะการส่งต่อ 3) ขั้นตอนหลังการส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานสำนักการพยาบาล ที่ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้านการดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ¹⁴ เมื่อทบทวนตามมาตรฐานขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยพบว่า แบบบันทึกการพยาบาลในระหว่างส่งต่อมีความจำเป็นใช้เป็นสื่อในการเชื่อมโยงข้อมูลและสื่อสารกับผู้ร่วมงานในการรายงานความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วยและเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องตามมาตรฐานที่กำหนดไว้¹³ และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยนั้นมี 4 ระดับ คือ 1) ระดับ Basic คือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 0-1 ปี และผ่านการฝึกอบรม หลักสูตรการดูแลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพื้นฐานในระบบส่งต่อภาคพื้นดิน (Basic Interfacility Ground Transportation) 2) ระดับ Doing คือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1-3 ปี ผ่านเกณฑ์สมรรถนะระดับ Basic และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรทักษะการช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ (Advanced Cardiovascular Life Support : ACLS) และหลักสูตรทักษะการกู้ชีพขั้นสูงในเด็ก (Pediatric Advanced Life Support: PALS) หรือ หลักสูตรเทียบเคียง 3) ระดับ Develop คือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3-5 ปี ผ่านเกณฑ์สมรรถนะระดับ Doing และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรทักษะการช่วยผู้บาดเจ็บขั้นสูงสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน (International Trauma Life Support : ITLS) และ Neonatal Resuscitation หรือหลักสูตรเทียบเคียง และ 4) ระดับ Advance คือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มากกว่า 5 ปี ผ่านเกณฑ์สมรรถนะระดับ Develop และผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตในระบบส่งต่อ (Critical Care Transportation) หรือหลักสูตรเทียบเคียง¹² นอกจากจะต้องมีความรู้แล้วต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติได้อย่างมีคุณภาพในขณะที่ส่งต่อโดยการปฏิบัติที่ได้คุณภาพผู้ป่วยปลอดภัยพ้นวิกฤตินั้น ต้องให้การดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุมตามแนวปฏิบัติ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลบันทึกและเฝ้าระวังอาการสำคัญที่นำไปสู่ภาวะคุกคามชีวิต และยังช่วยให้การตัดสินใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁵ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อที่ชัดเจน และมีการบันทึกการดูแลตามกระบวนการส่งต่อไม่ครบถ้วน โดยแบบบันทึกที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่ครอบคลุมกระบวนการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการส่งต่ออีกทั้งไม่ความจำเพาะกับภาวะสมองบาดเจ็บทำให้ยากต่อการประเมินและสื่อสารระหว่างผู้ร่วมงาน

จากปัญหาข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ เริ่มใช้วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 ประกอบไปด้วยกระบวนการการดูแลการส่งต่อเป็น 3 ขั้นตอนคือ 1) ก่อนส่งต่อ (Pre transfer) เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งต่อ ได้แก่ การประเมินประเภทผู้ป่วยตามระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Levels of Patient Acuity for Interfacility Transfer) การประเมินสัญญาณชีพและประเมินระบบประสาท, การจัดเตรียมท่านอนที่เหมาะสม การให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ และการเตรียมอุปกรณ์ในการพยาบาลและยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อ 2) ขณะส่งต่อ (During transfer) เป็นขั้นตอนประเมินติดตามอาการผู้ป่วยให้การพยาบาลตามประเภทของผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ และ 3) หลังส่งต่อ (Post transfer) มี 2 ขั้นตอนย่อยคือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการส่งต่อ ซึ่งจะเป็นการประเมิน

โดยพยาบาลปลายทางเพื่อใช้ในแนวทางการนำผลการประเมินคุณภาพสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย
ฉุกเฉินระบบปฏิบัติการส่งต่อ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อไปใช้ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงและวางแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
สมองระดับเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานและปลอดภัย เกิดความเชื่อมั่นในการรับ
บริการ ผู้ให้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ รวมถึงสามารถตอบสนองต่อแผนพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพ (Service Plan) ภาพรวมได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง
ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวของลดลง ภาวะชัก ค่าความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อค ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ
อัตราการหายใจผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติและภาวะหัวใจหยุดเต้น
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์เชิงระบบ ได้แก่ ด้านองค์กร คือคุณภาพของการบันทึกทางพยาบาล ได้แก่
ความสมบูรณ์ในการบันทึกติดตามอาการระหว่างส่งต่อ ความครบถ้วนของกิจกรรม และด้านบุคลากรคือ
ความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ ผู้วิจัยได้
สังเคราะห์กระบวนการตามกรอบแนวคิดจาก กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ
Donabedian Model¹⁶ มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. โครงสร้าง (Input or Structure) ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่
ส่งต่อ
2. กระบวนการ (Process) ได้แก่ จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
ระหว่างส่งต่อ พร้อมประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการใช้แนวปฏิบัติแก่พยาบาลที่ทำหน้าที่
ในการส่งต่อทุกคนทราบซึ่งจะประกอบไปด้วยกระบวนการการดูแลการส่งต่อเป็น 3 กระบวนการ คือ
1) ก่อนส่งต่อ (Pre transfer) เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้แก่ การประเมิน
สัญญาณชีพและประเภทผู้ป่วยตามระดับความเฉียบพลันของผู้ป่วยในปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่าง
สถานพยาบาล (Levels of Patient Acuity for Interfacility Transfer) การประเมินได้แก่ A B C D และ
มาตรฐานรายโรคตามความจำเป็นของพื้นที่ จนผู้ป่วยฉุกเฉินมี เสถียรภาพและปลอดภัยก่อนการส่งต่อ รวมทั้ง
มีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการ รักษา เหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อ และเปิดโอกาสให้แก่ผู้ป่วยและ
ญาติมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจส่งต่อการดูแลผู้ป่วย 4 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ (1) Airway & C-spine Protection
(2) Breathing & Ventilation (3) Circulation & bleeding control (4) Disability, Deformity, Drain,
Drug การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการพยาบาลและยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อ 2) ขณะส่งต่อ
(During transfer) เป็นขั้นตอนประเมินติดตามอาการผู้ป่วยให้การพยาบาลตามประเภทของผู้ป่วยระหว่าง
ส่งต่อ โดยประเมินจาก อัตราการหายใจ การอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับซิสโตลิก อัตราการเต้น
ของหัวใจ อุณหภูมิ ระดับความรู้สึกตัว และประเมินอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ ได้แก่ ระดับ
ความรู้สึกตัวของลดลง ภาวะชัก ค่าความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อค ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ อัตราการหายใจ
ผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติและภาวะหัวใจหยุดเต้น และ 3) หลังส่งต่อ (Post transfer)

มี 2 ขั้นตอนคือการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการส่งต่อ ซึ่งจะเป็นการประเมินโดยพยาบาลปลายทางเพื่อใช้ในแนวทางการนำผลการประเมินคุณภาพสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระบบปฏิบัติการส่งต่อ, การอบรมการใช้แนวปฏิบัติและการบันทึกแก่พยาบาลส่งต่อ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) ของการพยาบาลส่งต่อมุ่งเน้น 2 ประเด็นได้แก่ 1) ประเด็นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ คือ ระดับความรู้สึกตัวของลดลง ภาวะชัก ค่าความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อค ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ อัตราการหายใจผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติและภาวะหัวใจหยุดเต้น 2) ประเด็นเชิงระบบ ประกอบด้วย 2 ด้านได้แก่ (1) ด้านองค์กร คือคุณภาพของการบันทึกทางพยาบาลเรื่องของการความสมบูรณ์ในการบันทึกติดตามอาการระหว่างส่งต่อ ความครบถ้วนของกิจกรรมซึ่งจะนำไปสู่การผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพบริการในการส่งต่อ พร้อมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเกิดการฟ้องร้องจากผู้รับบริการ และ (2) ด้านบุคลากรคือความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการการใช้แนวปฏิบัติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วย: แพทย์ประจำบ้านผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2563 เป็นต้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าศึกษา (Inclusive criteria) ดังนี้ 1) แพทย์ประจำบ้านของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะบาดเจ็บสมอง และแพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ปานกลาง เล็กน้อยที่มีความเสี่ยงสูงและไม่มีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 3) ได้รับการพิจารณาส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อการรักษาในช่วง ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2563 เป็นต้นไป ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรกรณีไม่ทราบประชากรตามวิธีของ Cochrane^{10,15} ได้ขนาด 102 แพทย์ ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2564

2. กลุ่มพยาบาล: พยาบาลวิชาชีพประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่หน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 39 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusive criteria) 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2) เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2563 เป็นต้นไป 3) สนใจและมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 39 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เลขที่ HE642146 ผู้วิจัยได้ทำการแจ้งข้อมูลรายละเอียดของการทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามจนเข้าใจ ตลอดจนชี้แจงสิทธิการตอบรับปฏิเสธได้ทุกขั้นตอนโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจะเก็บไว้เป็นความลับโดยการเข้ารหัสแทนชื่อในแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จะไม่เปิดเผยหรือชี้เฉพาะถึงตัวบุคคลผู้ให้ข้อมูล ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการบาดเจ็บของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาการและการแสดงลักษณะบาดเจ็บ การวินิจฉัยในการส่งต่อ ประเภทผู้ป่วยตามระดับความเจ็บป่วยในปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Levels of patient acuity for interfacility transfer)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความปลอดภัยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ ได้แก่ การบันทึกการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวของลดลง ภาวะชัก ค่าความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อค ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ อัตราการหายใจผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติและภาวะหัวใจหยุดเต้น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความครบถ้วนของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อบนรถพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลความครบถ้วนของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อบนรถพยาบาล วัดประเมินจากบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนใน 1 รอบของการส่งต่อ ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ

2) การอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 3) การใช้ออกซิเจนเสริม 4) ระดับซิสโตลิก 5) อัตราการเต้นของหัวใจ 6) อุณหภูมิ 7) ระดับความรู้สึกตัว และอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่เกิดระหว่างส่งต่อที่ต้องประเมิน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ส่งต่อ ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์ในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระยะเวลาในการทำงาน สถานที่ในการทำงานและสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ โดยผู้ศึกษาใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติของบุญใจ ศรีสถิตนรากร^๑ ประกอบด้วย 1) ความยากง่ายในการนำไปใช้ 2) ความสะดวกในการใช้ 3) ความสามารถใช้ได้จริงในการประเมินผู้ป่วย 4) ความครอบคลุมในการประเมิน 5) ความพึงพอใจในการใช้แนวทางการประเมิน 6) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง แบบประเมินเป็นมาตรวัด 5 ระดับ (5 = เห็นด้วยมากที่สุด 4 = เห็นด้วยมาก 3 = เห็นด้วยปานกลาง 2 = เห็นด้วยน้อย 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด)

เกณฑ์การแปลผลความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติใช้ระดับคะแนน ที่เป็นการแปลความหมายค่าเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็น ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.50 หมายถึง ผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็น ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็น ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเนื้อหา (Content validity index) โดยนำแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องครอบคลุมเนื้อหา ความชัดเจนความเหมาะสมของสำนวนภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุส่งการ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ความถูกต้องของสำนวนและความชัดเจนในภาษา จากนั้นนำข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาแก้ไขเครื่องมือให้มีความเหมาะสมถูกต้องได้คำนวณค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 0.95

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของเชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลที่ส่งต่อ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ เท่ากับ 0.80

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองจากทางโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ โดยขอเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกรับจนถึงขั้นตอนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วย

1. ผู้วิจัยทำการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด จากฐานข้อมูลโปรแกรมเวชระเบียนและแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อที่เริ่มใช้ ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2563 เป็นต้นมา
2. ผู้วิจัยดำเนินส่งชื่อผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ให้แก่ฝ่ายเวชระเบียนเพื่อทำการสืบค้นเวชระเบียนและศูนย์ส่งต่อ ในการติดตามอาการหลังจากส่งต่อ 24 ชั่วโมง
3. ผู้วิจัยลงมือเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อด้วยตัวเอง จนกระทั่งครบ 102 ราย ในช่วงเดือนธันวาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง: พยาบาล

1. ผู้วิจัยทำการสำรวจและเก็บข้อมูล รวบรวมรายชื่อของพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งต่อที่ลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดและเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมได้รับฟังข้อมูล วัตถุประสงค์ จากผู้วิจัย และอ่านคำชี้แจงอาสาสมัคร
2. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ดำเนินการทำแบบสอบถาม โดยช่องทางในการตอบแบบสอบถามมี 2 ช่องทางซึ่งมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ให้เลือกตอบเพียงช่องทางใดช่องทางหนึ่งเท่านั้น คือ ตอบแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) หรือ การหย่อนเอกสารแบบสอบถาม ในกล่องที่จัดทำไว้ ระยะเวลาในการตอบกลับ 1 สัปดาห์หลังจากได้รับเอกสารคำชี้แจง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ ข้อมูลความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อบนรถพยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนโดยถูกนำส่งด้วยรถโรงพยาบาล และมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานนำส่ง ในช่วง 1 พฤศจิกายน 2563 ถึง 30 ธันวาคม 2564 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.80) อายุ 51 - 60 ปี ($\bar{X}$ = 51.31, S.D. = 18.26) สาเหตุและลักษณะการบาดเจ็บคือ อุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 63.70) อุบัติเหตุจราจรจากผู้ขับขี่ (ร้อยละ 86.20) บาดเจ็บทั่วไปจากพลัดตก/หกล้ม (ร้อยละ 48.60) ระยะทางเฉลี่ยจากโรงพยาบาลต้นทางจนถึงโรงพยาบาลปลายทางเฉลี่ย 33.41 ± 1.35 ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางเฉลี่ย 33.71 ± 3.23 และประเภทผู้ป่วยก่อนส่งต่อ คือ Stable with medium risk of deterioration (ร้อยละ 76.50)

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.30) อายุ 31 - 35 ปี ($\bar{X}$ = 12.59, S.D. = 8.55) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 100.00) ระยะเวลาในการทำงาน คือ 6 - 10 ปี และ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน ($\bar{X}$ = 9.28, S.D. = 5.54) ประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ 6 - 10 ปี ($\bar{X}$ = 9.28, S.D. = 5.54) ปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ

ตึกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 46.20) และเมื่อแบ่งตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วย ส่วนมากอยู่ในระดับ Doing ร้อยละ 74.36

1. ข้อมูลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความปลอดภัยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ วัดประเมินจาก จำนวน การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่เกิดระหว่างส่งต่อ (Adverse Event) โดยลักษณะอาการทรุดลง ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระหว่างส่งต่อ จากการศึกษาพบอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่เกิดระหว่างส่งต่อ มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94 อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่พบระหว่างส่งต่อ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.96 และระดับความรู้สึกตัว (GCS) เปลี่ยนแปลงหรือลดลง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.98 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของจำนวนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ (n = 102)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่เกิดระหว่างส่งต่อ	3	2.94
ความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อก	2	1.96
ระดับความรู้สึกตัว (GCS) เปลี่ยนแปลงหรือลดลง	1	0.98
ไม่พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์	99	97.06

2. ด้านผลลัพธ์เชิงระบบ ได้แก่ ด้านองค์กร คือคุณภาพของการบันทึกทางพยาบาล ได้แก่ ความสมบูรณ์ความครบถ้วนของกิจกรรมในการบันทึกติดตามอาการระหว่างส่งต่อและด้านบุคลากรคือ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวปฏิบัติ

ข้อมูลด้านความสมบูรณ์ครบถ้วนข้อมูลความครบถ้วนของกิจกรรมในการบันทึกติดตามอาการ ระหว่างส่งต่อข้อมูลความครบถ้วนของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อบนรถพยาบาล วัดประเมินจากบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนใน 1 รอบของการส่งต่อโดยข้อมูลทั้งหมดจะต้องมีการถูกบันทึก ที่ครบถ้วนทุกตัวแปรไม่มีการขาดหายของข้อมูลช่วงใดช่วงหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประเมินครบถ้วน ของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อบนรถพยาบาล (มีการบันทึกอาการครบถ้วนทั้ง 7 ตัวแปร ได้แก่ อัตราการหายใจ การอิมตัวของออกซิเจนในเลือด การใช้ออกซิเจนเสริม ระดับซีสโตลิก อัตราการเต้น ของหัวใจ อุณหภูมิ ระดับความรู้สึกตัว) จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.50 รองลงมา ไม่ครบถ้วน จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.50 รองลงมาตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลความครบถ้วนของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่าง ส่งต่อบนรถพยาบาล (n = 102)

ข้อมูลความครบถ้วนในการบันทึกของกิจกรรมการประเมินระหว่างทาง	จำนวน	ร้อยละ
ครบถ้วน	77	75.50
ไม่ครบถ้วน	25	24.50

ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการส่งต่อผู้ป่วย ต่อการใช้แนวปฏิบัติ ทางพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ ภาพรวมของระดับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ทางพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.63) และรายชื่อที่มี

ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.74) ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือความสะดวกในการใช้แบบแนวปฏิบัติ ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.64) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อ (n = 39)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ความง่ายในการนำไปใช้หรือนำไปปฏิบัติ	13 (33.30)	25 (64.10)	1 (2.60)	-	-	4.31	0.52	มาก
2. ความสะดวกในการใช้แบบแนวปฏิบัติ	12 (30.80)	22 (56.40)	5 (12.80)	-	-	4.18	0.64	มาก
3. ความสามารถใช้ได้จริงในการประเมินตามแนวปฏิบัติ	17 (43.60)	19 (48.70)	2 (5.10)	1 (2.60)	-	4.33	0.70	มาก
4. มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย	14 (35.90)	23 (59.00)	2 (5.10)	-	-	4.31	0.56	มาก
5. มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	21 (53.80)	12 (30.80)	6 (15.40)	-	-	4.38	0.74	มาก
6. มีความเป็นไปได้การนำไปปฏิบัติจริง	18 (46.15)	17 (43.60)	4 (10.25)	-	-	4.36	0.66	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจ						4.31	0.63	มาก

อภิปรายผล

ผลการศึกษา ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวของลดลง ภาวะชัก ค่าความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อก ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ อัตราการหายใจผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติและภาวะหัวใจหยุดเต้นพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อก ร้อยละ 1.96 และระดับความรู้สึกตัว (GCS) เปลี่ยนแปลงหรือลดลง ร้อยละ 0.98 รองลงมาตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องผลการวิจัยของ Kannapath และคณะ¹⁸ ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเสื่อมสภาพทางคลินิกระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตที่พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของการเสื่อมสภาพทางคลินิกที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ความไม่เสถียรของระบบไหลเวียนโลหิต, การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท และอีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeffrey Mc และคณะ¹⁷ ได้ทำการศึกษาความปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ โดยศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลทางคลินิกและการส่งต่อทั้งหมดจำนวน 51,448 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่าความดันโลหิตต่ำเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุด และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 97.06 จะเห็นได้ว่าแนวทางปฏิบัติและแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อที่พัฒนาสามารถใช้เพื่อติดตามและอาการลดโอกาสการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อได้จริง เนื่องจากแนวปฏิบัติ จะมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในขั้นตอนก่อนการส่งต่อเพื่อให้มีอาการที่เสถียรก่อนการส่งต่อ ดังนั้นโอกาสการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อจึงน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของจักรพงษ์ ปิติโชคโกคิน และคณะ³ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติโรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่เหมาะสม ต้องเริ่มตั้งแต่

การเตรียม การเคลื่อนย้าย การจัดทรัพยากรและทีมที่เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยลงได้

ความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประเมินครบถ้วนระหว่างทาง มีการบันทึกอาการครบถ้วนทั้ง 7 ตัวแปร ร้อยละ 75.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา คงรัสโร⁹ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตระหว่างโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบว่า รูปแบบการส่งต่อที่เหมาะสม โดยเริ่มจากการเตรียมทีม ทรัพยากร และการประเมินเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมก่อนการส่งต่อ พร้อมการประเมินอาการที่ต่อเนื่องระหว่างส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งผลให้การบันทึกทางพยาบาลที่มีความครบถ้วน ง่ายต่อการสื่อสารติดตามอาการระหว่างทีมดูแล และรวมถึงการบันทึกทางพยาบาลที่มีความครบถ้วน ทั้งนี้ในส่วนของกรบันทึกที่ไม่ครบถ้วน ร้อยละ 24.50 อาจมาจากการที่รูปแบบของแบบบันทึกเป็นการบันทึกค่าลงไปแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ โดยการเขียนบันทึกค่าที่ประเมินได้และพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งต่อต้องทำหัตถการไปพร้อมๆ การสังเกตอาการ จึงทำให้เกิดความไม่สะดวกในการบันทึกและเกิดการไม่บันทึกข้อมูลในส่วนนั้นๆเกิดขึ้น

ด้านความพึงพอใจของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.63) ซึ่งแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ มีส่วนส่งผลในการดูแลส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความปลอดภัยซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Staggers & Jennings¹⁹ ที่พบว่า รูปแบบรายงานที่ดีจะสร้างความเข้าใจในทีมพยาบาลและเกิดความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ดีมีความปลอดภัย

ข้อจำกัดการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ปานกลาง เล็กน้อยที่มีความเสี่ยงสูงและไม่มีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย จึงทำให้การศึกษานี้ยังมีแนวทางที่ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล แนวทางปฏิบัติและแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างส่งต่อที่พัฒนาสามารถใช้เพื่อติดตามและอาการลดโอกาสการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อได้จริง เนื่องจากแนวปฏิบัติจะมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยขั้นตอนก่อนการส่งต่อ และมีแบบบันทึกสังเกตอาการที่เฉพาะเจาะจงกับอาการที่ไม่พึงประสงค์จึงส่งผลให้ มีการติดตามบันทึกที่ต่อเนื่อง แต่เมื่อสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ส่งต่อภายใต้แนวปฏิบัติ พบว่า หัวข้อในเรื่องของความสะดวกของการบันทึกที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ควรมีการปรับปรุงรูปแบบของการบันทึกที่ง่ายต่อการใช้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในอนาคตควรทำศึกษาในรูปแบบลักษณะการบันทึกในรูปแบบอื่นๆ เช่น รูปแบบการบันทึกข้อมูลแบบดิจิทัลในเครื่องมือสื่อสารให้พยาบาลสะดวกใช้บนรถพยาบาลระหว่างส่งต่อ เพื่อพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับยุคสมัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนากลาง. Service Profile งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนากลาง. หนองบัวลำภู: โรงพยาบาลนากลาง; 2562.
3. จักรพงษ์ ปิติโชคโกคินทร์, มยุนาศรี สุภนันต์, สุรีย์ จันทรมอริ, ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;37:88-97.
4. ฉัตรกมล ประจวบลาภ. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง :มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33:15-29.
5. ดนุลดา จามจุรี. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลฉุกเฉินเมื่อก้าวสู่ยุคประชาคมอาเซียน. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ย. 2563]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.bcn.ac.th/web/2011/Attachment/>
6. นครชัย ผ่อนปทุม, อีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury). นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส; 2562.
7. นพพันธ์ วงศ์ไชย, รสสุคนธ์ วิริทสกุล, นพณิ ตันติเวทเรืองเดช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลสาร 2565;49:252-69.
8. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากุล. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการ วัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
9. มณฑา คงรัสโร. การพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลท่าชนะ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.stpho.go.th>
10. วรณชนก จันทุม. สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for window. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2545.
11. เศรษฐพงษ์ ธนรัตน์, พรทิพา ตันติบัณฑิต, รัตติยา บรรจงาม. แนวทางการปฏิบัติเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลในเขตจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น; 2560.
12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Interfacility Patient Transfer). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.); 2557.
13. สุรีย์ ธรรมมิกบรร. การบันทึกทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นิวเวฟพัฒนา; 2540.
14. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
15. Cochran WG. Sampling techniques. The United States of America; 1997.
16. Øvretveit J. An introduction to quality assurance in health care. J Epidemiol Community Health 2004;58:627.
17. Singh JM, MacDonald RD, Ahghari M. Critical events during land-based interfacility transport. Ann Emerg Med 2014;64:9-15. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.12.009.

18. Srithong K, Sindhu S, Wanitkun N, Viwatwongkasem C. Incidence and Risk Factors of Clinical Deterioration during Inter-Facility Transfer of Critically Ill Patients, a Cohort Study. Arch Acad Emerg Med [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct.12];8:e65. Available from: <https://journals.sbm.ac.ir/aaem/index.php/AAEM/article/view/803>.
19. Staggers N, Jennings BM. The content and context of change of shift report on medical and surgical units. J Nurs Adm 2009;39:393-8. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181b3b63a.

เริ่มต้นอย่างไร ให้แม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ

ฝนทอง จิตจำนง พย.ม.^{1*},

นภศพร เทเวศกสรรค์ พย.ม.¹,

กรรณิกา เพ็ชรรักษ์ พย.ม.¹,

อุดมชัญญ์ อินทเรือง ปร.ด. (การพยาบาล)¹

บทคัดย่อ

มารดาส่วนใหญ่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากความจำเป็นที่ต้องออกไปทำงาน ต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับการทำงาน ซึ่งมีความยากลำบากมากกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่ต้องออกไปทำงานที่สามารถอยู่ดูแลบุตรและให้นมบุตรด้วยตนเองได้ อย่างไรก็ตามแม้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานจะมีความยากลำบาก แต่ก็ยังมีมารดาที่ทำงานอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติสำเร็จ เป็นที่น่าสนใจว่ามารดาเหล่านี้มีปัจจัยใดบ้างที่สนับสนุนให้ก้าวข้ามความยากลำบากดังกล่าวมาได้ ทารก โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน ไว้อย่างน้อยร้อยละ 70 ภายในปี ค.ศ. 2030 แต่ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนทั่วโลกมีเพียงร้อยละ 41 เท่านั้น โดยเฉพาะประเทศไทยพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงร้อยละ 14 ซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา และห่างไกลจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของมารดาที่ทำงานนอกบ้านหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ทารก ครอบครัว สังคม และบุคลากรทางสาธารณสุข บทความวิชาการฉบับนี้จึงมุ่งเสนอปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา เนื่องจากนมแม่เป็นอาหารที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับทารก ดังนั้นบทความนี้จึงนำเสนอแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของมารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ได้แก่ การให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับมารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนได้สำเร็จ

คำสำคัญ: มารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author e-mail: fontong@bcnsurin.ac.th

วันที่รับ (received) 30 ธ.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 พ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 ธ.ค. 2565

How to Start Breastfeeding Successfully for Working Mothers

Fontong Chitjumnong M.N.S.^{1*},

Napasaporn Tewasekson M.N.S.¹,

Kannika Phetchark M.N.S.¹,

Utchaya Intharueang RN. Ph.D. (Nursing)¹

Abstract

Most mothers are unable to breastfeed as they need to go to work and adjust their lifestyles in order to be consistent with their works. This is more difficult than postpartum mothers who do not have to work because they take care of the child and breastfeed. However, breastfeeding for working mothers can be difficult, there are still numbers of working mothers who are successfully achieved with breastfeeding. Interestingly, what factors have made these working mothers overcome these adversities. This article aims to propose factors affecting attainment with breastfeeding for full time working mothers. Breast milk is the finest nutriment for the newborns. According to World Health Organization, the target of breastfeeding up to 6 months can be made at least 70 percent by 2030. The global six-month single breastfeeding rate is, in fact, only 41 percent. Thailand, in particular, revealed that breastfeeding rate was only 14% which is likely to decline compared to the previous year and it is quite far from the target. These result from factors associated with success of working mothers at some various aspects, including motherhood, infant, family, society, and public health practitioners. This academic article therefore focuses on the factors affecting the success of breastfeeding among full-time working mothers since breast milk is the best nutriment for babies. Hence, it also brings together breastfeeding promotion guidelines associated with the problems and needs of working mothers by providing appropriate advice to mothers working outside the home in the stages of pregnancy, parturition and postpartum period. This will help support full-time postpartum mothers to be able to work and to successfully breastfeed their babies up to 6 months.

Keywords: full-time working mothers, successful breastfeeding

¹ Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: fontong@bcnsurin.ac.th

บทนำ

นมแม่มีสารอาหารครบถ้วน ปริมาณเหมาะสม ช่วยในการเจริญเติบโตและส่งเสริมให้ทารกมีภาวะโภชนาการที่สมวัย ช่วยในกระบวนการพัฒนาสมองเสริมสร้างความฉลาดทางปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ มีส่วนประกอบของสารที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค ช่วยป้องกันการติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต¹ เนื่องจากทารกแรกเกิดมีระบบภูมิคุ้มกันโรคและโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่แข็งแรง อีกทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งที่ธรรมชาติสร้างไว้เพื่อให้มารดาได้ดูแลทารกอย่างใกล้ชิด ทำให้ทารกมีอาหารที่ดี มีคุณค่าและมีความปลอดภัยต่อการเจริญเติบโตในระยะนี้ ดังนั้น นมแม่จึงเป็นอาหารที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับทารก

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน ไว้อย่างน้อยร้อยละ 70 ภายในปี ค.ศ. 2030 แต่ในปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีเพียงร้อยละ 41 เท่านั้น² ซึ่งยังห่างไกลจากเป้าหมายความสำเร็จค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในประเทศไทยพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงร้อยละ 14³ ซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา และห่างไกลจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ค่อนข้างมาก แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีการดำเนินการตามหลักบันไดสิบขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดำเนินการตามกฎหมายการลาคลอดบุตร มีการส่งเสริมการจัดตั้งมมนมแม่ในสถานพยาบาลและสถานประกอบการ⁴ และการประชาสัมพันธ์รณรงค์ร่วมกับการดำเนินกิจกรรมโครงการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในภาครัฐและเอกชนมาต่อเนื่องยาวนานกว่า 10 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีเพียงร้อยละ 6 เดือนของประเทศไทยมีแนวโน้มลดต่ำลง โดยเฉพาะมารดาที่ต้องกลับไปทำงานหลังครบกำหนดลาคลอด ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถอยู่ดูแลและให้นมบุตรด้วยตนเองได้ นับเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนได้สำเร็จ⁵

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีเพียงร้อยละ 6 เดือนให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา ครอบครัว และสังคม หลายประการร่วมกันสนับสนุน ซึ่งบทความครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา ซึ่งจะเป็แนวทางในการสนับสนุนให้มารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีเพียงร้อยละ 6 เดือนได้สำเร็จ และเป็นข้อมูลสนับสนุนในการให้บริการของบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการที่เป็นมารดาหลังคลอดที่ต้องกลับไปทำงานนอกบ้านเต็มเวลาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีเพียงร้อยละ 6 เดือนได้สำเร็จ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา

การทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา และจากประสบการณ์การดูแลมารดาในระยะหลังคลอด โดยการสอนนักศึกษาพยาบาลภาคปฏิบัติในแผนกหลังคลอดเป็นระยะเวลา 10 - 25 ปีของผู้แต่ง สามารถแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็น 5 ประเด็น ดังนี้

1. ปัจจัยด้านมารดา มารดาเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด เป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁶ จากประสบการณ์การดูแลมารดาหลังคลอดของผู้แต่งพบว่า มารดาสามารถลาคลอดได้เพียง 2-3 เดือน เนื่องจากต้องกลับมาทำงานนอกบ้านแบบเต็มเวลา โดยหากมารดาไม่รับรู้และตระหนักถึงความจำเป็นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และตัดสินใจตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้วนั้น มารดาจะมี

ความพยายามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนสำเร็จ แม้จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาต่าง ๆ หรือความยากลำบากจากความจำเป็นที่ต้องทำงานและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปด้วยก็ตาม โดยมารดาแต่ละรายจะตัดสินใจหรือสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลดังนี้

1.1 อายุของมารดา พบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 25 ปี จะมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลานานมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี อาจเนื่องมาจากการที่มารดาที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่าจึงสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีกว่า⁷⁻⁹ นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาอายุมากกว่า 25 ปี และส่วนใหญ่มีงานประจำที่ต้องออกไปทำนอกบ้านทุกวัน และบางรายต้องเดินทางไปทำงานที่ต่างจังหวัดแต่มารดาในกลุ่มดังกล่าวก็สามารถบริหารจัดการเวลาในการปั๊บก้อนนมและนํานมมาให้บุตรกินได้จนถึง 6 เดือน โดยปั๊บก้อนและแช่แข็งไว้และนํามาให้บุตรในวันหยุดเสาร์อาทิตย์ เป็นต้น

1.2 อาชีพของมารดา พบว่ามารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้านเมื่อครบระยะเวลาในการลาคลอด ต้องจัดสรรเวลาในการปั๊บก้อนนม โดยลักษณะงานที่ทำบางประเภทเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ งานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลตลอดเวลา มีเวลาพักผ่อนไม่แน่นอนหรือไม่สามารถปลีกตัวไปพักได้เมื่อต้องการ หรือหากตัดสินใจไปพักจะมีผลต่อรายได้ของมารดา ความยากลำบากนี้จะส่งผลให้มารดาตัดสินใจหรือจำใจหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้การทำงานอาจทำให้มารดามีความเครียดเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน อาจส่งผลต่อปริมาณน้ำนมทำให้ลดน้อยลงได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารดาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนได้สำเร็จ¹⁰

1.3 วิธีการคลอด พบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จะได้รับยาระงับความรู้สึกและความเจ็บปวด ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยังคงคาสาयสวนปัสสาวะ อาจทำให้ไม่สะดวกในการให้นมลูก และในโรงพยาบาลบางแห่งจะแยกทารกจากมารดาซึ่งจะส่งผลต่อการเริ่มดูดเร็วหรือการกระตุ้นดูดครั้งแรกล่าช้า ทำให้มารดาไม่ได้รับการกระตุ้นดูดจากทารก ส่งผลให้นมแม่เริ่มไหลช้าหรือมีปริมาณน้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก¹¹ ซึ่งจากการดูแลมารดาหลังคลอดพบว่า วิธีการคลอดบุตรโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นปัจจัยหนึ่งที่เพิ่มความยากลำบากในการเริ่มให้นมบุตรของมารดา เนื่องจากอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดตัวมารดาและความเจ็บปวดจากบาดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแต่อย่างไรก็ตาม หากมารดาเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเริ่มให้นมบุตรให้เร็วที่สุด ก็มีโอกาที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ โดยมารดาที่ประสบความสำเร็จเมื่อฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะรีบให้นมบุตรทันทีในท่าที่ตนเองสามารถให้ได้ เช่น ท่านอนตะแคงให้นมบุตร โดยไม่ได้คำนึงถึงความเจ็บปวดของตนเอง แต่มองว่าการให้นมบุตรเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่มารดาพึงกระทำตามบทบาทของมารดาเพื่อมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่บุตร

1.4 ประสบการณ์ของมารดา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ ทักษะคิด ความตั้งใจ การรับรู้ในสมรรถนะในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹³ กล่าวคือหากมารดาเคยประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ที่ผ่านมา ย่อมส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป แต่ในทางตรงกันข้ามหากมารดาไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อนในเชิงลบ เช่น มีความเครียดและรู้สึกถูกกดดันจากตนเองและคนรอบข้าง¹¹ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงานไม่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมองการปั๊บก้อนนมว่าเปื่อยคือนานเวลา งาน ลักษณะงานที่ทำให้มีความยากลำบากจนไม่สามารถปั๊บก้อนนมได้หรือถูกตำหนิเมื่อแบ่งเวลาไปปั๊บก้อนนมส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทำ หรือเคยมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น เกิดปัญหาเต้านมอักเสบ เต้านมเป็นก้อน เจ็บเต้านม

ห้วนนมแตกจากการให้ลูกดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ ก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาตัดสินใจไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์นี้ เป็นต้น

1.5 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา จากการศึกษา พบว่า ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนหลังคลอด โดยมารดาที่มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเมื่อกลับไปเลี้ยงดูบุตรที่บ้าน อาจประสบปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาห้วนนมแตก และน้ำนมไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดจากท่าในการให้นมบุตรไม่ถูกต้อง¹² สอดคล้องกับการศึกษาของสุตาภรณ์ พยัคฆเรืองและคณะ¹¹ ที่พบว่าประเด็นปัญหาของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ มารดาไม่มีความรู้ ไม่ได้รับการสอน ไม่มั่นใจ โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกซึ่งไม่มีประสบการณ์มาก่อน อาจเกิดความเครียดไม่มั่นใจในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำเป็นต้องได้รับการเตรียมตัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยจากประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดของผู้แต่งพบว่า มารดาขาดความรู้และต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเด็นสำคัญต่าง ๆ เช่น การเริ่มดูดเร็ว การดูดกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ท่าทางการให้ลูกดูดนมที่ถูกต้อง การบีบเก็บนมเมื่อกลับไปทำงาน เพื่อนำไปใช้ในวางแผนปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดการเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่อาจตามมา เช่น ห้วนนมแตก เต้านมอักเสบ เป็นต้น

1.6 การได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากประสบการณ์การสอน นักศึกษาภาคปฏิบัติในแผนกหลังคลอดของผู้แต่งพบว่า สถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้เน้นย้ำถึงวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบจำเพาะกับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา โดยสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในภาพรวมให้กับมารดาหลายรายซึ่งประกอบอาชีพหลากหลายพร้อมกัน นอกจากนี้การศึกษาของสุตาภรณ์ พยัคฆเรืองและคณะ¹¹ ยังพบว่าสถานพยาบาลบางแห่งมีการให้ข้อมูลหลังคลอดด้วยการให้ดูวิดีโอเพียงอย่างเดียว ทำให้มารดาไม่ได้รับข้อมูล หรือได้รับการสอนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการในการนำไปใช้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องกลับไปทำงาน

2. ปัจจัยด้านทารก การที่ทารกมีสุขภาพสุขภาพ เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด ทำให้มีปัญหาเรื่องการดูดกลืนไม่ดี หรือทารกที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทำให้ต้องแยกจากมารดาเพื่อรับการรักษาเป็นพิเศษ ซึ่งจำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารและได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน ทำให้ทารกขาดโอกาสที่จะได้ดูดนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด จนเมื่อทารกหายจากภาวะต่าง ๆ นั้นแล้วจึงจะสามารถกลับมาฝึกการดูดกลืนนมแม่ได้ ซึ่งต้องใช้เวลาในการฝึกฝนนานกว่าทารกปกติ หรือในทารกที่มีพังผืดใต้ลิ้น¹¹ ปากแหว่งเพดานโหว่ ที่ต้องได้รับการแก้ไขก่อนจึงจะสามารถให้ทารกดูดนมแม่ได้ ซึ่งมารดาต้องมีความรู้ความเข้าใจ ระมัดระวัง และใช้ความอดทนในขณะที่ให้นมบุตร รวมทั้งมารดาต้องมีกำลังใจและความตั้งใจจึงจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

3. ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นอีกปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดของผู้แต่งพบว่า กลุ่มมารดาหลังคลอดที่ต้องทำงานนอกบ้านเต็มเวลา ต้องอาศัยผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ช่วยเลี้ยงดูบุตรให้ขณะที่ตนเองออกไปทำงาน¹³ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มนี้ จะใช้วิธีการบีบเก็บน้ำนมและแช่เย็นไว้และให้ผู้ดูแลนำมาให้ทารกกิน ซึ่งหากผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม้การละลายนมแม่ที่แช่แข็งจะมีความยุ่งยาก แต่ผู้ดูแลจะมีความพยายาม เพื่อให้ทารกได้นมแม่ แต่หากผู้ดูแลไม่เห็นด้วยหรือมองว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่เรื่องที่สำคัญและเพิ่มความยุ่งยากในการดูแลทารก นำไปสู่การเลี้ยงทารกด้วยนมผสมหรือนมทดแทนซึ่งมีความสะดวกสบายมากกว่า ส่งผลให้มารดาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนสำเร็จได้

จากผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า สามีเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว⁶ ขณะที่ครอบครัวจากแถบเอเชียและประเทศไทยจะพบว่า ย่า ยาย

หรือญาติที่เป็นผู้หญิงที่มีส่วนในการดูแลมารดาหลังคลอดจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและขัดขวาง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹⁴ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีความผูกพัน มีความใกล้ชิดกับย่า ยาย หรือรู้สึกสบายใจมั่นใจ ในการให้ญาติที่เป็นผู้หญิง โดยเฉพาะถ้าเคยมีประสบการณ์ การคลอดหรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนร่วมดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณา ชนะภัยและคณะ¹⁵ ที่พบว่า เมื่อมารดาพบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดามักจะทำตามคำแนะนำของญาติผู้ใหญ่ โดยมีความเชื่อว่าผู้ใหญ่เป็นผู้มีประสบการณ์มากกว่า¹⁵

ปัจจุบันได้มีการจัดกิจกรรมให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ช่วยเหลือมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จนกระทั่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาทิเช่น การจัดให้มีโรงเรียนพ่อแม่ที่มีการเตรียมความพร้อมบิดามารดา ในการเลี้ยงดูบุตรโดยมีหลักสูตรและเนื้อหาในแต่ละชั่วโมงให้บิดามารดาได้เข้าเรียนรู้ในชั้นเรียน โดยเฉพาะ บทบาทของบิดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เป็นต้น เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ นานถึง 6 เดือน หรือเมื่อมารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของอุษณีย์ จินตะเวช และคณะ¹⁶ ที่พบว่า สามีช่วยเป็นที่ปรึกษา ช่วยไกล่เกลี่ยความขัดแย้งกับมารดาสามีเรื่องการให้น้ำทารก ช่วยแบ่งเบาภาระด้วยการทำงานบ้าน ช่วยหารายได้เลี้ยงครอบครัว ซึ่งสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้สำเร็จ ส่งผลให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น มารดารู้สึกมีกำลังใจ มีความมั่นใจในความสามารถ ของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยไม่รู้สึกย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ

4. ปัจจัยด้านสังคม สังคมไทยในปัจจุบันมารดาทำงานนอกบ้านมากขึ้น กฎหมายแรงงาน สถานประกอบการหรือที่ทำงาน รวมถึงทัศนคติของนายจ้าง และผู้ร่วมงาน สื่อโฆษณาต่าง ๆ และความเข้าใจ ถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมให้มารดาสามารถ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน จากประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอด ของผู้แต่งพบว่า การดำเนินชีวิตของมารดาในสังคมต้องเผชิญกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังนี้

4.1 สถานประกอบการและผู้ร่วมงาน จากประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดของผู้ แต่งพบว่า หากเจ้าของสถานประกอบการ นายจ้างและผู้ร่วมงานเข้าใจถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ มีทัศนคติว่าเป็นเรื่องที่ดี ย่อมสนับสนุนในการให้เวลา สถานที่ที่จะปั๊มนม¹⁷ ซึ่งควรเป็นที่สะอาด ปลอดภัยเป็นส่วนตัว มีน้ำสะอาดให้ล้างมือ ตลอดจนมีตู้เย็นเพื่อเก็บน้ำนมไว้ในที่ทำงาน ไม่มองว่าการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่เป็นอุปสรรคในการทำงาน เป็นเรื่องส่วนตัวของมารดา ซึ่งจะส่งผลให้มารดารู้สึกเครียด ถูกกดดัน จากสังคม หรือบั่นทอนกำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

4.2 กฎหมาย การลาคลอดกำหนดให้ข้าราชการมีสิทธิลาคลอดได้ 90 วันโดยได้รับเงินเดือน ขณะที่ภาคเอกชนได้รับสิทธิลาคลอดได้ 90 วันโดยได้รับเงินช่วยเหลือการหยุดงานเพื่อคลอดบุตรเพียงร้อยละ 50 ของเงินเดือนเป็นระยะเวลา 90 วัน จากประกันสังคม¹⁸ ด้วยเหตุผลนี้มารดาหลังคลอดจะรีบกลับไปทำงาน ก่อนครบกำหนดลาคลอด ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ที่มารดาที่ทำงานภาคเอกชนจะมีโอกาสหยุด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็วขึ้น¹⁹ หากมีการปรับนโยบายเพิ่มเงินชดเชยให้กับมารดาและให้มารดาสามารถใช้ สิทธิลาคลอดได้อย่างเต็มที่ที่จะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้^{7,20} อย่างไรก็ตามการออกพระราชบัญญัติให้ ชายไทยสามารถลาเพื่อช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตรเป็นเวลา 15 วัน ถือเป็นการช่วยบรรเทา สถานการณ์ ความเครียด ความเหนื่อยล้า และเป็นการให้กำลังใจ สนับสนุนให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ได้นานมากขึ้น⁶

4.3 สื่อโฆษณา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญมากในปัจจุบัน คือ กลยุทธ์การโฆษณา ประชาสัมพันธ์จากบริษัทนมผงดัดแปลงสำหรับทารก ที่ได้มีการกล่าวถึงประโยชน์ของนมผงดัดแปลงสำหรับ ทารกสูตรต่างๆ ว่ามีความเทียบเคียงกับนมแม่ เสริมสร้างสติปัญญาทักษะการเรียนรู้ ตลอดจนความฉลาด

ในด้านต่างๆ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มารดาตัดสินใจเลือกใช้นมผงแทนนมแม่ โดยมีการประชาสัมพันธ์ผ่านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านการเป็นสปอนเซอร์จัดประชุมวิชาการ รวมทั้งการแจกตัวอย่างนมผงฟรีให้แก่มารดา ซึ่งแม้จะมีการออกพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560²¹ แต่จากประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดของผู้แต่งพบว่า คนรอบตัวของมารดาหลังคลอด บางรายยังมีค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับนมผงดัดแปลงราคาสูงที่มีการเติมสารอาหารอาหารต่างๆ มีประโยชน์เท่าเทียมหรือมากกว่านมแม่ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้น มารดา บิดา และครอบครัวจำเป็นต้องมีความมั่นใจในประโยชน์ของนมแม่ ตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มองเห็นประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างแท้จริง และต้องใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจเป็นอย่างมาก

5. ปัจจัยด้านบุคลากรทางสาธารณสุข พยาบาลผดุงครรภ์ถือเป็นบุคลากรวิชาชีพหลักที่มีส่วนช่วยเหลือหรือส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ ความรู้ และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอิทธิพลอย่างมากในการส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวคือ หากพยาบาลมีความเข้าใจผิดหรือไม่เห็นด้วยกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้การให้ข้อมูลแก่มารดาไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขณะเดียวกันแม้ว่าพยาบาลผดุงครรภ์จะเห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ขาดความรู้หรือทักษะต่าง ๆ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง⁶ ย่อมไม่สามารถช่วยเหลือมารดาได้ เช่น เมื่อมารดาต้องกลับไปทำงานโดยที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อ พยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปั๊มนมได้ เป็นต้น การที่พยาบาลผดุงครรภ์ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่มารดาได้จะส่งผลต่อความเชื่อมั่น ความมั่นใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจากประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดพบว่า ในแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ไม่สามารถแยกพิจารณาในแต่ละปัจจัยได้ ซึ่งอาจไม่มีความสัมพันธ์หรืออิทธิพลโดยตรงแต่อาจมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลร่วมกันในแต่ละปัจจัย เช่น มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน แต่มีทัศนคติหรือความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทางบวก ได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่เพียงพอกับความต้องการ ได้รับการสนับสนุนจากสามีและครอบครัวที่ดี ย่อมมีโอกาสหรืออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้สูง แต่มีทัศนคติหรือความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทางลบ ได้รับข้อมูลหรือความรู้ไม่เพียงพอกับความต้องการ ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี เป็นต้น ดังนั้นแนวทางปฏิบัติที่ช่วยสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนได้สำเร็จ จึงต้องมีการพิจารณาปัจจัยของมารดาแต่ละคนที่แตกต่างกัน และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับแต่ละรายต่อไป

แนวปฏิบัติที่ช่วยสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนได้สำเร็จ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลาและจากประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอด สามารถสรุปแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลผดุงครรภ์ในการสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนได้สำเร็จ ดังนี้

1. ระยะตั้งครรรภ์ พยาบาลควรประเมินปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรรภ์ที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การประกอบอาชีพหลังคลอดบุตร การวางแผนการกลับไปทำงานเมื่อครบกำหนดคลอด ประสบการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรรภ์หรือบุคคลในครอบครัว เช่น ย่า ยาย ประเมินความเชื่อหรือทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การกำหนดเป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (กี่เดือน) การวางแผนเกี่ยวกับผู้ดูแลทารกและการปั๊บก้อนนม ปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามความคาดหวังของหญิงตั้งครรรภ์ ความสามารถในการซื้อหรือจัดหาอุปกรณ์ปั๊บก้อนนม เพื่อให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรรภ์

2. ระยะคลอด ในแผนกห้องคลอด พยาบาลควรเตรียมมารดาโดยทบทวนความรู้ความเข้าใจและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะรอคลอด โดยเน้นย้ำเกี่ยวกับหลักหลัก 3 ดุด ได้แก่ ดุดเร็ว ดุดบ่อย และดุดถูกวิธี²² ดังนี้

การดุดเร็ว คือ ให้ทารกดุดนมมารดาภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด และเน้นย้ำในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เมื่อรู้สึกตัวดีและสามารถเคลื่อนไหวได้ให้รับ นำนารกเข้าเต้าโดยเร็วที่สุด เพื่อกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมและฝึกให้ทารกคุ้นเคยกับการดุดนมจากเต้ามารดา

การดุดถูกวิธี คือ การนำทารกเข้าเต้าอย่างถูกวิธี ทารกอมลึกถึงลานนม ซึ่งจะทํามารดาไม่รู้สึกเจ็บ และทารกได้รับนมอย่างเต็มที่ โดยบุคลากรควรให้การช่วยเหลือในการช่วยนำทารกเข้าเต้าในช่วง 30 – 45 นาทีแรกหลังคลอด ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดควรให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับท่าที่เหมาะสมในการให้นมบุตรหลังผ่าตัดคลอด และในระยะหลังคลอดบุคลากรควรให้การช่วยเหลือนำทารกเข้าเต้าทันทีที่มารดาเริ่มรู้สึกตัว เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจ ลดความกลัวการทำผิดพลาดโดยเฉพาะมารดาที่คลอดบุตรคนแรก ควรพูดคุยเพื่อเสริมพลังให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และมีความพยายามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องเมื่อกลับทำงาน

การดุดบ่อย แนะนำมารดาทั้งในระยะรอคลอด เน้นย้ำอีกครั้งในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และเมื่อมารดาและทารกย้ายไปพักพื้นที่แผนกหลังคลอด โดยแนะนำให้มารดาให้ทารกดุดนมบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นและเพียงพอกับความต้องการของทารก

อย่างไรก็ตามแม้มีการส่งเสริมความรู้และได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล แต่ความเชื่อเดิมของมารดาหรือครอบครัวอาจทำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือนไม่สำเร็จ ดังการศึกษาของพัชนียา เชียงตาและคณะ²³ ที่มีการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน ตั้งแต่ในระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด กลับยังพบว่า มารดาบางรายไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีการป้อนน้ำ นมผสม และกล้วยบด เป็นต้น²³ จากข้อค้นพบดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ พยาบาลควรเพิ่มบทบาทการเป็นที่ปรึกษาเป็นผู้ที่มารดาไว้วางใจ ให้การพยาบาลโดยประเมินความเชื่อของมารดาพยาบาลบุคคลเพื่อเน้นย้ำหรือปรับทัศนคติได้ตรงตามความต้องการของมารดาแต่ละราย ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างใกล้ชิดและเสนอแนวทางแก้ไขเมื่อมารดาเผชิญกับปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ระยะหลังคลอด พยาบาลควรสอบถามมารดาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพหลังคลอดบุตร ระยะเวลาในการลาคลอด การเลี้ยงดูบุตรเมื่อกลับไปทำงาน ลักษณะงานที่ทำ ช่วงเวลาในการพักระหว่างทำงาน ระยะเวลาในการพักแต่ละครั้ง ลักษณะสถานที่ทำงาน มุมนมแม่ในที่ทำงาน ห้องสำหรับปั๊บก้อนนม อุปกรณ์ที่ช่วยในการเก็บรักษานม การอำนวยความสะดวกในการปั๊บก้อนนม นโยบายเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสถานที่ทำงาน เพื่อนร่วมงาน ทัศนคติของเพื่อนร่วมงาน เพื่อจะสามารถให้คำแนะนำได้สอดคล้องกับ

บริบทของสถานที่ทำงานและช่วยเหลือมารดาในการวางแผนการจัดสรรเวลาในการปั๊บก้นนมเมื่อกลับไปทำงานได้อย่างเหมาะสม

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงประการเดียว หากแต่ต้องอาศัยหลายปัจจัยร่วมกันสนับสนุน และมารดาแต่ละรายมีความเป็นปัจเจกบุคคล มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประสบการณ์ ลักษณะครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา ความรู้ หรือข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน ดังนั้นการประเมินปัจจัยต่าง ๆ และการให้คำแนะนำที่จะสอดคล้องกับความต้องการของมารดามากที่สุด จึงควรเป็นการให้บริการแบบรายบุคคล ซึ่งแม้ต้องใช้เวลาค่อนข้างนานในการให้บริการดังกล่าว แต่ผลลัพธ์ย่อมตรงกับความต้องการของมารดาดีกว่าแบบรายกลุ่ม เนื่องจากรดาสามารถบอกเล่าปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นของตนเองได้ เพราะในบางประเด็นปัญหา มารดาอาจไม่สะดวกที่จะแลกเปลี่ยนแบบรายกลุ่ม ก็จะสามารถบอกเล่าและขอคำปรึกษาได้โดยตรง ถ้าหากเป็นการให้คำแนะนำแบบรายบุคคล ซึ่งคำแนะนำที่สอดคล้องวัตถุประสงค์และความต้องการของมารดา จะนำไปสู่การประยุกต์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับตนเองและบุตรได้อย่างแท้จริง

สรุป

ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยร่วมกันสนับสนุน ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ทารก ครอบครัว สังคม และบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยด้านมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด ต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน โดยหากมารดาได้รับข้อมูลที่ น่าเชื่อถือและเพียงพอจากการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้วนั้น มารดาจะมีความอดทนและพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้ทารกได้รับสิ่งที่ ดีที่สุดนั้นไป นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สังคม และบุคลากรทางสาธารณสุขจะช่วย ลดความยากลำบากของมารดา และเป็นกำลังใจเป็นแรงสนับสนุนให้มารดาสามารถก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ จนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นโยบายการลาคลอดในสถานประกอบการเอกชน ควรปรับเปลี่ยนเงินชดเชยการหยุดงาน เพื่อคลอดบุตร จากเดิมที่ได้รับจากประกันสังคมร้อยละ 50 ของเงินเดือนเป็นระยะเวลา 90 วัน ควรเพิ่มเป็น มากกว่า ร้อยละ 50 หรือเพิ่มเป็นร้อยละ 100 เทียบเท่ากับมารดาที่ทำงานในหน่วยงานราชการ เนื่องจาก รายได้ที่ลดลงระหว่างลาคลอดเป็นเหตุผลให้มารดารีบกลับมาทำงาน และส่งผลให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

2. สถานประกอบการต่าง ๆ ควรมีห้องสำหรับปั๊บก้นนม มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก ในการปั๊บก้นนมและแช่นม จัดสรรเวลาให้มารดาที่อยู่ในช่วงหลังคลอดได้มีเวลาในการพักหรือปลีกตัวไปปั๊บก้นนม ประกาศนโยบายการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ชัดเจนให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ เพื่อสร้างความมั่นใจให้หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดในการปั๊บก้นนม

3. บุคลากรทางสาธารณสุข ควรใช้เวลาและให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะมารดาที่ต้องกลับไปทำงานนอกบ้านเต็มเวลา เพื่อให้มารดาได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความต้องการของตนเองและทารก

4. ครอบครัว ได้แก่ สามีย่า และยาย ควรให้กำลังใจและสนับสนุน ผู้ดูแลทารกควรเรียนรู้การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาที่บีบเก็บและแช่แข็งไว้ ทั้งในเรื่องการละลายนมแม่แช่แข็ง การประเมินการดูดของนมแม่ระยะและปริมาณในการให้นมแต่ละครั้ง นอกจากนี้ควรมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในครอบครัว ครอบครัวควรเป็นกำลังใจและเสริมพลังทางบวกให้แก่มารดาที่เหน็ดเหนื่อยจากการทำงานและต้องบีบเก็บนมให้อดทนและพยายามก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ไปให้ได้

5. หญิงตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอด ควรปรับทัศนคติของตนเอง ควรคิดในเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างพลังให้แก่ตนเองว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการมอบมรดกที่ล้ำค่าให้แก่ทารก เพราะนมแม่คืออาหารที่ดีที่สุดที่ช่วยเสริมสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงให้แก่ทารกทั้งทางด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ เป็นหน้าที่ที่มารดาพึงกระทำ ไม่คิดในเชิงลบโดยมองว่าเป็นภาระหรือเป็นความยากลำบากที่เพิ่มขึ้นมาในการดำเนินชีวิต มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มองหาสิ่งสนับสนุน และวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ โดยเริ่มวางแผนตั้งแต่คิดจะมีบุตร หรือเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ เพื่อให้มีเวลาสำหรับศึกษาข้อมูล เตรียมความพร้อม และลดความวิตกกังวลในระยะหลังคลอดเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา

เอกสารอ้างอิง

1. Kuchenbecker J, Jordan I, Reinbott A, Herrmann J, Jeremias T, Kennedy G, et al. Exclusive breastfeeding and its effect on growth of Malawian infants: results from a cross-sectional study. *Paediatr Int Child Health* 2015;35:14-23. doi:10.1179/2046905514Y.0000000134
2. World Health Organization. Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 30] Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/media/5146/file/Multiple%20Indicator%20Clust%20Survey%202019.pdf>
4. ขนิษฐา เมฆกมล. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: แนวปฏิบัติในชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2561;5:274-86.
5. นิศาชล เศรษฐไกรกุล, ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย, จิตติกรโตโพธิ์ไทย, สุลัดดาพงษ์อุทธา, วาทีนีนคุณเผือก, ภูษิต ประคองสาย, ทักษพล ธรรมรังสี. สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้รับบริการในสถานพยาบาลรัฐ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2559;25:657-63.
6. พรพิมล อาภาสสกุล. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีไทย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2559;30:133-46.

7. Dachew BA, Biffittu BB. Breastfeeding practice and associated factors among female nurses and midwives at North Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *Int breastfeed J* 2014;9:1-7. doi:10.1186/1746-4358-9-11
8. Dennis CL, Gagnon A, Van Hulst A, Dougherty G, Wahoush O. Prediction of duration of breastfeeding among migrant and Canadian-born women: results from a multi-center study. *J Pediatr* 2013;162:72-9.
9. Thepha T, Marais D, Bell J, Muangpin S. Facilitators and barriers to exclusive breastfeeding in Thailand: A narrative review. *J Comm Pub Health Nurs* 2017;3:1.
10. ธัญลักษณ์ บรรลิตกุล. การส่งเสริมมารดาที่ทำงานนอกบ้านให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาต่อเนื่องได้. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2556;6:1-14.
11. สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ชญาดา สามารถ. ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะแรกหลังคลอด: ประสบการณ์ของมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2559;34:30-40.
12. ภัทรพรรณ ทำดี. บนเส้นทางสายน้ำนมแม่: อัตลักษณ์ของแม่ทำงานยุคใหม่กับความยากลำบากในความเป็นแม่. *วารสารวิจัยสังคม* 2559;39:1-37
13. อุทุมขยัญ อินทเรือง, คมวัฒน์ รุ่งเรือง, รุ่งนภา ปรากฏดี, กรวิภา จันทร์แจ่ม. แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์* 2564;5:86-100.
14. Choudhry K, Wallace L. 'Breast is not always best': South Asian women's experiences of infant feeding in the UK within an acculturation framework. *Matern Child Nutr.* 2012;8:72-87.
15. สุวรรณ ชนะภัย, นิตยา สิ้นสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ และวรรณ พาทูพัฒนากร. ความรู้ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนาย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 สัปดาห์. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2557;32:51-60.
16. อุษณีย์ จินตะเวช, เทียมศร ทองสวัสดิ์, ลาวัลย์ สมบูรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยของมารดาหลังคลอด. *พยาบาลสาร* 2557;41:133-44.
17. สุสัณหา ยิ้มแย้ม, พิกุล ทรัพย์พันแสน, ศรีเวียง ชุ่มปิ่น. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสถานประกอบการ. *วารสารสภาการพยาบาล.* 2555;27:122-33.
18. สำนักงานประกันสังคม. สิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรที่ผู้ประกันตนจะได้รับ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sso.go.th/wpr/main/service/กองทุนประกันสังคม_detail_detail_1_125_691/233_233
19. ประทุมมา ฤทธิโพธิ์, พรรณทิพา บัวคล้าย, ศิริกนก กลั่นขจร, ปริญญพร จันทร์ศรี. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการโรงงานผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2561;12:95-106.

20. World Health Organization (WHO). Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 30]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/breastfeeding/global-breastfeeding-collective/global-bf-collective-investmentcase.pdf?sfvrsn=3545408_5&download
21. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560. พระราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 72 ก. (ลงวันที่ 9 เมษายน 2560) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/drive/folders/1_r8V1HlfQtpwTuJkllNc5OgnZfby9Cok
22. อัญญา ปลอดเปลื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์, สัญญา แก้วประพาฬ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด. วารสารวิจัยราชภัฏพระนครสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2559;11: 41-52.
23. พัทธินยา เชียงตา, ณวี เบาทรวง, กรรณิการ์ กันธะรักษา. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาครรภ์แรก. พยาบาลสาร 2557;41:1-12.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเภทบทความที่ตีพิมพ์

ประเภทบทความที่รับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นผลงานที่ได้มาจากการค้นคว้าและวิจัยด้วยตนเอง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นผลงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยมุ่งเน้นการนำเสนอความรู้ใหม่ในเชิงวิชาการ
3. การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) คือ งานเขียนที่ศึกษาค้นคว้า มีการผสมผสานแนวคิด การทบทวนความก้าวหน้าของเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสรุปความรู้ในเรื่องนั้น จากหลายๆ การศึกษาเพื่อนำเสนอแนวคิด หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ มีข้อวิจารณ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป
4. บทความรับเชิญ (Invitation Article) เป็นผลงานที่ได้จากความเชี่ยวชาญ หรือองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ และบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสาร และค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ สำหรับบุคคลภายนอก 4,000 บาท/1 บทความ และสำหรับบุคลากรภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 3,000 บาท/ 1 บทความ ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น
6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพ เพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา
 2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded
 3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการ ในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ
 4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินใจถูกต้องตามหลักวิชาการ จากกองบรรณาธิการ เป็นที่สิ้นสุด
- ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

กำหนดการออกต้นฉบับ

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ

- ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านสามารถส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร Microsoft Office Word ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้า โดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 12 pt.
6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่น้อยกว่า 5 แต่ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง

8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ได้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย 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) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

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

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 (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหามารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.
(ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม)

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ 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.

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

ตัวอย่าง

3. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภพ, อุไร จเรประพาฬ, พรณิภา ไชยรัตน์, และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2557.
4. Cirawattanakul S, Sawancharoun K, Runruangkamonkit S, Arnusonteerakul S, Chongaudomkarn D, Wattanakulkeart S, et al. Prevention of and dealing with teenage pregnancy. Khon Kaen University: Centre for research and training on gender and woman's health; 2011.

1.4 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณีย์ ปิตุสทธิธรรม, ชัยนัต พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
6. 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.

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งอาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.
4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นเล่มที่มีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.
5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย colon (:)
6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วย semicolon (;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือสำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อนายราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือ นั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือ ภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาพ (.)

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

7. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.
8. 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

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม
2. ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
3. ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุลาลงกรณ์เวชสาร 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
4. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่ และฉบับที่
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201
6. สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

9. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโข, จิตรารัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรณ์, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชัมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุโขทัย แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
10. 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.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

ตัวอย่าง

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

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

13. พันธ์ญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
14. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>
16. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

7. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

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

ตัวอย่าง

17. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โจรนประภาพรรณ. 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
18. 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>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแนวคูเวอริในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของ
จิราภรณ์ จันทรจักร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่
<http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชรีย์ ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

กองบรรณาธิการ

อ.ลักขณา ชอบเสียง	โทรศัพท์ 087-863-3441
อ.ชนกร แก้วมณี	โทรศัพท์ 081-064-3536
อ.จงลักษณ์ ทวีแก้ว	โทรศัพท์ 088-549-9225
อ.พนัชญา ชันติจิตร	โทรศัพท์ 088-377-8383
อ.จิณวัตร จันครา	โทรศัพท์ 098-569-9858
อ.ทัตถณ พลไชย	โทรศัพท์ 088-133-2803

เลขานุการ

นางสาวสิรภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 080-799-5801 โทรสาร 045-255-709
E-mail: journal.bcns@gmail.com