



ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

VOL. 13 No. 2 July-December 2023





ราชวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รศ.ดร.สุปรีดา มั่นคง | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 5. ผศ.ดร.ชนัญชิดาคุษฎี ทูลศิริ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. ผศ.ดร.จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ) |
| 7. ผศ.ดร.สังวรรณ ังดกระโทก | สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ แขนงวิชาการวัดและประเมินผล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 8. ผศ.ดร.กิตติภูมิ ภิญโย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 9. ดร.อุทัยวรรณ สุกีมานิล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม |
| 10. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสุรินทร์ |
| 11. ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 12. ดร.วรรณภา พรหมศร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |

ฝ่ายจัดการ

คุณสุนิสา สำเร็จดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คุณกฤตวรรณ ฐิติตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Volume 13 Number 2 July – December 2023

<https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

ISSN 2985-2900 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วัตถุประสงค์ :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยี
สมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจ
ทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของ
นักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง
รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของการพยาบาล และนันทนาการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต: สารในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้แก่ บทความวิจัย บทความ
วิชาการ และบทความพิเศษซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออก : ราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
- ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

การเผยแพร่วารสาร : ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้
โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์

<https://tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

อัตราค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ : 3,500 บาท/บทความ

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กองบรรณาธิการราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนี สุรินทร์ งานวิจัยและบริการวิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-445-14422 โทรสาร 0-4451-1737;
E-mail: journalrachawadee@gmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ISSN 2985-2900 (online)

1	รศ.ดร.สมรภาพ	บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2	ผศ.ดร.วิไล	นาป่า	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3	ผศ.ดร.นริมาลย์	นิละไพจิตร	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4	ผศ.ดร.ประทุมมา	ฤทธิ์โพธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
5	ผศ.ดร.สุดารัตน์	เพียรชอบ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6	ผศ.ดร.กิตติภูมิ	ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7	ผศ.ดร.คมวัฒน์	รุ่งเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
8	ผศ.ดร.กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
9	ดร.ภารดี	บุญเพิ่ม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
10	ดร.นภาชา	สิงห์วีระธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
11	รศ.ดร.กิตติพงษ์	พลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
12	ดร.อนุพันธ์	สุวรรณพันธ์	สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
13	ดร.ณรงค์กร	ชัยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
14	ดร.นิตยา	ศรีสุทธิกมล	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
15	ดร.นรากร	สารีแท้	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี
16	ดร.ปรางทิพย์	ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุบลราชธานี
17	ดร.นพดล	พิมจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์
18	ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
19	ดร.มาสริน	ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
20	ดร.สุริยา	พองเกิด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
21	ดร.สุภาณี	คลังฤทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
22	ดร.ดวงมน	ทรัพย์สินเสรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
23	ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
24	ดร.สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
25	ดร.อรดี โชคสวัสดิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
26	ดร.บังอร เผื่อน้อย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
27	ดร.สุพิตรา เศลวัตนะกุล	นักวิชาการอิสระ
28	ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
29	ดร.อุทุมมชฎานันท์ อินทเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
30	ดร.วรรณพร บุญเปล่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
31	ดร.วรรณภา พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

เรียนสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2566 มีเนื้อหาที่เข้มข้นและหลากหลาย และได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันเพื่อลงตีพิมพ์ในราชวดีสารฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (Double-blind-peer review) บทความในฉบับนี้มีประเด็นสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง บทความวิจัยได้แก่ ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อความรู้และพฤติกรรมในนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน การพัฒนารูปแบบการจัดการครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอด ผลของโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 และการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมทั้งบทความวิชาการ การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและแพ้เลือดรุนแรง และบทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

กองบรรณาธิการราชวดีสารฯ ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขา ช่วยกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยพัฒนาวารสารไทยให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานต่อไป สุดท้ายนี้ ขออำนวยการให้ทุกท่านมีสุขภาพที่แข็งแรง มีความสุขตลอดปีใหม่ และตลอดไป แล้วพบกันใหม่ในปี พ.ศ. 2567 นะคะ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้ขายยาและพฤติกรรมในนักเรียนแกนนำ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	1
ประภาศรี วงศ์จินดารักษ์ อักษรา ทองประชุม และวรางคณา นาคเสน	
● การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน	17
นุชรีย์ ทองเจิม ธีรวัฒน์ สกฤตมานนท์ และลัดดาวัลย์ สิริธินสาร	
● การพัฒนารูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ บ้าน ตำบลพิมาน อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล	31
ฉัญพร สมันตรัฐ	
● ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช	48
วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ ธีรฤดี ปราบริปู กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช	
● การพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์	64
โฉมศรี ภูนาพรรณ	
● ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ โอทนี สุวรรณมาลี	81
● ผลของโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์	99
ทรรศนีย์ พูลผล	
● ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดสงขลา	115
ผาณิต หลีเจริญ ยุวนิดา อารามมรมย์ จารุณี วารหัส ณิชชา สังขวิญญู และลักขณา หวัดเพ็ชร	
● ประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ใน สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19	132
พัชรินทร์ วรรณทวี และจิรสุตา ทะเรรัมย์	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 อติญาณ์ ศรเกษตรริน สุทธนันท์ กัลป์กะ ทศนีย์ เกริกกุลธร อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์ และ อัจฉรา สุขสำราญ บทความวิชาการ	149
● การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดเนื่องจากภาวะตกเลือด หลังคลอด: กรณีศึกษา ชัชฎาพร จันทรสุข และรุ่งนภา ปราภุติ	165
● บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เมธาวินี ชุมทอง พรรณงาม วรณพฤษ์ นงคฺนุช คุณะโคตร และธันยาวดี โกวศัลย์ดิลก คำแนะนำในการตีพิมพ์	181
	197

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายต่อความรู้และพฤติกรรม
ในนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประภาศรี วงศ์จินดารักษ์, วท.บ.*

อักษรา ทองประชุม, Ph.D.**

วารางคณา นาคเสน, วท.ด.**

Received: May 12, 2023

Revised: September 29, 2023

Accepted: October 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายต่อความรู้และพฤติกรรมในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลวัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสาย แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสาย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายด้วยสถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon signed rank Test สำหรับและบันทึกการสำรวจลูกน้ำยุ่งสายด้วยตนเองก่อนและหลังการให้โปรแกรม 2 ครั้ง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสาย และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 4.2 ± 2.7 และ 13.6 ± 0.5 ตามลำดับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 1.8 ± 0.2 และ 2.6 ± 0.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ค่าดัชนีลูกน้ำยุ่งสายที่ผู้วิจัยเป็นผู้สำรวจด้วยตนเอง ภายหลังจากนักเรียนได้รับโปรแกรม 2 ครั้งมีค่าลดลง โดยก่อนการให้โปรแกรม อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ($HI=100$, $BI=850$ และ $CI=100$) หลังการให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ พบค่าดัชนีลูกน้ำยุ่งสายลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ($HI=50$, $BI=200$ และ $CI=23.5$) และหลังการให้โปรแกรม 20 สัปดาห์อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ($HI=0$, $BI=0$ และ $CI=0$)

โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสายให้แก่ นักเรียนแกนนำที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสาย

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อโดยยุ่งสาย ความรู้ พฤติกรรม นักเรียน

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ให้การติดต่อ: E-mail: Prapasri_Wongchin@cmu.at.th

** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Effects of Vector-borne Diseases Prevention Program on Knowledge and Behaviors Among Junior High School Student Leaders in Mueang District, Lampang Province

Prapasri Wongchindarak, B.Sc.*

Aksara Thongprachum, Ph.D.**

Warangkana Naksen, Ph.D.**

Abstract

This quasi-experimental research aims to examine the effects of the Vector-borne Diseases Prevention program on knowledge and preventive behaviors among high school student leaders in Mueang district, Lampang province. The One-group pretest and posttest design were conducted on thirty students. The research tools were the Vector-Borne Disease Prevention program which was developed from the literature review and previous studies. The data were collected using the questionnaires regarding knowledge and behavior for Vector-borne Disease Prevention and Control. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics such as the Wilcoxon signed-rank test. The *Aedes aegypti* larvae indexes were determined before and two times after participating in the program.

The results revealed that the program significantly increased the knowledge and behavior levels of the students ($p < 0.001$). The knowledge scores before and after participating in the program were 4.2 ± 2.7 and 13.6 ± 0.5 , respectively. The behavior scores before and after participating in the program were 1.8 ± 0.2 and 2.6 ± 0.1 , respectively. Additionally, the *Aedes* larvae index decreased; it was at a high-risk level before the program (HI=100, BI=850, and CI=100), After using the program, the *Aedes* larvae index value decreased but also to the high-risk level in 4 weeks after the program (HI=50, BI=200, and CI=23.5) and low-risk level 20 in weeks after the program (HI=0, CI=0, and BI=0).

This vector-borne disease prevention program enabled an increase in the knowledge and preventive behavior level of high school student leaders.

Keywords: Vector-borne diseases prevention program, Knowledge, Behaviors, Students

* Master of Public Health student, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Corresponding Author E-mail: Prapasri_Wongchin@cmu.ac.th

** Lecturer, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

บทนำ

โรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย ประกอบด้วย โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคไข้ปวดข้อยุงลาย (ชิคุนกุนยา) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ในจังหวัดลำปางพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกทุกปี จากข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ. 2559-2565 พบผู้ป่วยคิดเป็นอัตราป่วย 99.2, 40.1, 44.3, 117.2, 127.6, 5.2 และ 39.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี พ.ศ. 2561-2562 พบผู้ป่วยจำนวน 72 ราย และ 8 รายตามลำดับ สำหรับโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 พบผู้ป่วยคิดเป็นอัตราป่วย 21.4, 69.9, 0.2 และ 0.1 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ, 2565) และพื้นที่เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง พบว่ามีการระบาดของโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีเป็นประจำทุกปี ซึ่งเป็นโรงเรียนประจำที่เปิดสอนตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยรับนักเรียนประจำและไปกลับรวมถึงการรับนักเรียนด้อยโอกาสบริเวณใกล้เคียง ในปี พ.ศ. 2560 พบนักเรียนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 6 ราย ปี พ.ศ. 2562 พบนักเรียนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 3 ราย โรคติดเชื้อไวรัสซิกาจำนวน 5 ราย โรคไข้ปวดข้อยุงลายจำนวน 2 ราย ในปี พ.ศ. 2563 พบนักเรียนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 15 ราย โรคไข้ปวดข้อยุงลายจำนวน 1 ราย โดยส่วนใหญ่พบโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายในกลุ่มช่วงอายุ 9-15 ปี และในปี พ.ศ. 2565 พบนักเรียนป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 24 ราย (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, งานป้องกันและควบคุมโรคเทศบาลเมืองเขลางค์นคร, 2565)

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายส่งผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียน รวมถึงความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย ซึ่งโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง ได้รับการสนับสนุนจากงานป้องกันและควบคุมโรค เทศบาลเมืองเขลางค์นคร ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย ได้แก่ การพ่นยาด้วยเครื่องพ่นละอองฝอยละเอียด ULV (Ultra low volume) การสนับสนุนทรายอะเบท และการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองเขลางค์นครในการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ ทางกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมจะดำเนินการควบคุมโรคเชิงรุกโดยร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านโทกหัวช้าง จะได้รับการประสานและส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลลำปางหากพบผู้ติดเชื้อจากโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะลงพื้นที่ร่วมกับนักเรียน บุคลากรในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง เพื่อทำการ Big cleaning day ก่อนพ่นยาโดยการสนับสนุนจากเทศบาลเมืองเขลางค์นคร (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, งานป้องกันและควบคุมโรคเทศบาลเมืองเขลางค์นคร, 2565)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าพบการระบาดของโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายอย่างต่อเนื่องทุกปี แม้มีการดำเนินการของเทศบาลเมืองเขลางค์นครร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย แต่ยังพบจำนวนนักเรียนป่วยด้วยโรคติดต่อที่นำโดย

ยุ่งายเป็นประจำและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี (เทศบาลเมืองเขลางค์นคร, งานป้องกันและควบคุมโรค, กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2565) ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขซึ่งประจำอยู่ในพื้นที่จึงสนใจศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุ่งลายต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุ่งลายในกลุ่มนักเรียนแกนนำในช่วงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องรวมทั้งแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (Bloom et al., 1956) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตน การดูแลสิ่งแวดล้อม และการป้องกันโรค ซึ่งนักเรียนสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติงานเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอัตราการเกิดโรคติดต่อมาโดยยุ่งลายในโรงเรียน อีกทั้งยังอาจใช้เป็นต้นแบบการดำเนินการให้แก่โรงเรียนประจำอื่นๆ รวมทั้งการสำรวจและคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุ่งลายทำให้ทราบถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อมาโดยยุ่งลาย ซึ่งนักเรียนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติหรือบอกต่อให้เพื่อนนักเรียนรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ส่งผลต่อการควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุ่งลายในสถานศึกษาและครัวเรือนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุ่งลายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุ่งลายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุ่งลายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุ่งลายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุ่งลาย (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 330 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน

การคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ในการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.7 โดยเลือก Difference between two dependent mean (matched pairs) กำหนดค่าตัวแปรจากการศึกษาค่าของขนาดอิทธิพลกลุ่ม (Effect size) ที่ระดับ 0.8 อ้างอิงจากการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen (1977) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α error probability) มีค่า 0.05 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (Power analysis) ที่ระดับ 0.95

จากการคำนวณด้วยโปรแกรมพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ที่ได้ทั้งหมดคือ 23 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 (Polit, 2010) จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่อยู่นอนประจำโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง

2. ไม่มีความพิการด้านการมองเห็น และการได้ยิน

3. สื่อสาร อ่าน พูด เขียนภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

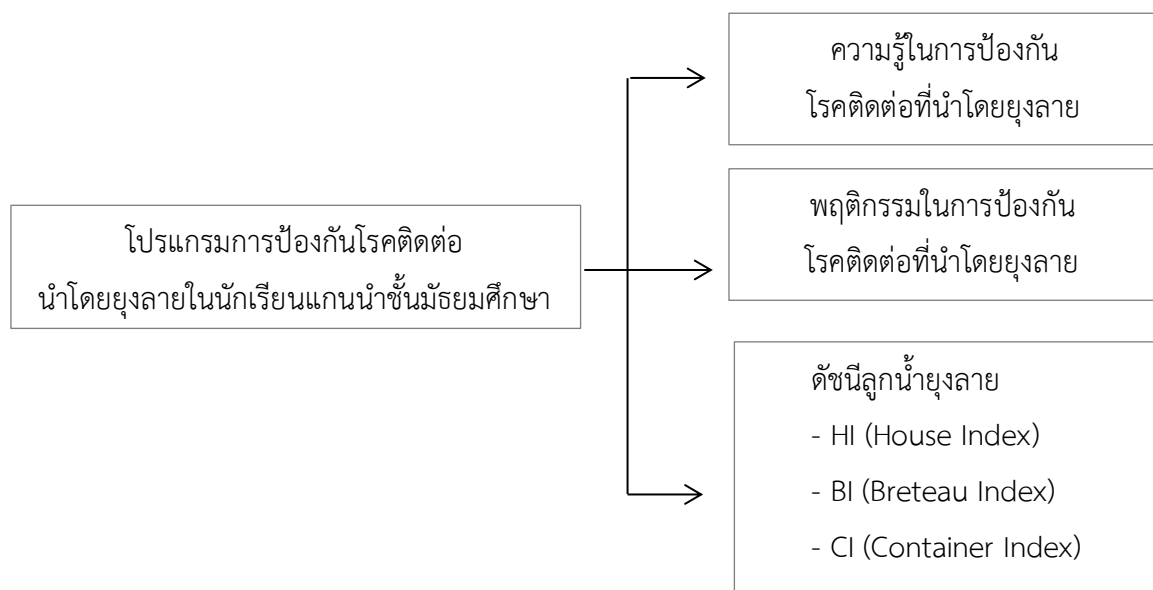
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการทำกิจกรรมได้ตลอดการทำวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มอบให้กับผู้เกี่ยวข้องกับโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารี ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง และกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมวิจัย ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เพื่อขอดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย

2. ติดต่อประสานงานครูที่ดูแลนักเรียน เพื่อขอความร่วมมือเข้าไปเก็บข้อมูลและกิจกรรมตาม โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมวิจัย โดยให้นักเรียนและครูประจำชั้นลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม เนื่องจากมีครูประจำชั้นอยู่ในช่วงระหว่างการอธิบายและเป็นผู้อนุญาตแล้ว

4. ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจและคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายด้วยตนเองครั้งที่ 1 ก่อนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย โดยทำการสำรวจอาคาร ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย แล้วบันทึกตามแบบบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

5. ผู้วิจัยให้โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 2 วัน โดยก่อนเริ่มโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลายก่อนให้โปรแกรมฯ

วันที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สถานีสำรวจยุง ช่วงเวลา 09.00 – 10.30 น. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นความสำคัญของโรคไข้เลือดออก และสามารถวิเคราะห์แนวทางการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลายในสถานศึกษา โดยการแบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 5 กลุ่ม ให้ร่วมตอบคำถามดังนี้ สถานีที่ 1) เมื่อพูดถึงโรคติดต่อฯ โดยยุงลายนึกถึงอะไร สถานีที่ 2) สถานการณ์โรคติดต่อฯ โดยยุงลายในโรงเรียนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร สถานีที่ 3) ผลกระทบของโรคติดต่อฯ โดยยุงลายมีอะไรบ้าง สถานีที่ 4) ที่ผ่านมาระยะใดดำเนินการอะไรบ้างเกี่ยวกับโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย สถานีที่ 5) สิ่งที่ยากเห็น/ความท้าทายในการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย

วันที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ป้องกันยุงลายตัวร้าย เวลา 10.30 – 12.00 น. โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย โดยเป็นการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย สถานการณ์โรคติดต่อฯ โดยยุงลาย วงจรการเกิดยุงลาย การป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย ความรู้เรื่องยาขับพื้นฐาน ความรู้ลักษณะอาการการเกิดโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และโปรแกรม power point

วันที่ 2 กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้การปรับสภาพแวดล้อมป้องกันยุงลายตัวร้ายช่วงเวลา 09.00 - 10.30 น. เป็นกิจกรรมให้ความรู้การปรับสภาพแวดล้อมป้องกันยุงลายตัวร้ายให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และตระหนักในการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย

วันที่ 2 กิจกรรมที่ 2 แขนงนำเก่งถ่ายทอดความรู้เร็ด ช่วงเวลา 10.30 – 12.00 น. แขนงนำเก่งถ่ายทอดความรู้เร็ดเป็นการจัดโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อให้นักเรียนสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้อื่นได้ หลังจากให้ความรู้แล้ว แบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ร่วมกันคิดวิเคราะห์ บทพูดและความรู้ที่ต้องการเผยแพร่โดยผู้วิจัย แจกหัวข้อในการฝึกจำลองทักษะการสื่อสารให้แก่กลุ่มดังนี้ 1) การประกาศให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย 2) การให้ความรู้หน้าชั้นเรียน 3) การสมมติสถานการณ์ให้นักเรียนตอบคำถามเพื่อนนักเรียนที่สงสัยเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย

หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มแสดงบทบาทสมมติที่ได้ กลุ่มละ 15 นาที หลังจากนั้นเสนอครบทุกกลุ่มผู้วิจัยสรุป ภาพรวมของกิจกรรม และแจกอุปกรณ์ให้แต่ละกลุ่มในการจัดทำบอร์ดเพื่อนำไปตกแต่งมุมความรู้ในโรงเรียน แบ่งหัวข้อการจัดบอร์ดดังนี้ 1. โรคติดต่อมาโดยยุงลาย 2. การป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย 3. วงจรชีวิต ยุงลาย

วันที่ 2 กิจกรรมที่ 3 walk rally (ไล่ล่าหาลูกน้ำยุงลาย) เวลา 13.00 - 14.00 น. เป็น กิจกรรมให้นักเรียนเกิดความสุข มีความคิดสร้างสรรค์ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย ซึ่งจำลอง เหตุการณ์ไล่ล่าหาลูกน้ำยุงลาย ให้นักเรียนลงพื้นที่ในโซนที่จัดให้เพื่อจำลองเหตุการณ์ในการหาตัวลูกน้ำยุงลาย และทำการคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI BI และ CI และจัดการกับภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายอย่างถูกวิธี

6. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายครั้งที่ 2 ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ที่จัดท้าวารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง โดยผู้วิจัยดำเนินการสำรวจอาคาร ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย แล้วบันทึกตามแบบบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

7. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย 20 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายครั้งที่ 3 ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ที่จัดท้าวารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมโปรแกรม ทำแบบวัดความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายหลังให้โปรแกรมด้วยตนเอง

8. นำแบบวัดความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรม มาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง และลงรหัสตาม ตัวแปรที่กำหนด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

9. นำแบบบันทึกค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ผู้วิจัยทำการสำรวจด้วยตนเอง มาคำนวณตามสูตรการหา ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, BI และ CI) ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ (สำนักอนามัย, กองควบคุมโรคติดต่อ, กลุ่มงานควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค, 2563)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ ET008/2565 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2565 หลังจากการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัย เข้าพบรองผู้อำนวยการโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ที่จัดท้าวารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง และกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มนักเรียนที่เข้าร่วมวิจัย โดยต้องได้รับการยินยอมและลงลายมือชื่อโดยครูประจำชั้นในเอกสารแสดงความยินยอม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ในการ วิจัยจะเป็นความลับ ไม่กระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งการเข้า ร่วมการวิจัยจะให้สิทธิแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการ ปฏิเสธ หรือถอนตัวได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลการวิจัย และจะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่าง

เกิดการเปลี่ยนใจภายหลังก็มีสิทธิ์ถอนตัว โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ต่อสุขภาพโดยตรง แต่ความรู้ที่ได้รับจากการวิจัยอาจเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ หากกรณีเกิดอันตรายระหว่างการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลายที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy) (จิรายุทธ์ อ่อนศรี, 2561) ที่ผู้วิจัยปรับมาจากงานวิจัยของหาญณรงค์ แสงแก้ว (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว และกานต์พิชชา ยะนา และคณะ (2557) ศึกษาผลของการใช้แผนปฏิบัติการ ที่พัฒนาจากกระบวนการเอไอซีต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กในสถานสงเคราะห์ และดัชนีความซุกของลูกน้ำยุงลาย โดยผู้ศึกษากำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินการ 2 วัน และนำมาให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นทำการแก้ไขโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลายตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องแล้วคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence [IOC]) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) แต่ละข้อมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 0.5

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย การแนะนำหรือบอกให้เพื่อนและครอบครัวในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 14 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ (Multiple choice) 4 ตัวเลือก การพิจารณาประเมินความรู้ของกลุ่มทดลองประยุกต์ใช้การประเมินผลการเรียนรู้แบบอิงเกณฑ์ของบลูม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971 อ้างถึงใน สุวรรณา เขียวขุนทด และคณะ, 2556)

เกณฑ์การแปลผล

คะแนน 12 – 14	หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายในระดับสูง
คะแนน 9 – 11	หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายในระดับปานกลาง
คะแนน 0 – 8	หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่าย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 14 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ข้อ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้งไม่เคยเลย ซึ่งมีรายละเอียดคะแนนดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	มีระดับคะแนนเป็น 4 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีระดับคะแนนเป็น 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีระดับคะแนนเป็น 2 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	มีระดับคะแนนเป็น 1 คะแนน
ไม่เคยเลย	หมายถึง	มีระดับคะแนนเป็น 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ใช้เกณฑ์กำหนดระดับค่าเฉลี่ย โดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น (บุญชม ศรีสะอาด, 2543) ดังนี้

คะแนน 2.68 – 4.00	หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายในระดับสูง
คะแนน 1.34 – 2.67	หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายในระดับปานกลาง
คะแนน 0.00 – 1.33	หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการสำรวจลูกน้ำยุงลาย โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อน-หลังการให้โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่าย ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่สำรวจได้ ประกอบด้วยค่า HI B และ CI การแปลผลโดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนดัชนีก่อนและหลังที่สำรวจ (สำนักอนามัย, กองควบคุมโรคติดต่อ, กลุ่มงานควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค, 2563)

ตารางที่ 1

แสดงเกณฑ์ภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคติดต่อมาโดยง่าย

ระดับความเสี่ยง	HI	BI	CI
ต่ำ	$HI < 1$	$BI < 5$	$CI < 1$
ปานกลาง	$1 \leq HI < 10$	$5 \leq BI < 50$	$1 \leq CI < 5$
สูง	$HI \geq 10$	$BI \geq 50$	$CI \geq 5$

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่าย แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อมาโดยง่ายไปทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มนักเรียน

ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จิตต์อารีในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จังหวัดลำปาง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายดังนี้ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย วิเคราะห์โดยใช้วิธี KR-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)
2. คะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย ก่อนและหลังการให้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon-signed rank test
4. คำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุลงลาย (HI, BI และ CI) โดยสำรวจและคำนวณตามสูตรของกรมควบคุมโรค

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.3 ทั้งหมดมีอายุ 15 ปี เป็นแกนนำนักเรียนและแกนนำด้านสุขภาพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน ส่วนใหญ่ของนักเรียนอยู่หอพัก 16 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย คิดเป็นร้อยละ 80.0 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายของตัวนักเรียนเองพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย คิดเป็นร้อยละ 90.0 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ได้รับความรู้การป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายทางเสียงตามสายในโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 96.6 และทางสื่ออินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 80.0 ตามลำดับ สำหรับการแนะนำหรือส่งต่อความรู้พบว่าไม่เคยแนะนำหรือบอกให้เพื่อนและครอบครัวในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย คิดเป็นร้อยละ 63.3 และเคยแนะนำหรือบอกต่อความรู้ให้เพื่อนและครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 36.6

ส่วนที่ 2 การศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย โดยก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง มี 30 คน และหลังให้โปรแกรมเสร็จสิ้นกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอยู่ครบกิจกรรมจำนวน 25 คน ดังนั้นในการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรม จึงได้ทำการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการให้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดตามได้ ดังนี้

ผลการศึกษาความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 4.2 ± 2.7 และ 13.6 ± 0.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 1.8 ± 0.2 และ 2.6 ± 0.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 การศึกษาค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

จากการสำรวจและคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย House Index (HI), Breteau Index (BI) และ Container Index (CI) ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สำรวจด้วยตนเอง ครั้งที่ 1 ก่อนให้โปรแกรมแก่นักเรียน และได้ทำการสำรวจและคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายหลังให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ และ 20 สัปดาห์ ภายหลังจากนักเรียนได้รับโปรแกรม ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้ง 2 ครั้งมีค่าลดลง โดยก่อนการให้โปรแกรมอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (HI=100, BI=850 และ CI=100) หลังการให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (HI=50, BI=200 และ CI=23.5 และหลังให้โปรแกรม 20 สัปดาห์ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ (HI=0, BI=0 และ CI=0) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย 20 สัปดาห์

ตัวแปรที่ศึกษา	ความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายของกลุ่มตัวอย่าง		ระดับความรู้	z	p-value
	M	S.D.			
ก่อนการทดลอง	4.2	2.7	ระดับต่ำ	-4.2	0.001*
หลังการทดลอง	13.6	0.5	ระดับสูง		

*มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบด้วย Wilcoxon-signed rank test

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 20 สัปดาห์

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียนของกลุ่มตัวอย่าง		ระดับพฤติกรรม	z	p-value
	M	SD			
ก่อนการทดลอง	1.8	0.2	ปานกลาง	-4.3	0.001*
หลังการทดลอง	2.6	0.1	สูง		

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบด้วย Wilcoxon-signed rank test

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย จากการสำรวจก่อนและหลังการให้โปรแกรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียน

วันที่สำรวจ	ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย			ระดับความเสี่ยง
	HI	BI	CI	
ครั้งที่ 1 (ก่อนให้โปรแกรม)	100	850	100	เสี่ยงสูง
ครั้งที่ 2 (หลังให้โปรแกรม 4 สัปดาห์)	50	200	23.5	เสี่ยงสูง
ครั้งที่ 3 (หลังให้โปรแกรม 20 สัปดาห์)	0	0	0	เสี่ยงต่ำ

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียนต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียนในนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นโรงเรียนประจำแห่งเดียวในจังหวัดลำปาง การศึกษาครั้งนี้ ได้อภิปรายผลดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียนของนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการให้โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียนในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 คน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ($M = 13.6$, $SD = 0.5$) ซึ่งก่อนการให้โปรแกรมคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียนอยู่ในระดับต่ำ ($M = 4.2$, $SD = 2.7$) ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียน สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียน วงจรการเกิดยุงลาย ลักษณะอาการและการรักษา การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยผู้เรียน การปรับสภาพแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทักษะการสื่อสารความรู้ในการถ่ายทอดความรู้ที่ดี ซึ่งการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เป็นเวลา 2 วัน ผ่านทางการบรรยายโดยใช้สื่อต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับช่วงวัยทั้งเนื้อหาสื่อที่ใช้ ได้แก่ ภาพ การสาธิต และการฝึกคิดโดยให้ความรู้เรื่องทักษะการสื่อสารด้วยกิจกรรมการจัดบอร์ดเพื่อ

ถ่ายทอดความรู้ กิจกรรมดังกล่าวทำให้นักเรียนมีส่วนร่วมได้ฝึกคิด เกิดการทบทวนความรู้ความเข้าใจและระลึกถึงความรู้ที่ได้รับจากการบรรยายและการเห็นแบบอย่างจากการสาธิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ปะการัง ศรีมี และคณะ (2564) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก หลังจากเข้าร่วมโครงการส่งเสริม สุขภาพที่ประยุกต์ส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมต่อความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ($M = 12.5$) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ หาญณรงค์ แสงแก (2558) ที่ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและ ควบคุมไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่าแกนนำ ครัวเรือนหลังได้รับโปรแกรมฯ มีการรับรู้การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเมื่อพิจารณาความรู้รายข้อในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และ ตอบถูกมากขึ้นในทุกข้อคำถาม ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดต่อมาโดยยุงลาย และความรู้ในป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย โดยหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ทั้งเรื่องมาตรการการป้องกัน โรค การใช้ทรายอะเบทและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย วิธีการป้องกันการแพร่พันธุ์ยุงลาย และการ ป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายของนักเรียนแกนนำชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการให้โปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 25 คน พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ($M = 2.6$, $SD = 0.1$) ซึ่งก่อนการให้ โปรแกรมคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อนำโดยยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.8$, $SD = 0.2$) สอดคล้องกับการศึกษาของ หาญณรงค์ แสงแก (2558) ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการ เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังจากให้โปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง 20 สัปดาห์ นักเรียนมีการปรับพฤติกรรมดีขึ้น แต่ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดบางประการของสถานที่ซึ่งเป็นโรงเรียน ประจำ ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในภาพรวมได้ เช่น การใช้มุ้งหรือมุ้งลวดป้องกันยุง นอกจากนี้ นักเรียนส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะทายาทากันยุงหรือสเปรย์กันยุงมาใช้ได้ ($M = 1.3$) รวมถึงไม่สามารถแสวงหา สมุนไพรป้องกันยุงในเขตโรงเรียนได้ เช่น ตะไคร้ มะกรูด ($M = 0.4$) สะท้อนให้คะแนนในประเด็นดังกล่าวมี คะแนนลดลง อย่างไรก็ตาม พบว่านักเรียนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาโดยยุงลายได้ดีขึ้น หลายประเด็น เช่น การทำความสะอาดบ้านและนอนให้ปลอดโปร่งอยู่เสมอเพื่อไม่ให้ยุงพักเกาะ ($M = 3.6$) การไม่เข้าไปในสถานที่รกทึบ มีน้ำขัง และแสงสว่างไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นแหล่งที่ยุงชุม ($M = 3.5$) รวมทั้งยังมีการ จัดการสิ่งแวดล้อมและขยะ โดยทิ้งลงถังและปิดฝาให้มิดชิดเพื่อป้องกันน้ำขังในภาชนะและขยะซึ่งนำไปสู่การ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ($M = 3.3$) โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนแกนนำซึ่งประกอบด้วยนักเรียนแกนนำ สุขภาพและแกนนำอื่น ๆ สามารถที่จะส่งผลต่อการดำเนินการควบคุมป้องกันและลดความชุกของโรคติดต่อนำ โดยยุงลายในโรงเรียนต่อไปได้

3. การสำรวจลูกน้ำยุงลายและค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการด้วยตนเอง โดยทำการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้โปรแกรม 4 และ 20 สัปดาห์ พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ผู้วิจัยเป็นผู้สำรวจ

ด้วยตนเองภายหลังนักเรียนได้รับโปรแกรม 2 ครั้งมีค่าลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำความสะอาด Big Cleaning Day และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง โดยก่อนการให้โปรแกรมอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (HI=100, BI=850 และ CI=100) หลังการให้โปรแกรม 4 และ 20 สัปดาห์ อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง (HI=50, BI=200 และ CI=23.5) และความเสี่ยงต่ำ (HI=0, CI=0 และ BI=0) ตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยา ดอกบัว และคณะ (2561) พบว่าจากการศึกษาค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงหลังจากแกนนำครอบครัวได้รับโปรแกรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการศึกษาของ หาญณรงค์ แสงแก (2558) ที่พบอีกว่าโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษพบว่าแกนนำครัวเรือนหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าดัชนีชี้วัดความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าลดลง จะเห็นได้ว่าโปรแกรมโดยเฉพาะการสาธิตและการฝึกปฏิบัติสามารถส่งเสริมให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลาย และมีจัดการด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลง

นอกจากนี้ ในช่วงของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาล ทำให้ศูนย์บริการสาธารณสุข บ้านโทกหัวช้าง อาสาสมัครสาธารณสุขบ้านโทกหัวช้าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร เข้าพื้นที่ในการลงควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงลาย โดยได้ลงพื้นที่สุ่มตรวจลูกน้ำยุงลาย และรณรงค์ Big Cleaning Day โรงเรียนจึงมีการปรับสภาพแวดล้อมทั้งหมด โดยเฉพาะบริเวณที่ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจ อาจส่งผลต่อค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ลดลง โดยหลังจากให้โปรแกรม 20 สัปดาห์ไม่พบลูกน้ำยุงลายในภาชนะและอาคาร ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ค่า HI, CI และ BI เท่ากับ 0 ในการทำกิจกรรมรณรงค์ Big Cleaning Day ดังกล่าว ทำให้นักเรียนเกิดความตื่นตัวเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายภายหลังการปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์ในเขตบริเวณอาคารและสถานที่ที่ผู้บริหารกำหนดให้ผู้วิจัยทำการศึกษายังมีอาคารและพื้นที่นอกเหนือจากการสำรวจเป็นจำนวนมากที่ยังขาดการสำรวจ เช่น หอนอนนักเรียน ห้องน้ำประจำหอเรียน บ้านพักบุคลากร โรงอาหาร อาคารบริเวณซักผ้า เป็นต้น ดังนั้นหากมีการสำรวจครอบคลุมทั่วบริเวณโรงเรียน อาจทำให้การเฝ้าระวังและควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายให้แก่แก่นักเรียนแกนนำที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้แก่นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมยังสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ให้แก่แก่นักเรียนคนอื่นรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงลายในสถานศึกษาและครัวเรือนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อมาโดยยุงลายขยายในกลุ่มนักเรียนเป้าหมายอื่นหรือในโรงเรียนประจำอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยอาจปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทโรงเรียนและจัดช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อเป็นการให้นักเรียนเกิดความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อมาโดย

ยุ่ง่ายที่ดีต่อไป นอกจากนี้ กิจกรรมบางกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุ่ง่าย อาจนำไปประยุกต์หรือสอดแทรกเพื่อให้ความรู้แก่นักเรียนในชั้นเรียนได้

2. ผู้บริหารโรงเรียนสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุ่ง่ายในกลุ่มนักเรียนแกนนำและนักเรียนทั่วไป และสามารถนำบางกิจกรรมไปใช้ในระบบเฝ้าระวังและการควบคุมโรคดังกล่าวในโรงเรียนได้

3. ปรับกิจกรรมจากโปรแกรมการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุ่ง่าย โดยเพิ่มกระบวนการของการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรที่อยู่ในโรงเรียนเพื่อให้เกิดการรับรู้และสร้างความตระหนักในการร่วมกันแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของนโยบายสาธารณะการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุ่ง่าย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค, กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง. (2562). *แนวทางและมาตรฐานการสำรวจลูกน้ำยุ่ง่ายเพื่อการเฝ้าระวังโรคติดต่อ นำโดยยุ่ง่าย.*

https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/lavaservay_manual.pdf

กานต์พิชชา ยะนา, ปรียมล รัชกุล, และวนลดา ทองใบ. (2557). ผลของการใช้แผนปฏิบัติการที่พัฒนาจากกระบวนการเอไอซี ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของเด็กในสถานสงเคราะห์ และดัชนีความชุกของลูกน้ำยุ่ง่าย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 22(3), 408-418.

จิรายุทธิ์ อ่อนศรี. (2561). *การพัฒนาแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การปฏิบัติในศตวรรษที่ 21 ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy).*

<http://www.nwm.ac.th/nwm/wp-content/uploads/2018/07/การพัฒนาแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การปฏิบัติในศตวรรษที่-21.pdf>

เทศบาลเมืองเขลางค์นคร, กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, งานป้องกันและควบคุมโรค. (2565). *สถิติข้อมูลโรคติดต่อ นำโดยยุ่ง่าย.*

บุญชม ศรีสะอาด. (2543). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 6). สุวีริยาสาส์น.

ปะการัง ศรีมี, สุนิสา สงสัยเกตุ, ปติญา อิศรางกูร ณ อยุธยา, และรัตนดิพร โกสุรินทร์. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ส่วนผสมการตลาดเชิงสังคมต่อความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารควบคุมโรค*, 47(2), 1330-1340.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ. (2565). *ข้อมูลโรคติดต่อ นำโดยยุ่ง่าย.*

สำนักอนามัย, กองควบคุมโรคติดต่อ, กลุ่มงานควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค. (2563). คำชี้แจงการดำเนินงาน เรื่องโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563.

สุวรรณา เชียงขุนทด, ชนิดา มัททวงกูร, กุลธิดา จันทรเจริญ, เนตร หงส์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกุล, จิตติมา อุดมศรี, และสมหญิง เหง้ามูล. (2556). รายงานการวิจัยเรื่องความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนภาษีเจริญ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม.

หาญณรงค์ แสงแก. (2558). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร, 10(1), 65-81.

Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain*. David McKay.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

นุชรีย์ ทองเจิม, พย.ม.*

ธีรวัฒน์ สุกุลมานนท์, พ.บ.**

ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร, พย.ม.***

Received: July 3, 2023

Revised: November 1, 2023

Accepted: November 3, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) กระบวนการ PAR ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนพัฒนา 2) การปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกตผล 4) การสะท้อนกลับเพื่อการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา เป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพชุมชนให้สามารถคิดวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในการแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดฟื้นฟู 3) การฝึกอาชีพ และ 4) การติดตามช่วยเหลือ ผลของการนำรูปแบบไปปฏิบัติ (1) คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้สูงอายุเสพติดหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ($M = 7.4, SD = 2.0$) ต่ำกว่าก่อนได้รับ ($M = 12.1, SD = 4.1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเสพติดหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ($M = 106.0, SD = 7.72$) สูงกว่าก่อนได้รับ ($M = 96.13, SD = 11.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 100 (3) อัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 80 และ 66.66 ตามลำดับ

สรุป การบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ผ่านการบำบัดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดี ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ควรมีการขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การบำบัด ยาเสพติด ชุมชนเป็นฐาน การพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุเสพติด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: tatate265@hotmail.com

** นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่

The Development of Community Based Treatment and Care Model for Drug User

Nootcharee Thongjerm, M.N.S.*

Teerawat Sakulmanon, M.D.**

Laddawan Sitisarn, M.N.S.***

Abstract

This study is Participatory Action Research (PAR) aims to develop a model and study the effectiveness of the community-based drug user rehabilitation model. There were 60 participants in this study. In-depth interviews, focus group, and participatory planning techniques were used to collect data. The PAR process consists of 1) Problem analysis and planning to develop 2) Action 3) Observation 4) Reflection for development. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and content analysis.

The results showed that PAR used a community-based process to solve the problem. It is the use of resources from the community to develop the community's potential to be able to think, analyze, plan, implement, and follow up to solve community problems in a concrete way. The rehabilitation therapy model has four activities: 1) search and screening, 2) rehabilitation therapy, 3) training, and 4) follow-up. Results of implementing the model (1) mean score on stress level of drug user, after using the Community Based Treatment and Care Model was statistically significantly lower ($M = 7.4$, $SD = 2.0$) than before ($M = 12.1$, $SD = 4.1$) at the 0.05 level, and mean score on quality of life level of drug user, after using the Community Based Treatment and Care Model was statistically significantly higher ($M = 106.0$, $SD = 7.72$) than before ($M = 96.13$, $SD = 11.31$) at the 0.05 level (2) The rate of complete treatment according to the criteria is as high as 100%. (3) The rate of stopping continued use for 1 month and 3 months is 80 percent and 66.66 percent, respectively.

In conclusion, rehabilitation therapy using community-based, drug users showed positive behavioral changes and got more accepted by family and community. This model should be extended to other communities and adapted to suit that local context.

Keywords: Treatment, Drug, Community base, Model development, Drug user

* Professional Level Registered Nurse, Aoluk Hospital, Krabi Province; Corresponding Author E-mail: tatate265@hotmail.com

** Professional Level Medical Doctor, Aoluk Hospital, Krabi Province

*** Professional Level Registered Nurse, Aoluk Hospital, Krabi Province

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดโลก จากข้อมูลรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]) พบว่า ในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 26% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2022) และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2573 จะมีผู้ติดยาเสพติด 299 ล้านคน สำหรับประเทศไทยการแพร่ระบาดมีแนวโน้มที่มากขึ้นตามการขับเคลื่อนของอุปทาน (Supply) ของการผลิตยาเสพติดนอกประเทศ จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้นส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ และด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มนักค้ายาเสพติด ทำให้ยาเสพติดมีราคาถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้ยาเสพติดในประเทศ ผู้เสพยาใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้น จากข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาที่เข้าสู่ระบบ จะพบสัดส่วนผู้เสพยาใหม่ถึงร้อยละ 70.34 ไม่นับผู้เสพยาจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการรักษา หลบซ่อน ไม่แสดงตัว จนเกิดภาวะเสพติดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลต่ออาการทางจิตเวชจากยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคี สิ่งที่จะช่วยให้ปัญหานี้ลดความรุนแรงลงคือ การช่วยให้ผู้เสพติดสามารถลด ละ หรือเลิกยาเสพติดได้ ผู้ปฏิบัติงานจึงมุ่งมั่นพัฒนาระบบงาน เพื่อคืนคนดีสู่สังคม ในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยถือว่า “ผู้เสพติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารสาธารณสุข, สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, 2565)

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Base Treatment and Care) ซึ่งเป็นการดูแลผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้าน หรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ เป็นวิธีการบำบัดในชุมชนที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น สามารถใช้ชีวิตตามวิถีเดิม ชุมชนสามารถตรวจสอบได้ และช่วยให้ลดมลทินของผู้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ตลอดจนกระตุ้นให้ชุมชนมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในทางบวก เพื่อให้ได้รูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2562)

ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ตั้งแต่ปี 2563-2565 พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 62, 54 และ 68 ราย ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้เสพยาใหม่เพียงร้อยละ 2.89, 3.54 และ 5.41 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง ผู้ใช้แรงงาน ยาเสพติดที่ใ้ช้มาก คือ ยาบ้า ผลการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ผู้เข้ารับบำบัดฟื้นฟูมีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด ร้อยละ 71.22, 68.54 และ

66.12 ตามลำดับ หลังบำบัดฟื้นฟู ได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และพบว่าปัญหาในการติดตามและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย (โรงพยาบาลอ่าวลึก, กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช, 2565) ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลต่อการขาดงาน และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ที่พบว่าเป็นต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยใน ทั้งนี้การดูแลผู้ติดยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่า ผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูโดยผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด (วีรวัด อุครานันท์ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2562)

จากที่กล่าวมาข้างต้น พื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นชุมชนพหุวัฒนธรรมที่กำลังเผชิญกับปัญหายาเสพติด มีผู้ติดยาเสพติดอยู่เป็นจำนวนมากที่สุดในอำเภอ ปี 2563-2565 มีจำนวน 12, 16 และ 21 ราย ตามลำดับ ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตจากยาเสพติด นำส่งโรงพยาบาลมาด้วยอาการจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งเกิดจากการไปใช้สารเสพติด ได้ก่อเหตุความรุนแรง (โรงพยาบาลอ่าวลึก, กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช, 2565) และเมื่อบุคคลเหล่านี้กลับมาจากสถานพยาบาลผ่านการบำบัดยาเสพติดมาแล้ว กลับมาอยู่ที่บ้าน ในชุมชน พบเจอสิ่งแวดล้อมเดิม ก็จะกลับมาเสพซ้ำ บางรายครอบครัวไม่ยอมรับ บางรายไม่มีงานทำ ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชน จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ชุมชนตระหนัก ผู้นำชุมชนมีศักยภาพในการพัฒนาเพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง และมีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหายาเสพติด และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดในชุมชนตลอดกระบวนการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกลุ่มแกนนำชุมชน เมื่อผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

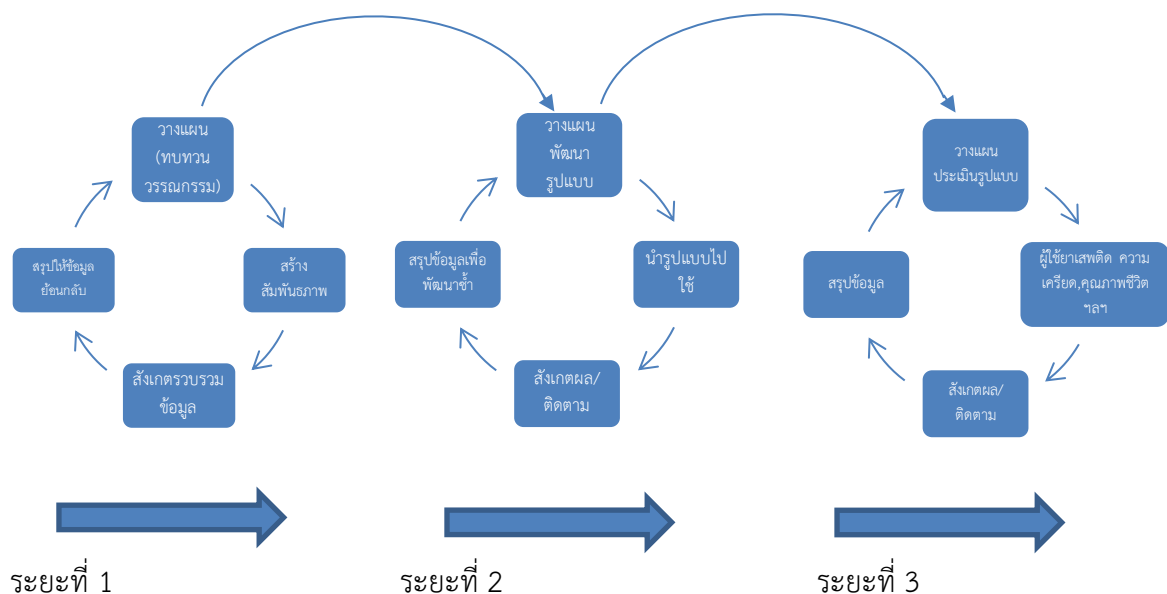
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR-Participatory Action Research) ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1988) ตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการ 3 รอบ ตามขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ภาพที่ 1

แสดงวงจรการวิจัยปฏิบัติการ (PAR)



พื้นที่ทำการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิจัยในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 60 คน ได้แก่ แกนนำชุมชน 14 คน แพทย์ประจำตำบล 1 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 7 คน ผู้นำศาสนาอิสลาม 3 คน พัฒนาชุมชน 1 คน ตำรวจในพื้นที่ 1 คน บุคลากรสาธารณสุข 3 คน ผู้ใช้ยาเสพติด 15 คน และญาติผู้ติดยาเสพติด 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว และแกนนำชุมชน ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถเข้าร่วมกระบวนการและให้ข้อมูลโดยการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ และกรณีไม่สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองสามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย

1. มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ขั้นตอนการวิจัย

การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนา (Planning)

1.1 ศึกษาสภาพปัญหา ก่อนการพัฒนา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ผู้เข้าร่วมดำเนินการประกอบด้วย แกนนำชุมชน 14 คน แพทย์ประจำตำบล 1 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 7 คน ผู้นำศาสนาอิสลาม 3 คน พัฒนาชุมชน 1 คน ตำรวจในพื้นที่ 1 คน และบุคลากรสาธารณสุข 3 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

1.2 การวางแผนและพัฒนา ดำเนินการจัดประชุมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์เอาเทคนิคกระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) มาใช้จัดลำดับขั้นในการประชุมและปฏิบัติในการพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของชุมชน จนกระทั่งบรรลุเป้าหมายของการประชุมที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ จำนวน 2 ครั้ง จนได้ข้อสรุปการสร้างแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ภายใต้โครงการมา 1 โครงการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Action) ระยะนี้แกนนำชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมกับคณะวิจัย นำแนวทางการพัฒนาที่วางแผนไว้ ไปสู่การดำเนินโครงการ และกิจกรรมที่วางแผนไว้

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) เป็นขั้นตอนสังเกตและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานของการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ติดตามและรายงานผลให้ทีมดำเนินงานทราบ และประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม โดยติดตามผลตามแผนปฏิบัติการ ผลหลังการบำบัดฟื้นฟูรักษาสิ้นสุด การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และประเมินผลจากความร่วมมือของผู้สูงอายุเสพติดและครอบครัวผู้สูงอายุเสพติด

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับเพื่อการพัฒนา (Reflection) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ดังนี้ การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป พัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ให้สอดคล้องกับนโยบายท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากคนในชุมชน

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ และเครื่องมือเชิงปริมาณ

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC)

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.: V.2) แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีรายละเอียด ดังนี้

2.1. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดกระทรงทางสาธารณสุข (บคก.กสร.: V.2) เป็นแบบคัดกรองที่ใช้คำถาม 6 ข้อถาม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ผลกระทบ และความห่วงใยของคนใกล้ชิดที่มีต่อการใช้สารเสพติดว่ามีอย่างน้อยเพียงใด โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือกคือ ไม่เคย หรือเคยใช้เพียง 1-2 ครั้ง หรือเดือนละ 1-3 ครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง หรือเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน) โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความผิดปกติของการใช้สารเสพติดเป็น 3 ระดับคือคือ ระดับต่ำ (Mild) ระดับปานกลาง (Moderate) และระดับสูง (Severe) (กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, 2565)

2.2. แบบประเมินความเครียด ในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541) ซึ่งเป็นประเมินมาตรฐาน โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ และในแต่ละข้อ แบ่งระดับ ความเครียดออกเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย ไม่รู้สึกเครียด (ระดับความเครียด 1) รู้สึกเครียดเล็กน้อย (ระดับความเครียด 2) รู้สึกเครียดปานกลาง (ระดับความเครียด 3) รู้สึกเครียดมาก (ระดับความเครียด 4) รู้สึกเครียดมากที่สุด (ระดับความเครียด 5) เมื่อคิดคะแนนรวมจะสามารถแบ่งเป็นความเครียด ระดับน้อย (0 - 23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 41 คะแนน) ระดับสูง (42 - 61 คะแนน) ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและมีการวิจัยที่คล้ายคลึงกันก่อนนำไปใช้ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2558)

2.3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ใช้ยาเสพติดมากที่สุด ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 9 และ 11 คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะโดยปรับเนื้อหาบางส่วนให้ครอบคลุมนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนะนำให้ปรับสำนวนภาษาให้สอดคล้อง เหมาะสม และเข้าใจง่าย ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ค่า CVI = .90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $<.05$ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกระบี่ (เอกสารรับรอง KBO-IRB-2023/09.2505) ได้รับการรับรองวันที่ 25 พฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย ระยะเวลา วิธีการเก็บข้อมูล การรักษา ความลับ ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการ บำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอตามขั้นตอนการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้ารับการบำบัด จำนวน 15 คน พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 26.25 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพประมง คิดเป็นร้อยละ 66.66 ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมาเป็น ยาบ้า ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 คะแนนการคัดกรองอยู่ในช่วง 12-26 คะแนน อนุมาน ว่าเป็นผู้เสพ

1. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดเป็นฐาน พบว่า เครือข่ายในชุมชน มีการสนับสนุนและ ส่งเสริมศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน อย่างสร้างสรรค์ มีขั้นตอนในการดำเนินการตามลำดับ คือ การเตรียมชุมชน การวิเคราะห์สภาพปัญหา การสร้างแนวทางการพัฒนา และวางแผนการสร้างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน การวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ผู้เสียหายเสพติดส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตจากยาเสพติด ได้ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน และเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชน กลับมาเสพยาซ้ำ ชุมชนไม่ยอมรับ ไม่มีรายได้ ดังตัวอย่างข้อความ ดังนี้

“พื้นที่ของเรา ส่วนใหญ่เป็นพวกใช้ยาเสพติด แล้วมีอาการคลุ้มคลั่ง เดินตามถนน ทำร้ายคนใน ครอบครัว ส่งไปบำบัดกลับมาแล้ว กลับมาใช้ยาซ้ำ บางคนครอบครัวไม่ยอมรับ กลัวถูกทำร้าย บางคนไม่มี งานทำ” (P1)

“เราจะมีแสงหาหรือคัดเลือกรวมคนที่เข้ามา เป็นคนประเภทไหน ในชุมชนนี้ เราอยากจะดู คนที่ผ่านการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว ช่วยดูแลฟื้นฟูให้มีการมีงาน อยู่กับเราให้กินยา” (P2)

ส่วนการวางแผนพัฒนา มุ่งเน้นการนำศักยภาพและการสร้างสัมพันธ์ภาพของชุมชน องค์กรต่าง ๆ ใน พื้นที่เป็นผู้ร่วมดำเนินการ และมีการดำเนินการตามแผนที่ได้กำหนดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังตัวอย่าง ข้อความดังนี้

“เราจะใช้เวลา 1 เดือนในการบำบัด ให้มาอยู่ที่มัสยิด เรียนรู้หลักศาสนา ทำละหมาดและออก
ตะวัหฺ” ผู้นำศาสนาอิสลาม” (P3)

“ให้ฝึกอาซีฟ แล้วให้กินยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับตัวก่อนเข้าสู่ชุมชน และชุมชนเองก็ได้
ปรับตัว เฝ้าระวัง ให้ชุมชนปลอดภัย” (P4)

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นาเสฟติดโดยชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1) การค้นหาและคัดกรองผู้ใช้นาเสฟติดในชุมชน การค้นหา ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยฝ่าย
ปกครอง และตำรวจในพื้นที่ ดำเนินการค้นหาในชุมชน เมื่อพบผู้เสฟ/ผู้ติดยาเสฟติด ใช้การเชิญชวนไปตะวัหฺ
และทำการคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้แบบคัดกรอง (บคก.กสร.: V.2) ค้นหาคัดกรอง
ผู้ใช้นาเสฟติดได้ทั้งหมด จำนวน 18 คน เข้าสู่กระบวนการบำบัด แบบสมัครใจ จำนวน 15 คน

2) การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นาเสฟติดโดยชุมชนเป็นฐาน ณ มัสยิด ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภออ่าวลึก
จังหวัดกระบี่ มีทีมชุดปฏิบัติการประกอบด้วย สาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา
กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู ร่วมกันพัฒนาและร่วมกันคิด ได้แนวคิด “ศาสนานำ สาธารณสุขตาม”
การบำบัดทางจิตเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการเข้ามาบำบัดฟื้นฟู จะเน้นในเรื่องการออกตะวัหฺ การละหมาด
และเรียนรู้หลักศาสนาอิสลาม ด้านสาธารณสุข ใช้หลักการบำบัดรักษาฟื้นฟู Matrix Program การสนทนา
แบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
(Cognitive Behavioral Therapy)

3) การฝึกอบรม ส่งเสริมการฝึกอาซีฟ เป็นการช่วยเหลือให้ได้มีการประกอบอาซีฟ มีงานทำ
โดยร่วมกับกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ประกอบด้วย วิสาหกิจชุมชนกลุ่มเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำในกระชัง และกลุ่มวิสาหกิจ
ชุมชน กลุ่มคัดแยกขยะ โรงขยะเพื่อสังคม ระยะเวลาการบำบัดรักษา ใช้เวลา 1 เดือน โดยรวมกิจกรรมที่ 3
และ 4 เข้าด้วยกัน

4) การติดตามช่วยเหลือ หลังการบำบัด โดยแกนนำชุมชน และอสม. ร่วมติดตามดูแลช่วยเหลือ
ด้านสุขภาพและสังคม ด้วยการเยี่ยมบ้านตรวจปัสสาวะหลังการบำบัดทุก 1 เดือน และ 3 เดือน เสริมรายได้
จากวิสาหกิจชุมชนของหมู่บ้าน และได้งบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม
ยาเสฟติดมอบทุนในการประกอบอาซีฟ

2. การสะท้อนกลับเพื่อพัฒนา (Reflection) กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นาเสฟติดโดยชุมชน
เป็นฐาน ใช้การสะท้อนคิดจากผู้มีส่วนร่วมวิจัย ที่เป็นกลุ่มที่ดำเนินการวางแผนและพัฒนาารูปแบบการบำบัด
ฟื้นฟูผู้ใช้นาเสฟติดโดยชุมชนเป็นฐาน และนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการพัฒนารูปแบบ ดังตัวอย่างข้อความ
ต่อไปนี้

“ผมขอขอบคุณทีมงานภาคส่วนต่าง ๆ ที่มาช่วยกันขับเคลื่อนปัญหายาเสฟติด รู้สึกว่าไม่
เดียวดาย มีแรงผลักดัน จูงใจ ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ นี่คือนวัตกรรมที่ช่วยกันคิด ช่วยกันทำเพื่อชุมชนเราจริง ๆ”
(P5)

“โครงการนี้ช่วยคนในพื้นที่ได้มาก ยกตัวอย่างเมื่อก่อนบางคนเคยทำร้ายมีะ ตอนนี้ พอเค้ามายู่
จุดนี้แล้ว ไปถามมีะ ดีขึ้นมากอยากให้ทำต่อ” (P6)

3. ผลการนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานไปปฏิบัติ

ประเมินผลลัพธ์จากการบำบัดฟื้นฟูผู้ช้ยาเสพติด ความเครียด คุณภาพชีวิต อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์และอัตราการหยุดเสฟต่อเนื่อง

ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ช้ยาเสพติด ก่อนเข้ารับการบำบัด และหลังได้รับการบำบัดติดตามครบ 3 เดือน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ช้ยาเสพติดหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ($M = 7.4, SD = 2.0$) ต่ำกว่าก่อนได้รับ ($M = 12.1, SD = 4.1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ช้ยาเสพติดหลังใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ($M = 106.0, SD = 7.72$) สูงกว่าก่อนได้รับ ($M = 96.13, SD = 11.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ช้ยาเสพติด ก่อนเข้ารับการบำบัดและหลังได้รับการบำบัดติดตามครบ 3 เดือน ($n=15$)

ตัวแปร	ก่อนการบำบัด		หลังบำบัดติดตาม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความเครียด	12.1	4.1	7.4	2.0	-20.30	0.00*
คุณภาพชีวิต	96.13	11.31	106.0	7.72	-14.73	0.00*

ผลการบำบัดของผู้ช้ยาเสพติดส่วนใหญ่บำบัดครบตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 100 และผลการติดตามหลังการบำบัดครบ 1 เดือนของผู้ช้ยาเสพติด ส่วนใหญ่สามารถหยุดเสฟได้ คิดเป็นร้อยละ 80 ผลการติดตามหลังบำบัดครบ 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 66.66 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ช้ยาเสพติด หลังได้รับการบำบัดและติดตามครบ 1 เดือน และ 3 เดือน จำแนกบำบัดตามเกณฑ์และหยุดเสฟได้ ($n = 15$)

ติดตามหลังการบำบัด	ติดตามครบ 1 เดือน		ติดตามครบ 3 เดือน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บำบัดครบตามเกณฑ์	15	100	15	100
หยุดเสฟต่อเนื่อง	12	80	10	66.66

อภิปรายผล

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน อภิปรายได้ดังนี้

1. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ที่มีสภาดำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาและคัดกรอง 2) การบำบัดฟื้นฟู 3) การฝึกอาชีพ และ 4) การติดตามช่วยเหลือ เป็นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ใช้แนวคิด “ศาสนานำ สาธารณสุขตาม” เน้นในเรื่องการออกตะวัห การละหมาดและเรียนรู้หลักศาสนาอิสลาม ด้านสาธารณสุข ใช้หลักการบำบัดรักษาฟื้นฟู Matrix Program การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) และสลับกับการฝึกอาชีพเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชน คิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนให้เริ่มต้นจากการร่วมกัน คิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพร ผลงาม (2564) และสุณี อวรณ์ และวิทยา โครตทาน (2563) ที่พบว่า รูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัด ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกขั้นตอนเปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการ โดยเริ่มต้นจากการร่วมคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ โดยแบ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นช่วงก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด และหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานนี้ ยังมุ่งเน้นการบูรณาการหลักศาสนาอิสลามเข้าสู่ทุกกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เริ่มจากการค้นหาในชุมชนผู้ที่เข้าข่ายติดยาเสพติดมารวมตัวกัน เชิญชวนไปออกตะวัห เพื่อสร้างแรงจูงใจและขัดเกลามิติจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า มัสยิดและองค์กรทางศาสนา มีบทบาทสำคัญในการดูแลมิติจิตวิญญาณ และการขัดเกลাজิตใจของ ผู้ติดยาเสพติด ระหว่างการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (รอฮานี เจอะอาแซ และคณะ, 2561)

2. ผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานไปปฏิบัติ พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดมีความเครียดลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อัตราการบำบัดครบตามเกณฑ์ และอัตราการหยุดเสพต่อเนื่องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี อวรณ์และวิทยา โครตทาน (2563) นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2558) และอาภาศิริ สุวรรณานนท์ (2558) พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการบำบัด ส่วนหนึ่งคือกิจกรรมบำบัด ควรมีความน่าสนใจ และเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความร่วมมือของชุมชน ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานในมัสยิด ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ช่วยให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ ร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสามารถหยุดเสพยาได้ 1 เดือน และร้อยละ 66.66 สามารถหยุดเสพได้ต่อเนื่อง 3 เดือน แต่ยังมีบางรายที่กลับไปเสพซ้ำหลังผ่านการบำบัด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคจิตเภทเดิมและเป็นเด็กปัญญาอ่อน แล้วมาติดยาเสพติดจากการชักจูง บางรายกลับไปทำงานที่เดิม กลับไปเสพซ้ำ เนื่องจาก

ขาดทักษะการปฏิเสธ และการจัดการตัวกระตุ้น ผู้บำบัดจะมีบทบาทเป็นผู้จัดการดูแลผู้ไข้ยาเสพติด (Case Manager) ในการจัดการดูแลผู้ไข้ยาเสพติดเฉพาะรายตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาให้กับแกนนำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการติดตามหลังการบำบัด เพื่อเฝ้าระวังการกลับมาเสพซ้ำ และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ไข้ยาเสพติด ยังเป็นผลของการดำเนินงานตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ไข้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคีเครือข่าย และชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ไข้ยาเสพติดและการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ญฐพร ผลงาม (2564) สุณี อวรรณและวิทยา โครตท่าน (2563) เอกรัตน์ หามนตรี (2561) สุริรัตน์ ปราณี (2560) และชโลธร อัญชลีสหกร (2558) ที่พบว่าการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จมากขึ้น ดังนั้น รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ไข้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน จึงสามารถช่วยให้ผู้ไข้ยาเสพติดปรับเปลี่ยนลด ละเลิกยาเสพติด ลดความเครียดและนำสู่การคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป การบำบัดฟื้นฟูผู้ไข้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน มีกระบวนการดำเนินงานที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ไข้ยาเสพติดอย่างคุ้มค่า คุ้มค่า ครอบคลุม เข้าถึงง่าย เน้นการใช้หลักศาสนาอิสลามในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และเกิดการสร้างงาน สร้างอาชีพ มีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถ กลับไปทำประโยชน์ให้เกิดแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้อย่างสมภาคภูมิต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการขยายการดำเนินการตามแนวคิด Community based approach ในพื้นที่อื่นที่มีปัญหาด้านยาเสพติดที่รุนแรง โดยคำนึงถึงความพร้อม ศักยภาพของชุมชน และบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ไข้ยาเสพติด ไม่กลับไปเสพซ้ำหลังผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ไข้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์. (2565). แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด.

<https://www.chiangmaihealth.go.th/document/221101166727744069.pdf>

กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารการสาธารณสุข, สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. (2565). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31037>

ชโลธร อัญชลีสหกร. (2558). กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษา สารกัมมเดช อำเภอสารภ จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณัฐพร ผลงาม. (2564). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(2), 49-71.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสติดยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รอฮานี เจอะอาแซ, ฮัสณัฐ โต๊ะพา, คอลีเยาะ เจอะแว, ปารี่ตะ บิลล่าเต๊ะ, สุไฮดาร์ แวเตะ, เจ๊ะยารี่ เยาะ เจอะไซ๊ะ, และณมาพร หนูเพชร. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(1), 67-76.
- โรงพยาบาลอ่าวลึก, กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช. (2565). *สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด*.
- วีรวัต อุครานันท์ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ (บ.ก.). (2562). *แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลอภัยภูธรจังหวัดฉะเชิงเทรา.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). *รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำปี 2564*. สำนักยุทธศาสตร์, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). *แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปี 2561*. สำนักยุทธศาสตร์, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สุณี อวารณ์, และวิทยา ไครตท่าน. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในสถานประกอบการอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(2), 72-85.
- สุรรัตน์ ปรานิ. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดกรณีศึกษาศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี*. ใน 3rd National and International Conference on Administration and Management; 26-27 มกราคม 2560 (หน้า 72-79). มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, รวีวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2541). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง*, 13(3), 1-20.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์. (2558). การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. *วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 11(2), 213-222.
- เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. *วารสารมหาจุฬานาครทรรค์*, 5(2), 434-451.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The action research planer (3rd ed.)*. Deakin University.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022*.
https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf

**การพัฒนารูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเอง
ของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน ตำบลพิมาน อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล**

ธัญพร สมันตรัฐ, พย.ม.*

Received: September 16, 2023

Revised: November 21, 2023

Accepted: November 22, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว โดยสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 ออกแบบรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน และทดสอบคุณภาพของรูปแบบฯ โดยการทดลองกับกลุ่มขนาดเล็ก จำนวน 10 คน และนำผลการทดลองมาปรับปรุงรูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และ 3) แบบสอบถามความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า 1.00, 1.00, 0.67 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 และ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวใช้คู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน 5 ด้าน 2) กรณีพบปัญหาขอรับคำปรึกษาจากหมอครอบครัวประจำชุมชน ผลการใช้รูปแบบพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สามารถนำไปวางแผนส่งเสริมพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากรในการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยจัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์สำหรับครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ ความสามารถ ครอบครัว การดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล; ผู้ให้การติดต่อ: E-mail: Poplady555@gmail.com

The Development of Family Management Model for Promoting Self-care of Pregnant Women at Home - Phiman Subdistrict, Mueang Satun District, Satun

Thanyaporn Samantararat, M.N.S., APN*

Abstract

This research is research and development. The objective is to develop a model and study the results of the family management model in promoting self-care of pregnant women at home. The study is divided into 4 phases as follows: Phase 1 problem conditions survey and analyzing background information and needs by using semi-structured interviews and content analysis, Phase 2 designing a family management model to promote self-care of pregnant women at home, and testing the quality of the model with 10 small groups for improving the model, Phase 3 testing the model for 5 weeks, and Phase 4 evaluation of the model by using a quasi-experimental (one group pretest - post-test design). In phase 3-4, the sample consisted of 30 pregnant women and 30 families. The research instruments consisted of 1) a semi-structured interview form, 2) self-care behavior questionnaire of pregnant women, and 3) the family's ability questionnaire to promote self-care of pregnant women. The content validity is 1.00, 1.00, and 0.67 respectively. The reliability was tested by using Cronbach's alpha coefficient of 0.87 and 0.88. The data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and content analysis.

The results was found that the family management model for promoting self-care of pregnant women at home consisted of 2 characteristics such as 1) taking care of family participation, using a manual for families to care for pregnant women at home in 5 aspects, 2) in case they encountered a problem to request a consultation from a family doctor in the community. The results of using the model found that after the experiment, the sample group had self-care behavior of pregnant women and the family's ability to promote self-care of pregnant women was significantly higher than before the experiment ($p<.05$).

In conclusion, the family management model promotes the self-care of pregnant women and can promote knowledge and the ability of healthcare providers to advise families in caring for pregnant women by creating a complete guide for families to continue caring for pregnant women at home.

Keywords: Model, Ability, Family, Self-care, Pregnant women

* Registered nurse, professional specialist, Satun Hospital, Satun Province; Corresponding Author E-mail: Poplady555@gmail.com.

บทนำ

สถานการณ์การป่วยและตายของมารดาและเด็ก เป็นตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพประชากรที่สำคัญสามารถบอกถึงความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ นโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจึงต้องมุ่งเน้นไปที่จะลดอัตราการตายในกลุ่มแม่และเด็กเป็นกลุ่มแรก ที่จะต้องพยายามลดสาเหตุการตายจากปัจจัยต่าง ๆ ให้เหลือน้อยที่สุด แม้ว่าที่ผ่านมาหน่วยบริการสุขภาพจะพยายามปรับปรุงมาตรฐานต่างๆในการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ แต่ก็ยังมีรายงานอัตราการตายของมารดาและทารก ออกมาเป็นระยะ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559; น้ำผึ้ง กลิ่นด่าง, 2554) อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่ควรเกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แต่ในภาพรวมของประเทศ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2563-2565) พบ 20.29, 34.68, 25.86 ตามลำดับ ในภาพรวมของจังหวัดสตูล ย้อนหลัง 3 ปี (2563-2565) พบ 84.87, 62.48, 99.50 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ ไม่ควรเกิน 3.7 แต่ในภาพรวมของประเทศ ย้อนหลัง 3 ปี (2563-2565) พบ 3.88, 4.27, 4.33 ตามลำดับ และในภาพรวมของจังหวัดสตูล ย้อนหลัง 3 ปี (2563-2565) พบ 2.53, 2.21, 2.21 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2565)

ในปี 2565 ตำบลพิมาน อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล มีรายงานการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1 ราย ที่มีการย้ายถิ่นไปมาระหว่างตำบลคลองขุด และตำบลพิมาน ซึ่งเป็นผลจากการไม่ฝากครรภ์ และติดเชื้อโควิด-19 สาเหตุอีกส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่พร้อมในครอบครัว (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล, 2565) จะเห็นว่าการดูแลในระยะตั้งครรภ์มีความสำคัญ หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ต้องปรับบทบาทของตนเองในการเป็นมารดาบิดา ปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดจน การทำงานต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์ สามิ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด การปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์จะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพอารมณ์ ประสบการณ์ กลไกการแก้ปัญหา การอบรมเลี้ยงดู ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี การวางแผนการตั้งครรภ์ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และคณะ, 2556) การได้รับการส่งเสริมและการได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์ของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ซึ่งต้องมีความรักและเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทุกช่วงตลอดการตั้งครรภ์ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคมของหญิงตั้งครรภ์ด้วย เพื่อที่จะสามารถประเมินปัญหา และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดีทั้งกาย และจิตใจ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และคณะ, 2556; Friedman, 1998)

วิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตที่บ้านและใช้เวลากับสถาบันครอบครัวในแต่ละวัน มากกว่าเวลาในการเข้ารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุข สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ช่วยเหลือรับผิดชอบดูแลกันและกัน โดยการให้ความรัก ความห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกัน สร้างความเข้มแข็งอบอุ่น มีการปรับตัวที่ดี ดูแลใส่ใจในสุขภาพของบุคคลในครอบครัว คอยเป็นกำลังใจสนับสนุนส่งเสริมการดูแลสุขภาพของสมาชิก รวมทั้งสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกปฏิบัติดูแลตนเองที่เหมาะสม ในขณะเดียวกันหากมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพ ครอบครัวต้องแสวงหาวิธีในการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือสมาชิก ซึ่งถือเป็นความสามารถของครอบครัวในการจัดการ ทำให้เกิดความครอบคลุมการพึ่งพาในครอบครัว (เบญจมาศ บุญเรืองขาว, 2550; Epstem et al., 1984 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2554; Orem, 2001)

หญิงตั้งครรภ์เกือบทุกรายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่ได้รับผลกระทบเล็กน้อย เช่น อาการไม่สบายจากการตั้งครรภ์ จนถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษ การคลอดยาก การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจาง และภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น (ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ, 2560) การที่จะป้องกันเหตุเหล่านั้น ควรต้องส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน (ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ควรต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการ (อ้อมใจ พลกายา, 2559) และที่โรงพยาบาลสตูลยังไม่มีแผนการพัฒนาแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน จึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบดังกล่าว โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โอเร็มกล่าวไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีชีวิต สุขภาพดี ทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย สำหรับการตั้งครรภ์ การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเป็นผลจากระบวนการพัฒนาการของชีวิตในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ต้องปรับให้เหมาะสม สอดคล้องกับระยะพัฒนาการในภาวะตั้งครรภ์อาจต้องพึ่งพาความสามารถจากบุคคลอื่นในครอบครัว เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและวางแผนในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน โอเร็มเรียกว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care Agency) โดยครอบครัวจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลในการกระทำอย่างจงใจ ซึ่งโครงสร้างความสามารถในการดูแลแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power component) และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติ (capabilities for self-care operation) ซึ่งมี 3 ระดับ ด้วยกัน คือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional operation) 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) ซึ่งความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ และ 3) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ

การตั้งครรภ์ไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะสุขภาพและตามระยะพัฒนาการจึงมีความสำคัญ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ของชีวิตและพัฒนาเข้าสู่สภาวะของการเป็นมารดา และเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการที่อาจเกิดในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (อัสนาฐ์ โต๊ะพา และคณะ, 2561) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เนื่องจากเห็นว่าความสามารถในระดับดังกล่าวเป็นความสามารถที่เฉพาะเจาะจง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้มีการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น 5 ด้าน ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านกิจกรรมประจำวัน 4) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (กวิษฐา ปรีสงค์, 2558; ปาลิดา จันทะคาด, 2555; พิกุล อุทธิยา, 2557; ภาสินี สุขสถาพรเลิศ, 2555) โดยผลลัพธ์จากการ

พัฒนารูปแบบจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์และความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น นำไปสู่การลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการเสียชีวิตของมารดาและทารกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ศึกษาเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลสตูล ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน ศูนย์สุขภาพชุมชนศรีพิมาน คลินิกฝากครรภ์นอกโรงพยาบาล และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลพิมาน อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ 2566 โดยมีช่วงเวลาดำเนินกิจกรรม ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 30 กันยายน 2566

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบของคีฟส์ (Keeves, 1997) มีขั้นตอนการพัฒนา 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และความต้องการ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ในหน่วยบริการสาธารณสุข อย่างละจำนวน 45 คน รวม 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ อย่างละ 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุครรภ์ไม่เกิน 30 สัปดาห์ 2) เข้ารับการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข 3) ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และ 5) อ่านออก เขียนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ตำบลพิมาน 3) มีปัญหาทางสุขภาพกายหรือจิตที่อยู่ระหว่างรับการรักษา

ครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นตัวแทนครอบครัว โดยเป็นสามีหรือบุคคลที่จะช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ 2) อายุไม่เกิน 60 ปี 3) อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน และ 4) อ่านออก เขียนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ตำบลพิมาน 2) มีปัญหาทางสุขภาพกายหรือจิตที่อยู่ระหว่างรับการรักษา

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว รายได้ของตนเอง การเรียนหนังสือในปัจจุบัน สถานภาพการสมรส บุคคลที่หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ผู้ดูแลช่วยเหลือในปัจจุบัน ความตั้งใจในการมีบุตร

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เกี่ยวกับความคาดหวังในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน โดยสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ และสัมภาษณ์ครอบครัวจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อคำถาม ประเด็นการสัมภาษณ์ หญิงตั้งครรภ์ 1) ท่านคิดว่าความรู้ในการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์มีความจำเป็นมากน้อยเพียงใด และมีเรื่องใดบ้างที่จำเป็นต้องรู้ 2) ท่านมีแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองในขณะตั้งครรภ์อย่างไร 3) บุคคลในครอบครัวของท่านให้การดูแลช่วยเหลือท่านในขณะตั้งครรภ์อย่างไรบ้าง 4) ท่านคาดหวังอยากให้คนในครอบครัวดูแลท่านขณะตั้งครรภ์อย่างไรบ้าง และ 5) ท่านคาดหวังอยากให้บุคลากรสาธารณสุขช่วยเหลือท่านในการดูแลท่านที่บ้านอย่างไรบ้าง ประเด็นการสัมภาษณ์ครอบครัว 1) ท่านคิดว่าท่านมีความรู้ในการปฏิบัติตนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีมากน้อยเพียงใดและมีเรื่องใดบ้างที่ท่านจำเป็นต้องรู้ 2) ท่านมีแนวทางส่งเสริมการดูแลสุขภาพหญิงในขณะตั้งครรภ์ที่บ้านของท่านอย่างไร 3) บุคคลในครอบครัวของท่านให้การดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องใดบ้างอย่างไรบ้าง 4) ท่านคาดหวังอยากให้คนในครอบครัวช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านอย่างไรบ้าง และ 5) ท่านคาดหวังอยากให้บุคลากรสาธารณสุขช่วยเหลือท่านในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านอย่างไรบ้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ 1) สูตินรีแพทย์ 2) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน และ 3) พยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้มอบหมายให้พยาบาลผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ที่ปฏิบัติงานประจำคลินิก ANC ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขต ตำบลพิมาน ซึ่งมีประสบการณ์การใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ในคลินิกฝากครรภ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตตำบลพิมาน หลังเก็บข้อมูลผู้วิจัยสรุป และตรวจสอบความถูกต้อง โดยการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปประเด็นได้ ดังนี้

2.1 หญิงตั้งครรภ์ จากการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์เรื่องความรู้ในการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ เช่น “เรารู้ว่าอะไรที่คนท้องควรกิน เค้าให้กินเนื้อเยาะ ไม่ให้กินซากาแฟ ปกติเราชอบกินชาเย็นมาก ๆ ต้องยอมอด” (p1) “บ้านเราอยู่กับผัว 2 คน ผัวรับจ้าง เราขายของในตลาดหาเบี้ย กลัวว่าพอเกิดลูกต้องใช้เบี้ย

แยะ” (p2) “ชอบแลที่หมจะมาเยี่ยมที่บ้านเวลามีปัญหาไรได้ถามเลย” (p3) ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์เข้าใจถึงความจำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น อาหาร การทำจิตใจให้ผ่องใส ระวังอุบัติเหตุที่ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น บางคนหาความรู้ด้วยตัวเองผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต และความรู้จากคลินิกการฝากครรภ์ บุคคลในครอบครัว ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น ช่วยทำงานบ้าน หารายได้ให้ครอบครัว คาดหวังอยากให้คนในครอบครัวเข้าใจตนเอง เอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์ คาดหวังอยากให้บุคลากร สาธารณสุข ช่วยเหลือในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ ระหว่างตั้งครรภ์ มาสอบถามอาการที่บ้าน อยากให้มีการเยี่ยมที่บ้าน ทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด

2.2 ครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ จากการสัมภาษณ์ “เราพาเมียไปฝากท้องที่อนามัยทุกครั้งที่หมนัด แต่ไปส่งอย่างเดียวนะ ตอนกลับให้กลับรถรับจ้าง เพราะเราต้องทำงาน” (p1) “คนท้องเค้าไม่ให้กิน กาแฟ ชา ให้ออกกำลังกายบ่อย ๆ เราดูจากหนังสือเล่มสีชมพูที่พี่สาวได้ตอนไปฝากท้องค่ะ” (p2) “อยากให้ทุกคนในบ้านช่วยกันดูแลคนท้อง ไม่ใช่อะไร ๆ ก็ให้สามีช่วยอยู่คนเดียว” (p3) ซึ่งส่วนใหญ่ครอบครัวพอทราบเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ควรดื่มชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การพักผ่อน การทำจิตใจให้ไม่เครียด ช่วยทำงานบ้านแทนหญิงตั้งครรภ์ รับฟังปัญหาต่าง ๆ จากหญิงตั้งครรภ์ บางครอบครัวมีผู้ดูแลคนเดียว อาจช่วยได้ไม่มาก เนื่องจากต้องทำงาน นอกบ้านเพื่อหารายได้ด้วย คาดหวังอยากให้บุคลากรสาธารณสุข มาเยี่ยมที่บ้านทั้งระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด อยากให้รัฐบาลช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายขณะคลอดในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ออกแบบรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล จำนวน 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ คัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือได้รับมอบหมายให้ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแล หญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสตูลและ/หรือในชุมชน จำนวน 8 คน ประกอบด้วย 1) สูตินรีแพทย์ จำนวน 1 คน 2) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน 3) หมอครอบครัว จำนวน 1 คน 4) เภสัชกร จำนวน 1 คน 5) พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ (ANC) จำนวน 1 คน 6) พยาบาลสุขภาพจิต จำนวน 1 คน 7) นักการแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และ 8) นักโภชนาการ จำนวน 1 คน

การพัฒนาารูปแบบ ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์และสรุปประเด็น จากแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในระยะที่ 1 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน โดยพัฒนาร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน โดยร่างรูปแบบขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมด้วยและใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เรื่องความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ขั้นตอน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม 1) การวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ และ 3) การติดตามประเมินผลการส่งเสริมดูแลตนเองที่จำเป็นครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของ

หญิงตั้งครรภ์ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านกิจกรรมประจำวัน 4) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2. นำรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และนำรายละเอียดมาปรับปรุงเนื้อหาสาระอีกครั้ง

3. นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน ซึ่งพบว่าภาษาในคู่มือบางประโยคเข้าใจยาก จึงมาปรับแก้ไขร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ได้แก่ สุนัขนามยส่วนบุคคล เปลี่ยนเป็นความสะดวกของร่างกาย เนื้อหามีรายละเอียดและกลุ่มตัวอย่างจำได้ไม่หมด จึงปรับให้สั้นกระชับ เข้าใจง่าย เป็นต้น

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ในหน่วยบริการสาธารณสุข อย่างละจำนวน 45 คน รวม 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ อย่างละ 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุครรภ์ไม่เกิน 30 สัปดาห์ 2) เข้ารับการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข 3) ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และ 5) อ่านออก เขียนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ตำบลพิมาน 3) มีปัญหาทางสุขภาพกายหรือจิตที่อยู่ระหว่างรับการรักษา

ครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นตัวแทนครอบครัวโดยเป็นสามีหรือบุคคลที่จะช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ 2) อายุไม่เกิน 60 ปี 3) อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน และ 4) อ่านออก เขียนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ตำบลพิมาน 2) มีปัญหาทางสุขภาพกายหรือจิตที่อยู่ระหว่างรับการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านฉบับร่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ประกอบด้วย รายละเอียดของกิจกรรม และรูปแบบเชิงแผนผัง

ส่วนที่ 1 กิจกรรม 6 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการเตรียมความพร้อมของครอบครัว 2) กิจกรรมส่งเสริมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 3) กิจกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการ 4) กิจกรรมส่งเสริมด้านกิจกรรมประจำวัน 5) กิจกรรมส่งเสริมด้านการจัดการกับความเครียด และ 6) กิจกรรมส่งเสริมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ส่วนที่ 2 รูปแบบเชิงแผนผัง (Schematic Model) ปรับรวมทั้ง 6 กิจกรรม ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และนำรายละเอียดมาปรับปรุงเนื้อหาสาระอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ มีขั้นตอนดังนี้

โดยเริ่มจากสัปดาห์ที่ 1 ชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน อธิบายวิธีการใช้คู่มือและรูปแบบ แจกคู่มือและรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ฉบับร่าง ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 5 ด้าน และกรณีมีปัญหาไม่สามารถแก้ไข ให้ประสานผู้วิจัยทราบ ซึ่งครอบครัวให้ความร่วมมือดี สัปดาห์ที่ 2, 4 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครอบครัว มีการทบทวนความรู้การจัดการของครอบครัวทั้ง 5 ด้าน สอบถามปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ผู้วิจัยกล่าวชมเชย และให้กำลังใจ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่บ้านที่ละ 1 ครอบครัว เพื่อติดตามผลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ระยะที่ 4 การประเมินผล

ประเมินผลรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ารับการฝากครรภ์ ในหน่วยบริการสาธารณสุข อย่างละจำนวน 45 คน รวม 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ อย่างละ 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ อย่างละ 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุครรภ์ไม่เกิน 30 สัปดาห์ 2) เข้ารับการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข 3) ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และ 5) อ่านออก เขียนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ตำบลพิมาน 3) มีปัญหาทางสุขภาพกายหรือจิตที่อยู่ระหว่างรับการรักษา

ครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นตัวแทนครอบครัว โดยเป็นสามีหรือบุคคลที่จะช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ 2) อายุไม่เกิน 60 ปี 3) อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน และ 4) อ่านออก เขียนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ตำบลพิมาน 2) มีปัญหาทางสุขภาพกายหรือจิตที่อยู่ระหว่างรับการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีจำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ลักษณะ คำตอบแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ข้อความเชิงบวกมีค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ มีค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

2. แบบสอบถามความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน พัฒนาขึ้นตามกรอบทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ในเรื่องความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) ที่ประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ และ 3) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ 5 ด้าน มีจำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ข้อความเชิงบวก มีค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ มีค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่บ้านที่ละ 1 ครอบครัว ประเมินความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน (pre-test) และประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน (pre-test)

สัปดาห์ 2, 4 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครอบครัว มีการทบทวนความรู้การจัดการของครอบครัวทั้ง 5 ด้าน สอบถามปัญหา อุปสรรคต่างๆ ซึ่งบางกิจกรรม เช่น การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ออกกำลังกายโดยการเดิน เนื่องจากฝนตก ผู้ดูแลบางคนต้องทำงานประจำ กิจกรรมบางอย่างอาจไม่ครอบคลุมบ้าง สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านที่ละ 1 ครอบครัว ประเมินความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน (post-test) ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติจำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากการ

กระจายของข้อมูล (Normality Testing) มีค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลทั้ง 2 ชุด อยู่ระหว่าง -2 ถึง 2 แสดงว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Tabachnick & Fidell, 2007)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสตูล เลขที่ ET0005/66 ได้รับอนุมัติวันที่ 13 กรกฎาคม 2566 และผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์โดยตรงที่อาสาสมัครจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ขั้นตอนการปฏิบัติตัว ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลในการตอบแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ดังนี้

1.1 การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้คู่มือสำหรับครอบครัว ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย

1) เพราะอะไรครอบครัวควรช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ สาเหตุหลักเกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ช่วยเหลือ ดูแลกันและกัน ดูแลใส่ใจในสุขภาพของบุคคลในครอบครัว คอยเป็นกำลังใจ สนับสนุน และความจำเป็นของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

2) ความสามารถของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 5 ด้าน ดังนี้

2.1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการจัดการของครอบครัว ในการวางแผนการลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง รวมไปถึงความสนใจที่จะศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องจากแหล่งต่าง ๆ เช่น วารสาร ฟังวิทยุ แผ่นพับ รายการโทรทัศน์ เป็นต้น และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ

2.2) ด้านโภชนาการ เป็นการจัดการของครอบครัว ในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เลือกรับประทานระหว่างตั้งครรภ์ เป็นอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และทารก

2.3) ด้านกิจกรรมประจำวัน เป็นการจัดการของครอบครัว ในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจถึงความสำคัญของการทำกิจกรรมประจำวัน และกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย ที่เหมาะสม

2.4) ด้านการจัดการกับความเครียด เป็นการจัดการของครอบครัว ในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล เพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรวมทั้งมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียดเป็นความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ในการจัดการกับความเครียดเบื้องต้น โดยมีกลวิธีต่าง ๆ ในการทำให้ภาวะเครียดลดน้อยลง

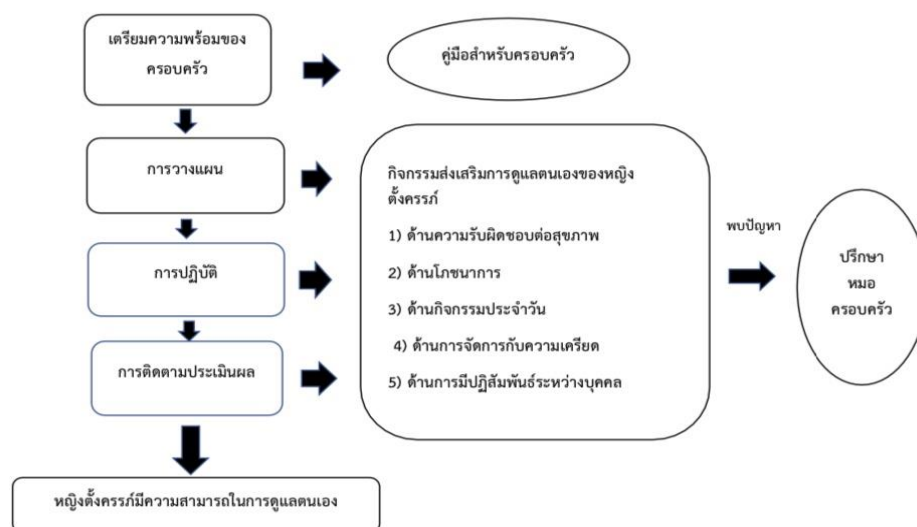
2.5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นการจัดการของครอบครัว ในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการคบค้าสมาคมกับผู้อื่น ทำให้เกิดประโยชน์ในแง่ของการได้รับสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร ช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

3) รายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของหมอบริการที่ให้คำปรึกษาและดูแลหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละชุมชนของตำบลพิมาย รวม 20 ชุมชน

1.2 กรณีพบปัญหาขอรับคำปรึกษาจากหมอบริการประจำชุมชน(ตามรายชื่อในคู่มือ) หลังพัฒนาสามารถเสนอรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านเชิงแผนผัง (Schematic Model) ดังนี้

ภาพที่ 1

แสดงรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน



มีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1) เตรียมความพร้อมของครอบครัว โดยให้ครอบครัวศึกษาจากคู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านกิจกรรมประจำวัน 4) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2) ให้ครอบครัวจัดการ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 5 ด้าน ในแต่ละกิจกรรมตามตัวอย่างในคู่มือ เช่น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ครอบครัวร่วมกันคิดแนวทางหรือวิธีการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจความจำเป็นในการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์ ครอบครัวช่วยกันหาข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ เช่น หาหนังสือ ข้อมูลอินเทอร์เน็ต มาให้หญิงตั้งครรภ์อ่าน ครอบครัวควรสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วที่สุด และ

พบแพทย์ตามนัด โดยอาจช่วยเตือนวันนัด พาไปรับการฝากครรภ์ ครอบครัวควรช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต เช่น ในเรื่องการแต่งกาย การรักษาความสะอาดร่างกาย ช่อกับปากและฟัน การเดินทางไกล การมีเพศสัมพันธ์ สวมรองเท้าส้นเตี้ย ป้องกันการหกล้ม อุบัติเหตุต่าง ๆ หลีกเลี่ยงสารเคมี ไม่ใช้ยาเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ครอบครัวควรกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ครอบครัวควรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพ และสอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และช่วยแก้ปัญหาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

3) กรณีพบปัญหาขอรับคำปรึกษาจากหมอครอบครัวประจำชุมชน ตามรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านพบว่า ภายหลังจากการได้รับการพัฒนารูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถของครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ก่อนการทดลอง $M = 5.46$, $SD = 0.67$; หลังการทดลอง $M = 6.25$, $SD = 0.23$) และคะแนนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ก่อนการทดลอง $M = 4.08$, $SD = 0.33$; หลังการทดลอง $M = 4.66$, $SD = 0.17$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n=30$)

การทดสอบ	n	M	SD	t	df	p-value
ความสามารถของครอบครัว						
ก่อน	30	5.46	0.67	8.74	29	.000
หลัง	30	6.25	0.23			
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์						
ก่อน	30	4.08	0.33	11.17	29	.000
หลัง	30	4.66	0.17			

$p\text{-value} < .05$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้คู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน 5 ด้าน 2) กรณีพบปัญหาขอรับคำปรึกษาจากหมอครอบครัวประจำชุมชน รูปแบบที่ได้เกิดจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา พรหมณี และคณะ (2560) ที่สรุปว่ารูปแบบเป็นแบบจำลองอย่างง่ายของปรากฏการณ์ ที่ผ่านการศึกษาและพัฒนาขึ้นเป็นการแสดงโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ เพื่อให้เกิดความรู้ เข้าใจได้ง่าย สามารถวัด ตรวจสอบ และเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจได้ สามารถพิสูจน์และทดสอบได้เชิงประจักษ์

สำหรับผลลัพธ์ของรูปแบบ จะเห็นได้ว่าเป็นไปตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากคนในครอบครัว และคาดหวังให้บุคลากรทางการแพทย์ เยี่ยมดูแลให้คำแนะนำเมื่อพบปัญหาระหว่างตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ โดยเอาใจใส่ต่อสุขภาพและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง มีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ในการบริหารร่างกายเพื่อสุขภาพที่ดีในระยะตั้งครรภ์ ปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ใช้เวลาร่วมกับบุคคลใกล้ชิด มีการจัดการกับความเครียด มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น หลังการทดลองจึงพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ และส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็น 5 ด้านคือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านกิจกรรมประจำวัน 4) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลังการทดลองพบว่าความสามารถของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ พลกายา (2559) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังใช้โปรแกรมดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว หลังการทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ (2561) ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา หรือความเครียดต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้

ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จึงควรได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้น (อุไรลักษณ์ อุ่นบุญเรือง และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวที่มีการปรับตัวดี มีความรัก ความเอาใจใส่ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวครอบคลุมการพึ่งพา จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อพัฒนาการของบุคคลทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรี อัมมาก (2552) และรพีพร ประกอบทรัพย์ (2541) ที่พบว่า การสนับสนุน

ของสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี หรือมารดา จะมีอิทธิพลและมีส่วนสนับสนุนการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์เช่นกัน

รูปแบบการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สามารถนำไปวางแผนพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะในการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยพัฒนาเป็นคู่มือฉบับสมบูรณ์สำหรับครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์
2. จัดทำเป็นคู่มือฉบับสมบูรณ์สำหรับครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านเพื่อเผยแพร่ให้กับครอบครัวที่มีหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน และในคลินิกฝากครรภ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดการของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน ในรายที่หญิงตั้งครรภ์มีโรคเรื้อรัง หรือภาวะเสี่ยงต่าง ๆ เป็นแบบเฉพาะเจาะจง
2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้รูปแบบการทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2565, 5 ธันวาคม). อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.

<https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2021>

กวินทรา ปรีสงค์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลบางนา 5 จังหวัดสมุทรปราการ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยเกริก.

กระทรวงสาธารณสุข. (2559, 25 พฤศจิกายน). สธ.ตั้งเป้าเพิ่มอายุเฉลี่ยคนไทย 80 ปี- กำหนดทุกสถานบริการขับเคลื่อน 7 เรื่องปี 60. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ.

<https://www.hfocus.org/content/2016/11/13047>

กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุติมา ปัญญาพินิจนุญ, และณัฐธิดา สอนนาค. (2556). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38(2), 95-97.

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา ศุภศรีนารีรัตน์, และบุญเนตรชรินทร์ ขวัญเนตร. (2560).

แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1), 28-46.

- ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเกริก.
- นุชจรี อิ่มมาก. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- น้ำผึ้ง กลิ่นดั่ง. (2554). การศึกษาข้อมูลการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดในเขตสาธารณสุข ที่ 4 และ 5. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี.
https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20141103112648_2627/20141103112742_851.pdf
- เบญจมาศ บุญเรืองขาว. (2550). การทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปาติดา จันทะคาด. (2555). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาล เชียงคำ อำเภอลี้ เชียงคำ จังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยพะเยา.
- พิกุล อุทธิยา. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, และปณิธาน กระสังข์. (2560). แนวคิดการสร้างและพัฒนารูปแบบ เพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(2), 130-131.
- ภาสินี สุขสถาพรเลิศ. (2555). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- รพีพร ประกอบทรัพย์. (2541). การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดาและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล. (2565). เอกสารประกอบการตรวจราชการ ประจำปี 2565.
- อ้อมใจ พลกายา. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 55-67.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 6). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรลักษณ์ อุ่นบุญเรือง, กฤษณา วุฒิสินธ์, และวรกร วิชัยโย. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่แผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(1), 56-57.

อัสนาธิ์ โต๊ะพา, เสาวคนธ์ ภัคดี, และโสเพ็ญ ชูนวนล.(2561). การสำรวจการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลสตรีมุสลิมวัยรุ่นตั้งครรภ์. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 29(1), 125-132.

Frieman, M. M. (1998). *Family nursing research: Theory and assessment* (2nd ed.). Appleton Contory Crofts.

Keeves, J. (1997). *Education research, methodology and measurement: An international handbook* (2nd ed). Pergamon.

Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby-year book.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts and practice*. (6th ed.). Mosby.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Allyn and Bacon.

ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, พย.ด.*

ธัญรัตน์ ปราบริปู, พย.ม.**

กิตติยา มหาวิริโยทัย, พย.ม.**

ฉัตรวารินทร์ บุญเดช, พย.ม.***

Received: September 27, 2023

Revised: November 14, 2023

Accepted: December 7, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาและเปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาจำแนกตามสถานภาพสมรส ชนิดยาที่ใช้ และจำนวนโรค โดยใช้ t-test และจำแนกตามอายุโดยใช้สถิติ f-test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 59.38 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 35.94 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.70 จำนวนชนิดยาที่ใช้มากกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 34.40 ปัญหาการใช้ยาที่พบเป็นประจำ เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด สลึมนำยาที่ใช้ประจำที่เหลืออยู่ติดตัวมาด้วย ร้อยละ 48.40 การลืมนับรับประทานยาร้อยละ 25.00 เมื่อลืมนับรับประทานยา จะรับประทานทันทีที่นึกได้ ร้อยละ 25.00 พบปัญหาบางครั้งคือลืมนับรับประทานยาบางมื้อ ร้อยละ 57.80 รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา 28 คน ร้อยละ 43.80 พบปัญหาน้อยมาก คือ รับประทานยาผิดขนาด ร้อยละ 96.90 และเพิ่มขนาดยารักษาประจำตัวบางอย่างเองเพื่อให้การรักษาได้ผลเร็ว ร้อยละ 96.90 เปรียบเทียบโดยจำแนกตามอายุพบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการใช้ยามากกว่าอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ($f=3.13, p<0.05$) ผู้ที่อยู่ลำพังมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้ที่อยู่กับคู่สมรส ($t=2.19, p<0.05$) ผู้ที่มีโรค 2 โรคขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรค 1-2 โรค ($t=1.56, p<0.05$) และผู้ที่ใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้ที่ใช้ยา 1-2 ชนิด ($t=1.42, p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ ผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ตามลำพัง มีโรค 2 โรคขึ้นไป และใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปควรมีผู้ดูแลโดยมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการยาอย่างใกล้ชิด ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและการกำกับติดตามการใช้ยา

คำสำคัญ: ปัญหาการใช้ยา ผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรัง

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: rtafnc1@yahoo.com

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

*** พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

Problems in Medication Use among Older Patients with Chronic Illness Received Treatment at Internal Medicine Clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital

Watcharaporn Paorohit, PhD.*

Thanradee Prabripoo, M.S.N.**

Kittiya Mahaviriyotai, M.S.N.**

Chatvarin Boondech, M.S.N.***

Abstract

This descriptive research design aims to study and compare problems in medication use among older patients with chronic illnesses receiving treatment at the Internal Medicine Clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital. The samples were older patients with chronic illnesses. The 64 older patients with chronic illnesses were selected by simple random sampling. The research instrument was a questionnaire related to problems in medication use for the older patients with chronic illness which comprising personal data and problems in medication use. The content validity index (CVI) was verified by three experts equal to 0.90, and reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient equal to 0.83. Personal data were analyzed using frequency, percentage. Comparison problems in medication use classify by marital status, the use of medication type, the number of diseases were used t-test, and classify by age was used f-test.

The results showed that 59.38% of most of the samples were 60 to 69 years old, 35.94% earned Bachelor's degree, 48.40% were unemployed, 79.70% were married and 34.40% use at least five medication types. The most common problems in medication use were forgot to bring medications left when visiting physicians 48.40%, forgot to take medicine 25%, taking medicine suddenly when realized that they forgot 25.00%. The problems sometimes found were forgot to take medicine some meal 57.80 %, bore with taking medicine 43.80%. The problems rarely found were took medicine wrong dosage 96.90%, increased dosage for the fast result of treatment 96.90%. Comparison of problems in medication use classified by age found that samples who were more than 80 years old had more problem than age 60-69 years old and 70-79 years old ($f=3.13$, $p<0.05$). Those who stayed alone had more problems than married ($t=2.19$, $p<0.05$), Those who had multiple diseases had more problems than those who had 1-2 diseases ($t=1.56$, $p<0.05$). Those who used medication more than 2 types had more problems than those who used less ($t=1.42$, $p<0.05$).

Suggestions: Older patients who were more than 80 years old, stayed alone, had multiple diseases, and used medication more than 2 types should have caregivers to participate in medication administration closely and provide home visits in conjunction with monitoring of medication use.

Keywords: Medication use problems, Elderly patient, Chronic illness

* Lecturer, Royal Thai Air Force Nursing College; Corresponding author E-mail: rtafna1@yahoo.com

** Lecturer, Royal Thai Air Force Nursing College

*** Professional Nurse, Bhumibol Adulyadej Hospital

บทนำ

จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุอาเซียน พบว่าสัดส่วนผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศอาเซียนมีจำนวนประชากรรวมทั้งหมด 664 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 73 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 และมีผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตราผู้สูงอายุวัยปลายร้อยละ 1.1 ประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ร้อยละ 20.9, 18.1 และ 12.3 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุ 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.5 เป็น “ผู้สูงอายุวัยต้น” ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 56.07 คน ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 29.48 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.45 (กรมสวัสดิการผู้สูงอายุ, 2565) และจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ตามมาคือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และโรคมีความรุนแรงมากกว่าวัยผู้ใหญ่

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค (Multimorbidity) พบได้บ่อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า และพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 แสนคน และผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1.5 แสนคน (กรมควบคุมโรค, 2565) โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และข้อเสื่อม ตามลำดับ ทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดเพื่อการรักษา (เพชรรัตน์ บัวเอี่ยม และคณะ, 2561) การใช้ยาหลายชนิดเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งนำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์ (Mira, 2019; เอมอร ส่วยสม, 2563) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้ยา จำนวนชนิดของยาหลายชนิดนำไปสู่ปัญหาการใช้ยาอย่างมาก เนื่องจากการบริหารยาจะมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล, 2561) ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือการรับประทานยาเกินขนาด ลืมรับประทานยา และรับประทานยาสมุนไพรที่ไม่มีเอกสารกำกับยาเสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์ รวมทั้งอาจเกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เช่น ความจำบกพร่อง ภาวะสับสน เหนื่อยล้า กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ (Stegemann et al., 2012) และการศึกษาของฉันทนา นาคฉัตรีย์ และคณะ (2564) ยังพบปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุคือ วิธีการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ เช่น การรวบมือยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเพิ่มหรือลดยาเอง พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัยทั้งการซื้อยาใช้เองและการใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้ การเลือกสถานบริการที่รับยาและการเก็บรักษา

จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562- 2564 มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในเวลาราชการโดยเฉลี่ยประมาณมากกว่า 12,000 ครั้งต่อปี และในปี พ.ศ. 2565 ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรก (มกราคม-มีนาคม) มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังประมาณ 3,976 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคโดยเฉลี่ย 3,623 ราย และจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ทั้งนี้ในกลุ่ม

ผู้ป่วยดังกล่าวได้มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา 3 ด้านคือ 1) พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา 2) การจัดการอาการข้างเคียง และ 3) พฤติกรรมการเก็บรักษายา ผลการศึกษาพบว่าทุกด้านมีระดับเหมาะสมมาก (วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ และคณะ, 2564) จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมในระหว่างรอรับบริการโดยการสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าได้รับยามากกว่า 5 ชนิด เนื่องจากมียาหลายชนิดที่ต้องรับประทานในเวลาที่แตกต่างกัน บางครั้งจึงลืมรับประทานยาบางมื้อ บางครั้งเมื่อนึกได้จึงรีบรับประทานยา บางครั้งรู้สึกมีศีรษะเพราะคิดว่าเกิดจากยาที่ได้รับจึงหยุดยาไว้ก่อนแล้วจึงบอกให้แพทย์ทราบเมื่อมาตรวจตามนัด แต่เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มุ่งศึกษาประเด็นพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งยังต้องการศึกษาปัญหาการใช้ยา เนื่องจากปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจากการได้รับยา ทำให้ได้รับยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษา และส่งผลต่อการรักษาไม่ได้ผล ซึ่งอาจเกิดอันตรายจากยา และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางที่ช่วยป้องกันปัญหาการใช้ยาที่มีโอกาสเกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาตามแผนการรักษา อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2. เปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส จำนวนโรคและชนิดของยา

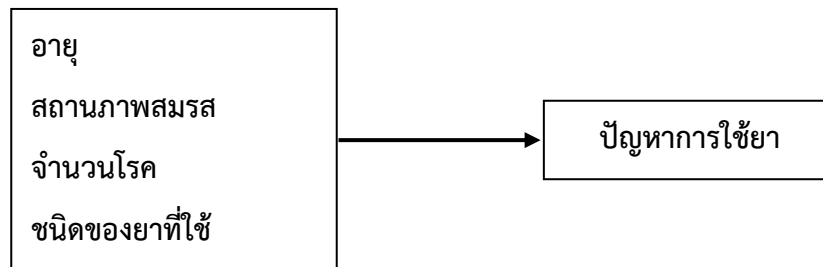
กรอบแนวคิด

จากการศึกษาแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล โดยหลักการเบื้องต้นในการบริหารยาให้เกิดความถูกต้องปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ พยาบาลควรตระหนักถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ การบริหารยาและโอกาสความผิดพลาด และการมีคนในครอบครัวดูแลใกล้ชิด (จิรียา อินทนา และคณะ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายคือเมื่อมีอายุมากขึ้น จะพบการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามกระบวนการความชรามากขึ้น การรับรู้ที่เสื่อมถอยเพิ่มขึ้นตามอายุ ยิ่งอายุมากขึ้นความเสื่อมของร่างกายยิ่งเพิ่มขึ้น และพบปัญหาด้านสายตาและความจำที่เสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย ในช่วงอายุ 80 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนปลาย ระบบการไหลเวียนเลือดลดลงประมาณร้อยละ 25 (Smeltzer & Bare, 2004) การไหลเวียนเลือดลดลงทำให้หัวใจวาย ทำหน้าที่เสื่อมถอยลง และเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยร่วมด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ทำให้มีโอกาสรักษาด้วยแพทย์เฉพาะโรคหลายคน และได้รับยาหลายชนิด จำนวนยาที่ใช้มากขึ้น ยังมีความเสี่ยงที่จะใช้ยาผิดได้มาก หลงลืม และการใช้ยาหลายขนาน ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคน้อยกว่าและใช้นำน้อย

ชนิดกว่า (จิรียา อินทนา และคณะ, 2564; ชื่นจิตร กองแก้ว และคณะ, 2557; ปวิข พากวิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563) และจากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรส คือการอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทำให้การใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังพบปัญหาน้อยกว่าผู้ที่อยู่ตามลำพัง เพราะการอยู่ลำพังโดยขาดคนคอยเตือนทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา เช่น การหลงลืมรับประทานยา การรับประทานยามากหรือน้อยกว่าแผนการรักษา (ชมพูนุท พัฒนจักร, 2562) ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ประมาณ 3,976 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยการคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบความน่าจะเป็นโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากจากหมายเลขลำดับที่รอเข้ารับการรักษาจากแพทย์

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์

2. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

3. ได้รับการรักษาด้วยยาเกินหรือยาฉีดไม่น้อยกว่า 3 เดือน

4. อ่านออก เขียนได้

5. ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดเลือกออกคือ

1. มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่นๆที่รุนแรง เช่น ตามัวมากจนมองไม่เห็น อัมพาต
2. ไม่สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้

กำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ independent t-test เนื่องจากเป็นการวิจัยทางการแพทย์ และ มีงานวิจัยของ วาสนา นัยพัฒน์ (2553) ที่ทำวิจัยเชิงเปรียบเทียบคล้ายกัน จึงกำหนด Effect Size = 0.50, Power (1- β error prob) = 0.80 และค่าแอลฟา (α) = 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 64 คน วิธีการเก็บข้อมูลโดยทำการ ตรวจสอบผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าแล้วทำสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน- มิถุนายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนโรค จำนวนและชนิดยาที่ใช้ และปัญหาการใช้ยา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และปัญหาการใช้ยา จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนเต็ม 4 คะแนน เป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ คะแนนเต็มรวม 96 คะแนน กำหนดระดับการแปลผลคะแนนปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) คะแนน 1 - 32 มีปัญหาการใช้ยาน้อย คะแนน 33 - 64 มีปัญหาการใช้ยาปานกลาง คะแนน 65 - 96 มีปัญหาการใช้ยามาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้นำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา CVI (Content Valid Index) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้แก่ 1) เกสัชกรประจำโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ติดตามการใช้ยาที่มารับบริการที่โรงพยาบาล 2) พยาบาลแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และ 3) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้ค่า CVI = 0.90 หาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม (คลินิกนอกเวลา) จำนวน 30 คน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB เลขที่ 15/65 อนุมัติ ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จึงขออนุญาตการเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และในกรณีที่เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ระหว่างการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกเครียดหรืออึดอัดใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดพักหรือ

ยุติการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยการใช้แบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อ่านออกเขียนได้ตอบคำถามด้วยตัวเองเท่านั้น ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะถูกบันทึกในแบบบันทึกโดยใช้รหัส แทนการระบุชื่อ และนามสกุล หรือข้อความที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงตัวผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การนำข้อมูลไปเผยแพร่ทำในภาพรวมโดยไม่ระบุบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบกับพยาบาลประจำห้องตรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 - 15.00 น.
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเพื่อการศึกษา ในระหว่างการรอพบแพทย์ จะได้รับการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับฉลากจากหมายเลขลำดับที่รอเข้ารับการรักษาจากแพทย์
- 3) ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่ามีอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
- 4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนโรค จำนวนและชนิดยาที่ใช้ และปัญหาการใช้ยา
2. ทดสอบ Normality โดยโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov) พบค่านัยสำคัญทางสถิติ > 0.05 แสดงว่าข้อมูลกระจายปกติจึงใช้สถิติดังนี้
 - 2.1 สถิติ f-test ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัญหาการใช้ยากับ 3 กลุ่มอายุ
 - 2.2 สถิติ t-test ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลปัญหาการใช้ยากับสถานภาพสมรส จำนวนโรคและจำนวนและชนิดยาที่ใช้

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลแสดงจำนวนและร้อยละของอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 59.38 รองลงมาอายุ 70-79 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 29.68 น้อยที่สุดอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.94 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 35.94 รองลงมาระดับประถมศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 29.69 และระดับมัธยมศึกษา 13 คนคิดเป็นร้อยละ 20.31 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 48.40 รองลงมาข้าราชการบำนาญ 24 คน

คิดเป็นร้อยละ 37.50 อาชีพเกษตรกรจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.40 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 79.70 รองลงมาคือหม้าย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.90 สถานภาพสมรสโสด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.70 ส่วนใหญ่จำนวนชนิดยาที่ใช้มากกว่า 5 ชนิด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 34.40 รองลงมาใช้ยา 3 ชนิด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 23.40 และใช้ยา 2 ชนิด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=64)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	38	59.38
70-79 ปี	19	29.68
80 ปีขึ้นไป	7	10.94
การศึกษา		
ประถมศึกษา	19	29.69
มัธยมศึกษา	13	20.31
ประกาศนียบัตร	4	6.25
ปริญญาตรี	23	35.94
สูงกว่าปริญญาตรี	5	7.81
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	31	48.40
ข้าราชการบำนาญ	24	37.50
เกษตรกร	6	9.40
รับจ้าง	4	6.25
สถานภาพสมรส		
คู่	51	79.70
หม้าย	7	10.90
โสด	3	4.70
แยกกัน	2	3.10
หย่า	1	1.60

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชนิดยาที่ใช้		
1 ชนิด	2	3.10
2 ชนิด	10	15.60
3 ชนิด	15	23.40
4 ชนิด	8	12.50
5 ชนิด	7	10.90
มากกว่า 5 ชนิด	22	34.40

ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังพบว่าปัญหาที่พบเป็นประจำมากที่สุดคือเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ลืมนำยาที่ใช้เป็นประจำที่เหลืออยู่ติดตัวมาด้วย หรือไม่ได้บันทึกภาพให้เห็นยาที่เหลืออยู่เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบเป็นประจำ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 48.40 เมื่อลืมรับประทานยา จะรับประทานทันทีที่นึกได้ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 พบปัญหาบ่อยครั้งมากที่สุดคือ หยุดยารักษาประจำตัวเองเมื่อมีอาการข้างเคียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.40 พบปัญหาบางครั้งมากที่สุดคือลืมรับประทานยาบางมื้อ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 57.80 รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา 28 คน คิดเป็นร้อยละ 43.80 พบปัญหาน้อยมาก คือ รับประทานยาผิดขนาด 62 คน คิดเป็นร้อยละ 96.90 เพิ่มขนาดยารักษาประจำตัวบางอย่างเองเพื่อให้การรักษาได้ผลเร็ว 62 คน คิดเป็นร้อยละ 96.90 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละ ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (n=64)

ข้อ	ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ	มีปัญหา น้อยมาก	มีปัญหาเป็น บางครั้ง	มีปัญหา บ่อยครั้ง	มีปัญหาเป็น ประจำ
1	ลืมรับประทานยาบางมื้อ	26 (40.60)	37 (57.80)	1 (1.60)	-
2	รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา	38 (59.40)	25 (39.10)	1 (1.60)	-
3	รับประทานยาผิดวิธีตามที่ระบุในฉลากยา	60 (93.80)	4 (6.30)	-	-
4	รับประทานยาผิดขนาด	62 (96.90)	2 (3.10)	-	-
5	รับประทานยาไม่ครบจำนวนหรือปริมาณที่กำหนด	45 (70.3)	19 (29.70)	-	-
6	หยุดยารักษาประจำตัวเองเมื่อมีอาการข้างเคียง	42 (65.60)	15 (23.40)	6 (9.40)	1 (1.60)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อ	ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ	มีปัญหา น้อยมาก	มีปัญหาเป็น บางครั้ง	มีปัญหา บ่อยครั้ง	มีปัญหาเป็น ประจำ
7	หยุดยารักษาประจำตัวเองเมื่ออาการดีขึ้น	54 (84.40)	8 (12.50)	1 (1.60)	1 (1.60)
8	ลดเม็ดยาบางอย่างเองเพื่อลดอาการข้างเคียง	53 (82.80)	9 (14.10)	2 (3.10)	-
9	ลดขนาดยารักษาประจำตัวลงเมื่ออาการดีขึ้น	56 (87.50)	7 (10.90)	1 (1.60)	-
10	ลดมื่อยารักษาประจำตัวเองเมื่ออาการดีขึ้น	57 (89.10)	7 (10.90)	-	-
11	เพิ่มมื่อยารักษาประจำตัวเองเมื่อรู้สึกว่ามีอาการ ไม่ค่อยดี	57 (89.10)	7 (10.90)	-	-
12	เพิ่มขนาดยารักษาประจำตัวบางอย่างเองเพื่อให้การ รักษาได้ผลเร็ว	62 (96.90)	2 (3.10)	-	-
13	แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน	55 (85.90)	8 (12.50)	1 (1.60)	-
14	รับประทานยาของผู้อื่น	56 (87.50)	7 (10.90)	-	1 (1.60)
15	ซื้อยารับประทานเอง/ผิดเอง	39 (60.90)	22 (34.40)	2 (3.10)	1 (1.60)
16	ใช้ยาสมุนไพร	41 (64.10)	19 (29.70)	2 (3.10)	2 (3.10)
17	ใช้ยาแผนโบราณ	44 (68.80)	16 (25.00)	1 (1.60)	3 (4.70)
18	แบ่งยาออกใส่ขวดหรือถุงเล็ก ๆ ที่ไม่มีฉลากยา	51 (79.70)	7 (10.90)	2 (3.10)	4 (6.30)
19	รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา	29 (45.30)	28 (43.80)	4 (6.30)	3 (4.70)
20	เมื่อลืมรับประทานยา จะรีบรับประทานทันที ที่นึกได้	18 (28.10)	28 (43.80)	2 (3.10)	16 (25.00)
21	ไม่กล้าถามแพทย์เมื่อเปลี่ยนยา	59 (92.20)	2 (3.10)	-	3 (4.70)
22	เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยามักจะอดทนต่อ อาการที่เกิดขึ้นโดยไม่ทำอะไร	54 (84.40)	9 (14.10)	-	1 (1.60)
23	ลืมดูวันหมดอายุของยา	44 (68.80)	11 (17.20)	2 (3.10)	7 (10.90)
24	เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ลืมนำยาที่ใช้ประจำที่ เหลืออยู่ติดตัวมาด้วย หรือไม่ได้บันทึกภาพให้ เห็นยาที่เหลืออยู่เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบ	22 (34.40)	11 (17.20)	-	31 (48.40)

ระดับปัญหาการใช้ยาโดยรวม ปัญหาการใช้ยาอยู่ในระดับน้อย จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 51.60 และ
ปัญหาการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 31 คน ร้อยละ 49.40 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

ระดับปัญหาการใช้ยาโดยรวม (n=64)

ระดับปัญหาการใช้ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1- 32 คะแนน)	33	51.60
ระดับปานกลาง (33- 64 คะแนน)	31	49.40
ระดับมาก (65-96 คะแนน)	-	-

การเปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ปัญหาการใช้ยาไม่ต่างกัน อายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการใช้ยาแตกต่างจากอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี โดยพบปัญหาการใช้ยามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัญหาการใช้ยาจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัญหาการใช้ยาจำแนกตามชนิดของยาที่ใช้ พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยา 1-2 ชนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และปัญหาการใช้ยาจำแนกตามจำนวนโรคพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรค 2 โรคขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรค 1-2 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

ผลการเปรียบเทียบปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (n=64)

ข้อมูลส่วนบุคคล		ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ			
		M	SD	ค่าสถิติ	p-value
อายุ	60-69 ปี	32.76	4.80	3.13 ^F	>0.05
	70-79 ปี	32.36	4.59		>0.05
	80 ปีขึ้นไป	37.71	4.65		<0.05
สถานภาพสมรส	อยู่กับคู่สมรส	32.94	5.04	2.19 ^t	<0.05
	อยู่ลำพัง	37.42	5.38		
ชนิดของยาที่ใช้	ใช้ยา 1-2 ชนิด	31.25	6.07	1.42 ^t	<0.05
	ใช้ยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป	33.63	0.69		
จำนวนโรค	เป็นโรค1-2 โรค	32.50	4.52	1.56 ^t	<0.05
	เป็นโรคมามากกว่า 2 โรคขึ้นไป	34.52	6.50		

^t = t-test independent, ^F = F-test

อภิปรายผลการวิจัย

ปัญหาการใช้ยาโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 51.60 และระดับปานกลาง ร้อยละ 49.40 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 59.38 และอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 29.68 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามกระบวนการความชรา การรับรู้ เริ่มเสื่อมถอย (ชินจิตร กองแก้ว และคณะ, 2557) ความสามารถของระบบประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็นและความจำเริ่มเสื่อมถอยลงแต่ไม่มากเท่ากับในช่วงอายุ 80 ปี เนื่องจากยังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ความสามารถของระบบประสาทยังคงทำงานได้ดี จึงพบปัญหาการใช้ยาระดับน้อยและปานกลาง จากการศึกษาของ Smeltzer & Bare (2004) พบปัญหาด้านสายตาและความจำเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 80 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนปลาย เนื่องจากระบบการไหลเวียนเลือดลดลงประมาณร้อยละ 25 ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่เสื่อมถอยลง กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 10.94 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 60-79 ปี ร้อยละ 89.06 จึงทำให้พบปัญหาการใช้ยาในระดับน้อยและปานกลาง ประกอบกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอ่านออกเขียนได้ทุกคน ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 35.94 ความสามารถในการอ่านฉลากยาและการทำความเข้าใจการใช้ยา ร่วมกับการรับฟังคำแนะนำจากเภสัชกรของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเกี่ยวกับชื่อยา ชนิดของยา วิธีการใช้ การจัดเก็บยา และข้อพึงระวังการใช้ยา ก่อนรับยากลับบ้านทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจการใช้ยา และสอดคล้องกับสุกฤตา มีตาทิษฐ์ (2565) ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจการใช้ยานำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาการใช้ยาได้

ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบเป็นประจักษ์มากที่สุดคือ เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดลืมนำยาที่ใช้เป็นประจำที่เหลื้อมอยู่ติดตัวมาด้วย หรือไม่ได้นำติดภาพให้เห็นยาที่เหลื้อมอยู่เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบเป็นประจำ ร้อยละ 48.40 จิรียา อินทนา และคณะ (2564) กล่าวว่า การนำยาที่ใช้เป็นประจำที่เหลื้อมอยู่ติดตัวมาด้วยเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลต่อความต่อเนื่องต่อการรักษา การควบคุมขนาดและชนิดของยา และการปรับขนาดยาซึ่งเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ผู้รักษา และพบปัญหาที่พบเป็นประจำมากที่สุดรองลงมาคือเมื่อลืมนำประทานยาจะรับประทานทันทีที่นึกได้เป็นประจำร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับ มลฤดี โพธิ์พิจารย์ (2560) ที่กล่าวว่าโดยทั่วไปหากลืมนำประทานยาจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เนื่องจากยาบางชนิดให้รับประทานทันทีที่นึกได้ ยาบางชนิดอาจต้องรอรับประทานเมื่อถัดไป การลืมนำประทานยาส่งผลต่อการรักษาโรค จึงต้องหาวิธีการให้ผู้สูงอายุไม่ลืมนำประทานยานอกจากการมีผู้ดูแลคอยจัดยาแล้ว ยังมีวิธีอื่น ๆ ที่สามารถเลือกใช้เป็นตัวช่วยในการรับประทานยาให้ถูกต้องมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวิข พากวิพท์ และสุณี เลิศสินอุดม (2563) ที่พบว่า การลืมนำประทานยาโดยเฉพาะยาลดความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกวัน หากลืมนำประทานยา ควรรับประทานทันทีที่นึกขึ้นได้ และหากลืมนำประทานยาเมื่อใกล้มื้อถัดไป ห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่าอย่างเด็ดขาด เพราะจะทำให้เกิดอันตรายจากการความดันโลหิตต่ำได้

ปัญหาการใช้ยาของสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบเป็นบางครั้งมากที่สุดคือการลืมรับประทานยาบางมื้อ ร้อยละ 57.80 การที่ลืมรับประทานยาส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากจำไม่ได้ว่ารับประทานยาอะไรไปแล้วบ้าง การลืมรับประทานยาอาจมีสาเหตุจากความจำบกพร่อง และภาวะสับสนเฉียบพลัน (Stegemann et al., 2012) การใช้วิธีการช่วยเตือนความจำ เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนเวลาการรับประทานยาจึงมีความจำเป็นและเป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันปัญหาการหลงลืม การรับประทานยา (จิรียา อินทนา และคณะ, 2564) ปัญหาที่พบเป็นประจำรองลงมาคือรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาร้อยละ 43.80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เบื่อรับประทานยาเนื่องจากต้องรับประทานยาที่มีจำนวนมากและมีหลายชนิด ในเวลาที่แตกต่างกันนำไปสู่ปัญหาการบริหารยาที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา

ปัญหาการใช้ยาของสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบน้อยมาก คือ การรับประทานยาผิดขนาด ร้อยละ 96.90 และการเพิ่มขนาดยารักษาประจำตัวบางอย่างเองเพื่อให้การรักษาได้ผลเร็ว ร้อยละ 96.90 เท่ากัน เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุได้รับยาจากห้องยาของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เกสัชกรได้ทำการชี้แจง และอธิบายการใช้ยาแต่ละชนิด และทบทวนความเข้าใจการใช้ยาที่ได้รับก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่าง จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับยาและสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องจึงเกิดปัญหาการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับ สุกฤตา มีตาพิษฐ์ (2565) ที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาทำให้ปัญหาการใช้ยาลดลง

ผลการศึกษาปัญหาการใช้ยาของสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ปัญหาการใช้ยาไม่ต่างกัน แต่พบว่าอายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการใช้ยาแตกต่างจาก อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี โดยพบปัญหาการใช้ยามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุน ชื่นจิตร กองแก้ว (2557) ที่พบว่าผู้ป่วยยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งเกิดปัญหาการใช้ยามากขึ้นจากความเสื่อมถอยของอวัยวะที่เพิ่มขึ้น ทั้งจากความจำและการมองเห็น ดังนั้นการประเมินความสามารถด้านความจำและการมองเห็นจึงควรทำในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาการใช้ยา (Bosch-Lenders et al., 2016) และผลการศึกษาปัญหาการใช้ยาจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญญา ศรีหรั่ง และคณะ (2553) พบว่าการอยู่ลำพังโดยขาดคนคอยเตือน ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา และสอดคล้องกับ ชมพูนุท พัฒนจักร (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า การมีคู่สมรสและผู้ดูแลที่บ้านทำให้การใช้ยาของผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรังมีปัญหาน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีผู้ดูแลหรืออยู่ตามลำพัง และผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบปัญหาการใช้ยาจำแนกตามจำนวนโรคพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรค 2 โรคขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรค 1-2 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ประสบสุข ศรีแสนปาง (2555) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น มีโรคหลายโรคทำให้จำเป็นต้องใช้ยาหลายขนานร่วมกันทั้งที่รักษาและบรรเทาอาการ คือ ประมาณ 2-15 ชนิด/วัน เฉลี่ย 6 ชนิด จึงพบปัญหาการใช้ยามาก ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคทำให้มีการใช้ยาหลายชนิด จึงมีโอกาสเกิดปัญหาการใช้ยามากขึ้น

เนื่องจากวัยสูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมทุกระบบ และความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลงจึงมีโอกาสเกิดปัญหามากได้จากการใช้ยา และนอกจากนั้นผลการศึกษายังพบปัญหาการใช้ยาจำแนกตามชนิดของยาที่ใช้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปมีปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยา 1-2 ชนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชื่นจิตร กองแก้ว และคณะ (2557) ที่ศึกษาการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่าการได้รับยาใหม่ภายในระยะเวลา 1 เดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด พบปัญหาการใช้ยาเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และสำลี สาสีกุล (2562) ที่พบว่าปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีชนิดและจำนวนยาเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับปวิข พากวิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม (2563) พบว่าการใช้ยาหลายชนิดทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากกว่าผู้ที่ใช้น้อยชนิด และสนับสนุน Ruscin และ Linnebur (2021) ที่พบว่าการใช้ยาหลายชนิด/หลายขนานทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา เช่น การหยุดยาเองจากปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ตามลำพัง มีโรคหลายโรค และใช้ยาหลายชนิดพบปัญหาการใช้ยาได้มากกว่า จึงควรมีการมอบหมายผู้ดูแลร่วมในการบริหารจัดการยาอย่างใกล้ชิด และควรมอบหมาย อสม. หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพออกเยี่ยมบ้านและกำกับติดตามการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ตามลำพัง มีโรคหลายโรค และใช้ยาหลายชนิดพบปัญหาการใช้ยามาก ปัญหาที่พบเป็นประจำคือ เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ลืมนำยาที่ใช้เป็นประจำที่เหลืออยู่ติดตัวมาด้วยและการหลงลืมรับประทานยาบางมื้อ จึงควรทำการศึกษาและพัฒนานวัตกรรมในการแก้ปัญหาดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานประจำปี 2565 กองโรคติดต่อทั่วไป. <https://ddc.moph.go.th/dcd/>
- กรมสวัสดิการผู้สูงอายุ. (2565). สถิติผู้สูงอายุ. <https://www.dop.go.th/th/know/1>
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, และสำลี สาสีกุล. (2562). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 31-39.
- จิรียา อินทนา, กนิพันธ์ ปานณรงค์, หยาดชล ทวีธนาวิชย์, ปาริชาติ ญาตินิยม, และลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์. (2564). การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 17-32.

- ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, กฤติยา ชาสุวรรณ, และเนตรนภา พันเล็ก. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าาร่วมกันหลายขนาน: กรณีศึกษา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(2), 14-25.
- ชมพูนุท พัฒนจักร. (2562). ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3), 13-22.
- ชื่นจิตร กองแก้ว, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2557). รายงานวิจัย เรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2555). การรับรู้และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(4), 41-51.
- ปวิข ปากกวิพัต, และสุณี เลิศสินอุดม. (2563). การใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ. https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=898
- เพชรรัตน์ บัวเอี่ยม, สุทธิ เจริญพิทักษ์, สุนธธา ศิริ, และปรารณา สถิตย์วิภาวี. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคในผู้สูงอายุ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. [Poster presentation]. การประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 16. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ. https://pheap.ph.mahidol.ac.th/Present_Petcharat2018.pdf
- เพ็ญภา ศรีหรั่ง, หทัยรัตน์ สุขศรี, และทิพาพร กาญจนราช. (2553). ศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. <https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/232392>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). เปิดสถานการณ์ “ผู้สูงวัย” ในอาเซียน พบผู้สูงอายุมีจำนวนมากร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด. <https://thaitgri.org/?p=39807>
- มลฤดี โพธิ์พิจารย์. (2560). เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุการใช้ยาในผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, สมพงษ์ แก้วพรรณา, ฉัตรวารินทร์ บุญเดช, และกิตติยา มหาวิริโยทัย. (2564). การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(3), 52-60.
- วาสนา นัยพัฒน์. (2553). ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *การพยาบาลและการศึกษา*, 3(1), 2-14.

- ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาณกุล. (2561). การใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ. *รามาริบดีเวชสาร*, 24(1), 96-97.
- สุกฤตา มีตาพิพธิ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และจำนวนชนิดยากับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(3), 504-511.
- เอมอร ส่วยสม. (2563). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *ชัยภูมิเวชสาร*, 40(1), 6-13.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Bosch-Lenders, D., Maessen, D. W., Stoffers, H. E., Knottnerus, J. A., Winkens, B., & van den Akker, M. (2016). Factors associated with appropriate knowledge of the indications for prescribed drugs among community-dwelling older patients with polypharmacy. *Age and ageing*, 45(3), 402–408. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw045>
- Mira, J. J. (2019). Medication errors in the older people population. *Expert review of clinical Pharmacology*, 12(6), 491-494.
- Ruscin, M. J., & Linnebur, S. A. (2021). *Drug-related problems in older adults*. MSD Manual. <https://www.msdmanuals.com/professional/geriatrics/drug-therapy-in-older-adults/drug-related-problems-in-older-adults>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Medical surgical nursing* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Stegemann, S., Baeyens, J.-P., Cerreta, F., Chanie, E., Lofgren, A., Maio, M., Schreier, G., & Thesing-Bleck, E. (2012). Adherence measurement systems and technology for medications in older patient populations. *European Geriatric Medicine*, 3(4), 254-260. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2012.05.004>

การพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์

โฉมศรี ภูนาพรรณ, ส.บ.*

Received: October 23, 2023

Revised: November 29, 2023

Accepted: November 30, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research [PAR]) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ และศึกษาผลของระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และระยะที่ 3 ประเมินสรุปผลและถอดบทเรียน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ชุดนักสืบ) เป็นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของชุมชนนำร่องที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 87 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงก่อน-หลังเข้าร่วมระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพัฒนาที่มีส่วนประกอบสำคัญได้แก่ Skills, Structure, Strongly Leadership, Social Relationship, Attitude (4'SA MODEL) และผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ตัวอย่างมีคะแนนภาวะเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ ควรมีการขยายผลนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่จะเกิดในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กระบวนการมีส่วนร่วม 4'SA MODEL

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาเบา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์;
ผู้ให้การติดต่อ: E-mail: chomza09@gmail.com

The Development of a Prevention System for Diabetes and Hypertension with Participatory Process of Tabao Sub-district Health Network

Chomsri Thunapan, B.P.H*

Abstract

This research is participatory action research. It aims to develop a prevention system for diabetes and hypertension through a participatory process, to research the problems of diabetes and hypertension, and to study the results of the prevention system for diabetes and hypertension through the participatory process of the Tabao Subdistrict Health Network. The study was conducted in three phases: Phase 1: Investigation of the problem, Phase 2: Development of a prevention system for diabetes and hypertension, and Phase 3: Evaluation of the results and lessons learned. Data was collected by volunteer village health workers (Detective Team) in a pilot community sample group of 87 cases that were purposively selected. The data was analyzed using descriptive statistics such as percentages, means and paired t-tests. Comparison of risk scores for diabetes and hypertension after the development of a diabetes and hypertension prevention system through the network participation process.

The research results show that the developmental model has important components, including skills, structure, strong leadership, social relationships and attitude (4'SA MODEL). They compared the risk scores for diabetes and hypertension before and after the development of the diabetes and hypertension prevention system. In the samples, diabetes risk scores decreased with statistical significance at the .001 level and hypertension risk scores decreased with statistical significance at the .001 level. It was suggested that the model be extended to other areas. To reduce the risk of diabetes and hypertension that persists in the community.

Keywords: Diabetes, Hypertension, Participatory process, 4'SA MODEL

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Tabao Tambon Health Promoting Hospital
Prasat District Health Office, Surin Province; Corresponding Author E-mail: chomza09@gmail.com

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases [NCDs]) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2013) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และ โรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ, 2563) จากรายงานผลการคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 119,728 คน พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 18,371 คน จำแนกเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 9,397 คน และกลุ่มที่เสี่ยงการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8,974 คน กลุ่มที่ป่วย จำนวน 5,795 คน จำแนกเป็นกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 2,941 คน และกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,854 คน ในที่นี้ยังไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ ตา ไต เท้า และหลอดเลือด ส่วนกลุ่มปกติที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงมีจำนวน 91,206 คนและประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ของตำบลตาเบา มีทั้งหมด 6,217 คน ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 87.08 พบกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 19.43 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2565ก) ซึ่งพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีอัตราสูงกว่าตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด (ไม่เกินร้อยละ 10) และพบว่าการคัดกรองแล้วแต่ไม่มีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จัดกิจกรรมแบบลักษณะเดียวกัน ไม่ได้ดำเนินการตามบริบทของแต่ละบุคคล ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่บรรลุผล การบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพโดยใช้หลักคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพบูรณาการภาคี เพื่อการตอบสนองต่อสุขภาวะและสถานะที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา ซึ่งตำบลจัดการสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นมาบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา กำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (3อ.2ส.) และโรควิถีชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2559) และการที่ชุมชนจะตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมและร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ขึ้นกับเงื่อนไขและปัจจัยที่หลากหลายทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งคุณลักษณะภายในของบุคคล เช่น การรับรู้ข้อมูล โดยขั้นตอนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยและระยะที่ 3 ประเมินสรุปผลและถอดบทเรียน (เพ็ญพิมพ์ ปันระสี และภัทรบูลย์ นาคสุสุข, 2565) ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพประชาชน การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบป้องกันการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะต้องพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา “การพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์” เพื่อให้ทราบสภาพปัญหา และศักยภาพของเครือข่ายตำบลตาเบา ที่จะนำไปพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพตำบล

วัตถุประสงค์การวิจัย

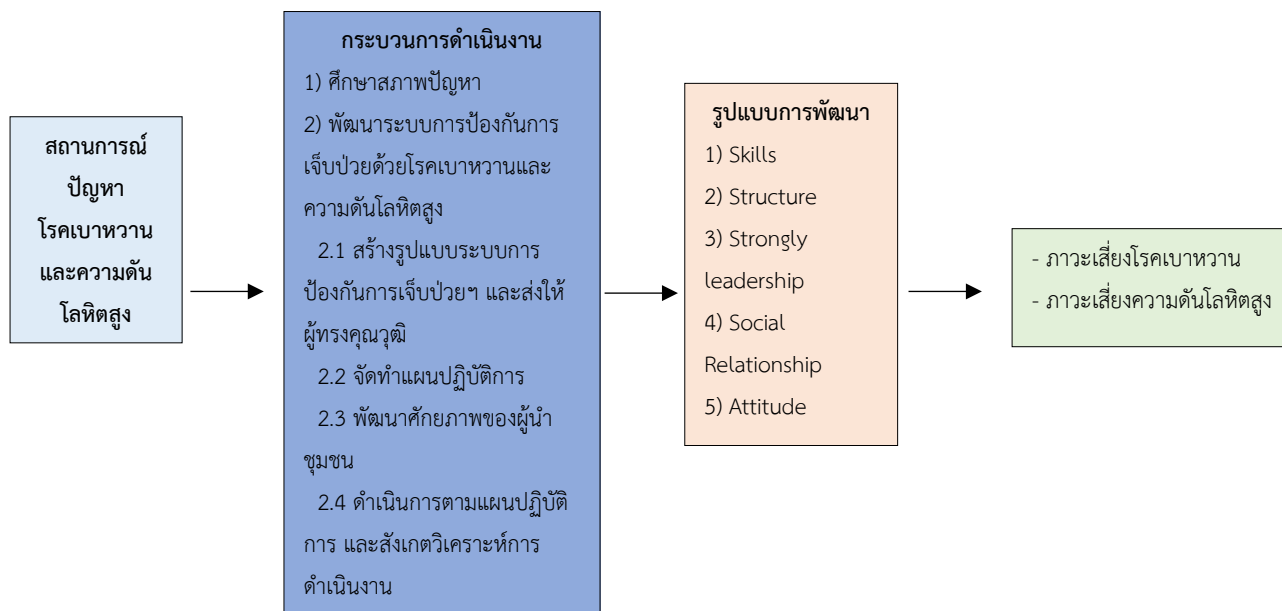
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาผลของระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ แกนนำภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชนปราชญ์ชุมชนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาเบา ซึ่งเป็นผู้ที่สะท้อนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพชุมชนได้ทุกมิติทุกภาคส่วน นอกจากนี้เครือข่ายสุขภาพยังมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชน การวิจัยครั้งนี้สร้างกรอบแนวคิดโดยประยุกต์แนวคิดยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) โดยดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และระยะที่ 3 ประเมินสรุปผลและถอดบทเรียน จึงได้รูปแบบพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ 1) สร้างองค์ความรู้ (Skills) 2) วิเคราะห์ปัญหาโครงสร้างสังคม (Structure) (บุคคล ครอบครัว ชุมชน) 3) ผู้นำเข้มแข็งขับเคลื่อนเครือข่าย (Strongly leadership) 4) สัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคม (Social Relationship) และ 4.1 การมีทัศนคติที่ดี (Attitude) (4'SA MODEL) ซึ่งจะมีผลต่อภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานและภาวะเสี่ยงความดันโลหิต ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กรอบแนวคิดดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research [PAR]) เป็นการวิจัยที่ผสมผสานการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รวมทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีผู้ร่วมวิจัย (Research Participants) ขอบเขตของการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการการวิจัย วิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา เป็นการจัดเวทีประชาคมภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและเป็นแนวทางในแก้ไขปัญหสุขภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นระยะที่ได้รูปแบบการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ จึงได้ 4'SA Model ประกอบด้วย Skills, Structure, Strongly Leadership, Social Relationship และ Attitude ซึ่งประกอบ 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 สร้างรูปแบบระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. สร้างรูปแบบระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) ขั้นตอนแรก การสร้างองค์ความรู้และทักษะ (Skills) มีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมในการสร้างองค์ความรู้และทักษะทางด้านสุขภาพ

2) ขั้นตอนที่สอง การวิเคราะห์และเข้าใจปัญหาโครงสร้างทางสังคมทุกระดับ (Structure) เป็นขั้นตอนที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในระบบโครงสร้างทุกระดับ ได้แก่ ครอบครัว ชุมชนและสังคม

3) ขั้นตอนที่สาม สร้างผู้นำเข้มแข็งขับเคลื่อนเครือข่าย (Strongly Leadership) เป็นขั้นที่สร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้นำ ทั้งผู้นำตามโครงสร้างหน้าที่และผู้นำแฝงจากกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ

4) ขั้นตอนที่สี่ การมีสัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคม (Social Relationship) ทั้งนี้สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ขาดไม่ได้เลย มีการดำเนินกิจกรรมในการประชุมเครือข่ายสุขภาพ ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันใกล้ชิด มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการมีจิตสำนึกร่วมกัน และอีกประเด็นเพิ่มเติม คือ 4.1) การมีทัศนคติที่ดี (Attitude) ต่อตนเอง ต่อกิจกรรมที่ทำต่อบุคคล และต่อชุมชน จึงจะมีจิตที่อาสาในการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์

2. ผู้วิจัยได้นำรูปแบบระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ ส่งผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน พิจารณาให้ข้อเสนอแนะ และผู้วิจัยแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการ เป็นการระดมความคิด (Brain Storming) จากภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยมีการจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชน เป็นระยะในการพัฒนาและเพิ่มพูนศักยภาพของผู้นำชุมชนในด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และทักษะด้านการจัดการระบบสุขภาพชุมชน ปัญหาสถานการณ์สุขภาพชุมชนและแนวทางการแก้ไขสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการและสังเกตวิเคราะห์การดำเนินงาน เป็นดำเนินกิจกรรมตามโครงการเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตามความรับผิดชอบในกิจกรรมหรือโครงการแก้ไขสุขภาพชุมชนที่ได้จัดทำแผนปฏิบัติการไว้

ระยะที่ 3 ประเมินสรุปผลและถอดบทเรียน เป็นขั้นตอนการประเมินการดำเนินงาน/โครงการว่าเป็นไปตามกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรมในโครงการ งบประมาณ โดยการประเมินผลทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลและสรุปผลนำเสนอผลการประเมินต่อเวทีการประชุมภาคีเครือข่ายสุขภาพ และการถอดบทเรียน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 3,474 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2565ข)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. เครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ แกนนำภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชนปราชญ์ชุมชนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาเบา จำนวน 30 ราย 2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในบ้านลำพุก หมู่ที่ 14 ตำบลตาเบา จำนวน 87 ราย ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นเพศชายหรือหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) สื่อสารภาษาไทยด้วยการฟัง พูด อ่าน เขียนได้ 3) มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 mg./dl. หลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง 4) มีค่าความดันโลหิตสูงกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท 5) เป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 6) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดแยกตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรครุนแรง หรือโรคทางจิตและการรับรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลสภาพทั่วไปของชุมชน ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์สภาพแวดล้อมทั่วไปวิถีชีวิตชุมชนประเพณีวัฒนธรรมข้อมูลสุขภาพชุมชน

2) แบบบันทึกการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรมในการแสดงความคิดเห็นการเข้าร่วมประชาคมภาคีเครือข่ายหรือประชุมการทำงานร่วมกันของคนในชุมชน

3) แนวทางการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ใช้ในสัมภาษณ์เครือข่ายสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

4) แบบคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง แบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่

1) อายุและอาชีพ และ 2) ประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง จำนวน 11 ข้อ โดยถามคำถามดังนี้ 1) พฤติกรรมหรือมีนิสัยชอบรับประทานประเภทรสชาติอาหาร 2) ความถี่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ 3) การเติมเครื่องปรุง 4) การใช้เครื่องปรุงรสในการประกอบอาหาร 5) การใช้ไขมันชนิดในการประกอบอาหาร 6) ความถี่และปริมาณการรับประทานอาหารแต่ละวัน 7) ประเภทและปริมาณอาหารที่รับประทานอื่น 8) กิจกรรมประจำวัน (ช่วงเวลาและระยะเวลาในแต่ละวัน) 9) การออกกำลังกายเพิ่มเติม (ประเภท ระยะเวลาและความถี่ต่อสัปดาห์) 10) การเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัวกับปีที่ผ่านมา และ 11) พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการตรวจร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดเจาะปลายนิ้ว

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ (2560) มีจำนวน 6 ข้อ

คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-17 คะแนน การแปลผล 0 - 2 คะแนน ระดับความเสี่ยน้อย 3 - 5 คะแนน ระดับความเสี่ยปานกลาง 6 - 8 คะแนน ระดับความเสี่ยสูง 9 -172 คะแนน ระดับความเสี่ยสูงมาก

ส่วนที่ 5 แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยของโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยของโรคความดันโลหิตสูงของ Sathish (2016) มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนจะอยู่ในช่วง 0 - 5 คะแนน การแปลผล 0 - 2 คะแนน ระดับความเสี่ยน้อย 3 - 5 คะแนน ระดับความเสี่ยมาก 6 - 8 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพและการวิจัย แบบสอบถามและแบบคัดกรองตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และหาค่าความเที่ยงในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ของแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยที่กระตุ้นให้เกิดโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการตรวจร่างกาย แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยของโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91, 0.88, 0.94 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ อสม.ชุดนักสืบ โดยการประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้เครื่องมือวิจัยในการเก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งเก็บข้อมูลจากตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมวิจัยโดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลตาเบา อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. รูปแบบการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
3. ผลของระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพตำบลตาเบา อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขรับรอง 002/2566 ลงวันที่ 3 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการแก้ไข อันดับที่ 1 คือ ภาวะที่ประชาชนเจ็บป่วย พิกัด และตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วนลงพุง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.91, ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.12 ด้านข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ชอบรับประทานอาหารค่อนข้างหวาน ร้อยละ 34.48 ชอบรับประทานอาหารค่อนข้างเค็ม ร้อยละ 20.68 ชอบรับประทานอาหารค่อนข้างมัน ร้อยละ 11.49 ชอบรับประทานอาหารเผ็ดน้อย ร้อยละ 60.91 ข้อมูลจำนวนครั้งความบ่อยที่รับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า รับประทานขนมรสหวาน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 49.42 รับประทานผลไม้รสหวานจัด ร้อยละ 48.27 รับประทานเครื่องดื่มรสหวาน 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 25.28 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.11 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 11.49 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 44.82 และรับประทานอาหารที่ใส่กะทิ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 50.57 ข้อมูลความถี่ที่รับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ ต่อสัปดาห์ พบว่า รับประทานอาหารที่รสเค็มจัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 33.33 อาหารที่แปรรูป 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 39.08 ข้อมูลการเติมเครื่องปรุงในอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการเติมผงชูรส ร้อยละ 79.31 และเติมผงปรุงรส (รสดี/คนอร์) ร้อยละ 83.90 ข้อมูลชนิดน้ำมันที่ใช้ในการประกอบอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ใช้น้ำมันถั่วเหลือง ร้อยละ 25.28 และใช้น้ำมันหมู ร้อยละ 66.67 ข้อมูลการรับประทานอาหารวันต่อวัน/มื้อ พบว่า รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 82.75 ข้าวมีอยู่ 3 ท็อป ร้อยละ 50.57 ข้อมูลการออกกำลังกาย พบว่า ไม่ออกกำลังกายเพิ่มเติมจากกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 50.57 ข้อมูลการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.95 ข้อมูลระดับน้ำตาลในกระแสเลือด พบว่า ต่ำกว่า 140 mg% ร้อยละ 60.91 อยู่ระหว่าง 141-199 mg% ร้อยละ 35.63 และ 200 mg% ขึ้นไป ร้อยละ 3.44 ข้อมูลสรุปผลการสอบสวนหาสาเหตุความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานจำนวน ร้อยละ 78.16 และกลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.10 ข้อมูลการให้คำแนะนำของ อสม. แก่กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ได้รับคำแนะนำควรลดอาหารประเภทหวาน ร้อยละ 74.71 ได้รับคำแนะนำควรลดอาหารประเภท เค็มและปรุงรส ร้อยละ 95.40 ได้รับคำแนะนำควรลดอาหารประเภทไขมัน ร้อยละ 85.05 และได้รับคำแนะนำควรออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรงเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 87.35

เรื่องเล่าจากการปฏิบัติงานและประสบการณ์ของ อสม. ชุมนักสืบ จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

สุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ ดังตัวอย่าง อสม.ชุดนักร้อง คนที่ 1 ประธานชุดนักร้อง “ขอใจจิ้ง ที่รับพานันไปรักษา” ประเด็นจากการวิเคราะห์เรื่องเล่าที่ 1 พบว่า การรับรู้ว่าคุณค่าของตัวอสม.ชุดนักร้องจากปัจจัยนำเข้า คือ การรับการอบรม และจากผลลัพธ์ที่ดี ที่เกิดกับกลุ่มเสี่ยงที่เขาเพียรพยายามในการดูแลให้คำแนะนำตามศักยภาพของเขา อสม.ชุดนักร้อง ที่ 2 “บ้ายบายความดันฯ ฉันทาก่อน!” ประเด็นจากการวิเคราะห์เรื่องเล่าที่ 2 พบว่า การเข้าไปเป็นผู้ร่วมปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจนเป็นต้นแบบของตัวอสม.ชุดนักร้อง จากปัจจัยนำเข้า คือ ทักษะเฉพาะตัวของ อสม.เอง และจากผลลัพธ์ที่เกิดการเข้ามาร่วมปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสาธิตและให้คำแนะนำ สรุปได้ว่าปัจจัยความสำเร็จที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่มีองค์ประกอบสำคัญคือ ชุมชนเริ่มจากระดับคุ้ม ระดับหมู่บ้านเป็นศูนย์กลาง กระตุ้นให้มีการพัฒนาชุมชน จัดระบบสุขภาพเข้มแข็ง ป้องกันการเจ็บป่วยของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ได้ระบบการป้องกันการเจ็บป่วย ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา รายละเอียดดังนี้

1) ขั้นตอนแรก การสร้างองค์ความรู้และทักษะ (Skills) มีการดำเนินโครงการ/กิจกรรมในการสร้างองค์ความรู้และทักษะ ได้แก่ เพิ่มพูนศักยภาพของผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และทักษะด้านการจัดการระบบสุขภาพชุมชน ปัญหาสถานการณ์สุขภาพชุมชนและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน การเพิ่มพูนศักยภาพและขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ด้านความรู้ด้านสุขภาพ และด้านจิตอาสาและการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และกลุ่มเสี่ยงมีการให้ความรู้และทักษะด้านการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกและมีความสำคัญอย่างยิ่ง

2) ขั้นตอนที่สอง การวิเคราะห์และเข้าใจปัญหาโครงสร้างทางสังคมทุกระดับ (Structure) เป็นขั้นตอนที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในระบบโครงสร้างทุกระดับ ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยมีกิจกรรมประชาคมภาคีเครือข่ายสุขภาพร่วมกันวิเคราะห์สรุปปัญหาในด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาตามโครงสร้างให้ถูกจุดและแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน

3) ขั้นตอนที่สาม สร้างผู้นำเข้มแข็งขับเคลื่อนเครือข่าย (Strongly Leadership) เป็นขั้นที่สร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้นำ ทั้งผู้นำตามโครงสร้างหน้าที่และผู้นำแฝงจากกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ แกนนำภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาเบา มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพตำบลเพื่อขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และมีกิจกรรมสร้างผู้นำเข้มแข็งขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ การเพิ่มพูนทักษะและภาวะผู้นำ

4) ขั้นตอนที่สำคัญ การมีสัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคม (Social Relationship) ทั้งนี้สิ่งที่จำเป็นปัจจัยสำคัญที่ขาดไม่ได้เลย มีการดำเนินกิจกรรมในการประชุมเครือข่ายสุขภาพ โดยมีกิจกรรมการทำความรู้จักซึ่งกันและกัน การทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม การเรียนรู้บุคลิกภาพของตนเองและผู้อื่นจากลักษณะสัตว์ 4 ทิศ ทั้งนี้ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กันใกล้ชิด มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการมีจิตสำนึกร่วมกัน และอีกประเด็นเพิ่มเติม คือ การมีทัศนคติที่ดี (Attitude) ต่อตนเอง ต่อกิจกรรมที่ทำต่อบุคคล และต่อชุมชน จึงจะมีจิตที่อาสาในการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์

การวิจัยครั้งนี้จึงได้รูปแบบการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีองค์ประกอบ ได้แก่ Skills, Structure, Strongly Leadership, Social Relationship, Attitude หรือ 4'SA Model (สี่ซ่าโมเดล)

3. ผลการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลังการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ตัวอย่างมีคะแนนภาวะเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) (n=87)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	t	<i>p</i> -value
คะแนนความเสี่ยงโรคเบาหวาน				
ก่อน	13.84	2.04	8.47	<.001
หลัง	11.61	2.28		
คะแนนความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง				
ก่อน	3.48	0.18	2.17	<.001
หลัง	3.12	0.21		

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งจากการที่คณะกรรมการสุขภาพอำเภอปราสาท ได้ประชุมประเมินและวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพประชาชนของอำเภอปราสาท พบว่า มีปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการแก้ไขอันดับที่ 1 คือ ภาวะที่ประชาชนเจ็บป่วย พิการ และตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วนลงพุง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก ที่พบว่าผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 41 ล้านคนต่อปี ร้อยละ 77 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อนั้น เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง โดยที่โรคหัวใจและหลอดเลือดเสียชีวิตมากที่สุด (17.9 ล้านคน) โรคมะเร็ง (9.3 ล้านคน) โรคระบบทางเดินหายใจ (4.1 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน) (WHO, 2023) ส่วนสถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 -2561 พบอัตราตายในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี จากโรคไม่ติดต่อนี้ทั้งหมดทั้ง 4 โรค ประกอบด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังมีแนวโน้มลดลงจาก 131.79 ต่อประชากร 100,00 คน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) ซึ่งกรมควบคุมโรคกำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 20 ปี แผนยุทธศาสตร์ระดับต่างๆเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานลดความเสี่ยงลดการป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเน้น “4 มาตรการ (2P2S)” ได้แก่ 1) การนำขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ (Policy and Advocacy: P) 2) การส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง (Promotion and Risk Reduction: P) 3) การเสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Strengthen Health System: S) 4) การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล (Surveillance and M&E: S) โดยมีเป้าหมายลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อนี้ร้อยละ 25 ภายในปี 2568 (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ, 2564) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.91 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.12 ด้านข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ชอบรับประทานอาหารค่อนข้างหวาน ร้อยละ 34.48 ชอบรับประทานอาหารค่อนข้างเค็มร้อยละ 20.68 ชอบรับประทานอาหารค่อนข้างมันร้อยละ 11.49 ชอบรับประทานอาหารเผ็ดน้อยร้อยละ 60.91 และชอบรับประทานอาหารเปรี้ยวร้อยละ 58.62 ซึ่งสอดคล้องใกล้เคียงกับผลสำรวจ/สำมะโนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ที่พบว่า ร้อยละของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (รสชาติอาหาร) ได้แก่ รสจืด ๆ ร้อยละ 37.9 รสหวาน ร้อยละ 14.1 ซึ่งจากผลการวิจัยสูงกว่าผลสำรวจ/สำมะโนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 มากกว่า 2 เท่า รสเค็มร้อยละ 13.6 ซึ่งจากผลการวิจัยสูงกว่าผลสำรวจ/สำมะโนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 เช่นเดียวกัน รสเผ็ดร้อยละ 25.3 และรสชาติเปรี้ยวย้อยละ 4.8 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าประชาชนตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและอาจจะนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป ข้อมูลความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานจำนวนร้อยละ 78.16 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภาภรณ์ จงกลาง และนาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ (2564) ที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 21.88 ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชาชนตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ เสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานมีจำนวนมากซึ่งต้องได้รับการดูแลป้องกันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและหากเป็นโรคก็จะวางแผนเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคต่อไป และกลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 93.10 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564)

ที่พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.51 เป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 7.68 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประชาชนตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ เสี่ยงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุและปัจจัยมาจากพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนนั้น ความจำเป็นเร่งด่วนอาจจะเป็นการจัดกิจกรรมทางสุขภาพให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

รูปแบบพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ 1) สร้างองค์ความรู้ (Skills) 2) วิเคราะห์ปัญหาโครงสร้าง (Structure) สังคม บุคคล ครอบครัว ชุมชน 3) ผู้นำเข้มแข็งขับเคลื่อนเครือข่าย (Strongly Leadership) 4) สัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคม (Social Relationship) และ 4.1 การมีทัศนคติที่ดี (Attitude) หรือ 4'SA MODEL ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1) สร้างองค์ความรู้ (Skills) ภาคเครือข่ายสุขภาพการพัฒนาองค์ความรู้ทักษะด้านการพัฒนาและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพินทุสร เหมพิสุทธิ และคณะ (2565) ซึ่งกล่าวว่า สร้างองค์ความรู้ในภาคเครือข่ายสุขภาพนั้นประกอบด้วย 1) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางด้านกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติ จากรัฐส่วนกลาง เพื่อรองรับการปฏิรูปเขตสุขภาพ 2) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อรองรับการจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) และการบริหารจัดการแนวใหม่ 3) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อรองรับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกมิติ และ 4) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางด้านกฎหมาย ระเบียบ ขั้นตอน แนวทางการปฏิบัติเพื่อรองรับการกระจายอำนาจ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าสร้างองค์ความรู้ในภาคีเครือข่ายสุขภาพนั้นจะเป็นเพิ่มความเข้าใจทิศทางการพัฒนาและขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชนไปในทิศทางเดียวกันและมีเป้าหมายร่วมกัน

2) วิเคราะห์ปัญหาโครงสร้างสังคม (Structure) (บุคคล ครอบครัว ชุมชน) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาระบบความสัมพันธ์ระหว่างสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพงศ์ พลเสน และคณะ (2559) โดยอธิบายว่า วิเคราะห์ปัญหาโครงสร้างสังคม ซึ่งได้แก่ ตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเป็นการวิเคราะห์ปัญหาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านความเชื่อวัฒนธรรม เพื่อรับทราบสถานการณ์ปัญหาของประชากรและชุมชนและร่วมกันระบุปัญหา ลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาต่อไป ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการวิเคราะห์ปัญหาโครงสร้างสังคมนั้นเป็นการศึกษารายละเอียดของสังคมตั้งแต่ระดับตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งภาคีเครือข่ายสุขภาพต้องวิเคราะห์ในมุมมองของตนจึงทำให้มองเห็นปัญหาโครงสร้างสังคมได้ครอบคลุม ถูกต้องและเป็นจริงมากที่สุด

3) ผู้นำเข้มแข็งขับเคลื่อนเครือข่าย (Strongly Leadership) ผู้นำต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เลิศยิ่งยศ (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาความยากจนของชุมชนในแหล่งท่องเที่ยวเชิงอารยธรรม อำเภอโนนสูง จังหวัด

นครราชสีมา ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยกล่าวว่า ผู้นำต้องมีศักยภาพผู้นำชุมชน 4 ด้าน คือ ด้านบุคลิกภาพ ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านบทบาทผู้นำ โดยผู้นำเป็นคนในชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทีมเครือข่าย ซึ่งจากการศึกษาของพัชนี ตูณะ (2561) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการคิดและเสนอความคิดเห็น 2) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3) มีส่วนร่วมในการดำเนินการ 4) มีส่วนร่วมรับประโยชน์ และ 5) มีส่วนร่วมตรวจสอบติดตามและประเมินผล ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า การมีผู้นำเข้มแข็งขับเคลื่อนเครือข่ายจะเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญาสุขภาพชุมชน

4) สัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคม (Social Relationship) ซึ่งการมีสัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ คงสืบ และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กล่าวว่าการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายนั้นจะต้องมีสัมพันธภาพเชิงบวกต่อกันในทีม ซึ่งสัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคม นั้น Azarian (2010) ได้อธิบายว่าความสัมพันธ์ทางสังคมหรือการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมคือความสัมพันธ์ระหว่างสองคนหรือมากกว่าบุคคลใด ๆ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่มาจากหน่วยงานแต่ละหน่วยเป็นพื้นฐานของโครงสร้างทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบของสัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคม Holt-Lunstad et al. (2010) ได้อธิบายไว้ว่าประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การแบ่งปันอำนาจ เป็นการปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพและเปิดโอกาสให้ได้สื่อสารกัน 2. การแสดงความห่วงใย เป็นการแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน 3. การให้การสนับสนุน ด้วยการแสดงความช่วยเหลือต่อกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยกัน 4. การขยายขอบเขตความเป็นไปได้ ที่เป็นการมองเห็นความเป็นไปได้ผ่านการเชื่อมโยงเข้ากับผู้คนและสถานที่ใหม่ ๆ 5. การท้าทายการเติบโตด้วยการผลักดันกันให้ดีขึ้นไปเรื่อย ๆ ส่วนในด้านการมีทัศนคติที่ดี (Attitude) สอดคล้องกับการศึกษาของอนุตตรา อนุเรือง (2560) ได้อธิบายถึงการมีทัศนคติที่ดีเป็นเรื่องเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในทิศทางที่เป็นบวกซึ่งการมีทัศนคติที่ดีสามารถส่งผลถึงการมีสัมพันธภาพเชิงบวกทางสังคมได้ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายสุขภาพต่อไป

3. ผลของการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลังการพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ตัวอย่างมีคะแนนภาวะเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าใช้ 4'SA Model มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ทั้งนี้เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลตาเบา จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพดังกล่าวเป็นตัวกระตุ้นและช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีการได้รับคำแนะนำจากอสม. จนเกิดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมรวมกับการให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว/ญาติ ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม

จากอสาสมัครสาธารณสุขและคนในครอบครัว (Goetz et al., 2012) ซึ่งทั้งนี้เกิดความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน โดยการบูรณาการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพที่มีระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการภาคีเพื่อการตอบสนองต่อสุขภาวะและสภาวะที่เปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลา ซึ่งตำบลจัดการสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน และทุกภาคส่วนในท้องถิ่นมาบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา กำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (3อ.2ส.) และโรควิถีชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2559) และการที่ชุมชนจะตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมและร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ขึ้นกับเงื่อนไขและปัจจัยที่หลากหลายทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งคุณลักษณะภายในของบุคคล เช่น การรับรู้ข้อมูล โดยขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 5 ขั้นตอน คือ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกำหนดทางแก้ปัญหา ร่วมกิจกรรม ร่วมประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น (Cohen & Uphoff, 1981) ดังนั้นกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีสุขภาพดี

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ดังนั้น ภาคเครือข่ายสุขภาพควรค้นหาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการอื่นๆ ให้สะดวก สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็งในการพัฒนาระบบการป้องกันเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ควรมีการขยายผลนารูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่จะเกิดในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2559). *แนวทางการขับเคลื่อนตำบล*

จัดการสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สรุปข้อมูลสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2564 : ผลสำรวจ/สำมะโนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ*.

<https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/599172>

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2565). รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ. อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ, กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ. (2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online. อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- กิตติพงศ์ พลเสน, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, อรุณ ภาชีน, และณิชาภัทร ชันสาคร. (2559). การระบุและสังเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 11(2), 22-32.
- พจน์ี ตูเถ. (2561). ปัจจัยที่ส่งเสริมและพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and art)*, 11 (2), 3560-3575.
- พินทุสร เหมพิสุทธิ, ทิวาพรรณ ปิยกุลมามา, ภาวิณี เอี่ยมจันทน์, ชนิญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย. (2565). การศึกษาทิศทางระบบสุขภาพในอนาคต และคาดการณ์ความต้องการกำลังคนสาขาวิชาชีพแพทย์ของหน่วยบริการส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 – 2569: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(5), 929-944.
- เพ็ญพิมพ์ ปันระสี, และภัทราบุลย์ นาคสุสุข. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลระดับประจําครอบครัวที่ บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 40-55.
- วรรณภาภรณ์ จงกลาง, และนาฏนภา ทิเบแก้ว ปัดชาสุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 71-82.
- ศิริพร เลิศยิ่งยศ. (2560). การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาความยากจนของชุมชนในแหล่งท่องเที่ยวเชิงอารยธรรม อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 25(48), 177-202.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ร่มเย็น มีเดีย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยพ.ศ. 2554-2563*. โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2565ก). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD)*.
https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2565ข). *ปิรามิดประชากร*. <https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/main/>

- หทัยรัตน์ คงสืบ, และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. (2562). ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 5(1), 72-84.
- อนุดตรา อนุเรือง. (2560). *การรับรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร* [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์.
- Azarian, R. (2010). Social ties: Elements of a substantive conceptualization. *Acta Sociologica*, 53(4), 323-338.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies. Cornell University.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Goetz, K., Szecsenyi, J., Campbell, S., Rosemann, T., Rueter, G., Raum, E., Brenner, H., & Miksch, A. (2012). The importance of social support for people with type 2 diabetes - a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients. *Psychosocial medicine*, 9, Doc02. <https://doi.org/10.3205/psm000080>
- Sathish, T., Kannan, S., Sarma, P. S., Razum, O., Thrift, A. G., & Thankappan, K. R. (2016). A risk score to predict hypertension in primary care settings in rural India. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 28(1 Suppl), 26S-31S.
<https://doi.org/10.1177/1010539515604701>
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (2023, September 16). *Noncommunicable diseases*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

โอทนี สุวรรณมาลี, พ.บ.*

Received: September 16, 2023

Revised: November 23, 2023

Accepted: December 9, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและระดับความรุนแรง ปัจจัยเสี่ยง และผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ประชากร จำนวน 250 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และมาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 180 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ทะเบียนการฝากครรภ์ และทะเบียนคลอด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในการฝากครรภ์ครั้งแรก ไตรมาสสาม และระยะคลอด คือ ร้อยละ 48.89, 40.56 และ 15 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 36.11, 30.56, 10 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ คือ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์สูงกว่าปกติ (Adj.OR = 2.284, 95% CI [1.15, 4.50]) อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ≥ 12 สัปดาห์ (Adj.OR = 3.579, 95% CI [1.81, 7.05]) ซึ่งสามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางได้ร้อยละ 27.1 และภาวะโลหิตจางไตรมาสสามมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดถึง 2.365 เท่า และทารกน้ำหนักตัวน้อย 5.359 เท่า

สรุปได้ว่า ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ยังเป็นปัญหาสำคัญ ควรมีการประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และรณรงค์ให้ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อให้ได้รับการรักษาและการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ความชุก ปัจจัยเสี่ยง ผลต่อการคลอด

* นายแพทย์ชำนาญการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ; ผู้ให้การติดต่อ: E-mail: ot.numchok@gmail.com

Risk Factors of Anemia in Pregnant Women Who Delivered in PhuKhieo ChalermPhrakiat Hospital

Othane Suwanmalee, M.D.*

Abstract

This research was a retrospective case-control study that aimed to study the prevalence, severity, risk factors, and pregnancy outcomes of maternal anemia in PhuKhieo ChalermPhrakiat Hospital. The population was 250 people. The sample group consisted of 180 pregnant women who came for prenatal care and gave birth in the delivery room at the PhuKhieo ChalermPhrakiat Hospital by simple random sampling with non-returnable lottery. Data were collected retrospectively from medical records, prenatal care registration, and birth registration from 1 October 2022 to 30 September 2023. The tool used to collect data was a pregnant woman data recording form. It has a reliability value of 0.87. Personal data were analyzed using descriptive statistics and data on risk factors and effects of anemia on birth in pregnant women using binary logistic regression.

The results showed that the prevalence of anemia at first antenatal care, third trimester, and delivery period was 48.89%, 40.56%, and 15%, respectively, with the majority having mild anemia: 36.11%, 30.56%, and 10%, respectively. The factor affecting anemia is a body mass index before pregnancy that is higher than normal (Adj.OR = 2.284, 95% CI [1.15, 4.50]). Gestational age at first antenatal care ≥ 12 weeks (Adj.OR = 3.579, 95% CI [1.81, 7.05]). This result can predict a 27.1% chance of anemia, and anemia in the third trimester is 2.365 times more likely to be born prematurely and 5.359 times to have a low birth weight.

In conclusion, anemia in pregnant women is still a major problem. Risk factor screening should be assessed. And campaign for prenatal care before 12 weeks of pregnancy to receive appropriate treatment and care.

Keywords: Anemia in pregnant women, Prevalence, Risk factors, Pregnancy outcome

* Medical Doctor, Professional Level, Deputy Medical Director of PhuKhieo ChalermPhrakiat Hospital; Corresponding Author
E-mail: ot.numchok@gmail.com

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังเป็นความผิดปกติทางระบบเลือดที่พบได้บ่อยที่สุดในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งพบอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 42 ของการตั้งครรภ์ และในประเทศที่กำลังพัฒนาพบความชุกมากถึงร้อยละ 35-75 (ชลธิชา ตานา, 2560) สถานการณ์ของประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2561 - 2565 จากข้อมูลระบบรายงาน 43 แฟ้ม (Health Data Center [HDC]) พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มคงที่ คิดเป็นร้อยละ 16.06 16.43 15.1 14.69 และ 15.64 ตามลำดับ และยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 14 (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ, 2565) และเมื่อจำแนกเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 มีความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 15.56 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และยังเป็นประเด็นสำคัญในการติดตามตรวจราชการในเขตสุขภาพที่ 9 (area base problem) อีกด้วย

สาเหตุของภาวะโลหิตจางอาจเป็นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความผิดปกติของฮีโมโกลบิน การขาดสารอาหาร การเสียเลือดออกจากร่างกาย เช่น การตกเลือดก่อนคลอด การมีพยาธิปากขอ และภาวะโรคเรื้อรัง (ชลธิชา ตานา, 2560) แต่สาเหตุหลักมาจากการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ, 2565; ัญญารัตน์ สิงห์แดง และไพฑูรย์ พรหมเทศ, 2566) นำไปสู่การเกิดผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยพบว่า มารดามีการทำงานของหัวใจหนักขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดหัวใจวาย โอกาสติดเชื้อต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีโอกาสเสียเลือด ตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดภาวะช็อกหรือหัวใจวายได้ ในช่วงระยะคลอดและระยะหลังคลอด และสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด (ชลธิชา ตานา, 2560; นพคุณ นันทศุภวัฒน์, 2563) หากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีการเสียเลือดจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด อาจทำให้เกิดอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตทั้งในมารดาและทารกได้ (Lin et al., 2018) ส่วนผลกระทบต่อทารก พบว่า มีโอกาสเกิดทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะแท้ง หรือทารกตายในครรภ์ ขาดออกซิเจนขณะคลอด พัฒนาการทางร่างกายและสมองไม่สมบูรณ์ และเกิดการเจ็บป่วยง่ายภายหลังคลอดได้ (ชลธิชา ตานา, 2560; Cunningham et al., 2014; Suryanarayana et al., 2017; ปารัตน์ วุฒิจริยวงศ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับการศึกษาน้อย อาชีพแม่บ้าน และการมาฝากครรภ์ช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (ัญญารัตน์ สิงห์แดง และไพฑูรย์ พรหมเทศ,

2566; ผาสุข กัลย์จารีก, 2560) มีภาวะแพ้ท้องในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ การรับประทานธาตุเหล็กเสริมระหว่างตั้งครรภ์ไม่สม่ำเสมอ (Lertprasopsuk & Viriyasirivet, 2023) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ มารดาที่เคยคลอดบุตรและผ่าตัดคลอด (วราภรณ์ ปู่วัง, 2563) การตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี (จิตตระกูล ศุภรัตน์ และศิริวิไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2559; ปรัชญา กาญจนโสภณ, 2558) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางจึงมีความสำคัญในการคัดกรองและเฝ้าระวังเบื้องต้นสำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

สำหรับสถานการณ์จังหวัดชัยภูมิจากแบบรายงานแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2565 พบสถิติหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มีภาวะโลหิตจาง (ฮีโมโกลบิน<33 เปอร์เซ็นต์) ร้อยละ 17.23 ส่วนโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติพบสถิติภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 14.28 (โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ, 2566) ซึ่งมีอัตราสูงกว่าเป้าหมาย สอดคล้องกับสถานการณ์ในระดับจังหวัดและประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ในการป้องกันผลกระทบจากภาวะโลหิตจางที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ รวมถึงทารกแรกเกิด จึงควรมีการคัดกรองเบื้องต้นตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกและระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่หนึ่ง สามและระยะคลอด เนื่องจากในระยะคลอดมีโอกาสเสียเลือด ตกเลือดหลังคลอดทำให้เกิดภาวะช็อกหรือหัวใจวายได้ทั้งในช่วงระยะคลอดและระยะหลังคลอด รวมถึงศึกษาปัจจัยเสี่ยง และผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

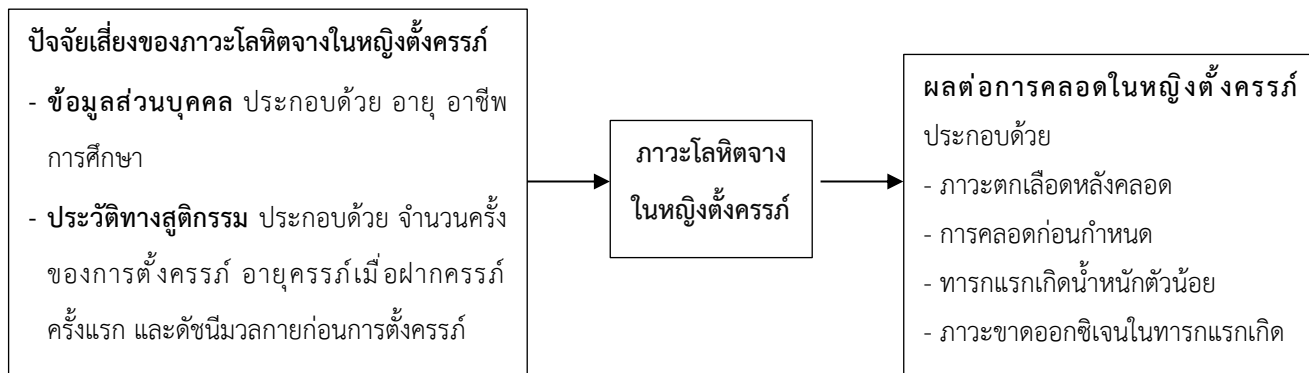
1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แต่ละไตรมาส โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

4. เพื่อศึกษาผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาความชุก ระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ทะเบียนการฝากครรภ์ และทะเบียนคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และมาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 จำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และมาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 180 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ และมาคลอดที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 มีผลการตรวจเลือดฮีโมโกลบิน (Hemoglobin [Hb]) และความเข้มข้นเลือด (Hematocrit [Hct]) ในการฝาก

ครรภ์ครั้งแรก ไตรมาสที่สาม และในระยะคลอด มีภาวะเป็นหรือแบบบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอดที่สามารถค้นหาได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่มีผลการตรวจเลือด มีประวัติของโรคทางโลหิตวิทยา เช่น โรคธาลัสซีเมีย และโรคพร่องเอนไซม์จีซิกพีดี (G6PD deficiency) เป็นต้น และไม่สามารถค้นหาภาวะเป็นหรือแบบบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างโดยวิธีคำนวณสัดส่วนประชากรโดยทราบจำนวนประชากร (Estimating a finite population proportion) ผู้วิจัยใช้หลักการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าขนาดประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร ของ Daniel (1995) ตามสูตร

$$n = \frac{Np(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

ทั้งนี้ได้กำหนด $N = 250$, Proportion 0.23 ตามงานวิจัยของธัญญารัตน์ สิงห์แดง และไพฑูรย์ พรหมเทศ (2566) กำหนดค่า Alpha error = .05 ค่า $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ระดับนัยสำคัญหรือระดับความเชื่อมั่น = .05 และค่า $Z = 1.96$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน และเพื่อให้มีขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 เท่าของจำนวนตัวแปรอิสระสำหรับการวิเคราะห์ Binary logistic regression (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2559) ซึ่งมีตัวแปรต้นที่สนใจศึกษาปัจจัยเสี่ยงจำนวน 6 ตัวแปร ซึ่งประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 180 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้คือแบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน โดยรวบรวมข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ตัวแปรคือ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 ประวัติทางสูติกรรม โดยการบันทึกแบบเติมคำจากเวชระเบียน จำนวน 3 ตัวแปร คือ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการบันทึกแบบเติมคำจากเวชระเบียน คือ ผลการตรวจเลือดฮีโมโกลบิน (Hb) และความเข้มข้นเลือด (Hct) ในการฝากครรภ์ครั้งแรก ไตรมาสสาม และในระยะคลอด

โดยกำหนดให้ภาวะโลหิตจางคือค่า $Hb < 11$ กรัมต่อเดซิลิตร หรือ $Hct < 33$ เปอร์เซ็นต์ และกำหนดระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางดังนี้ ค่า $Hb \geq 11$ กรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีภาวะโลหิตจาง, $Hb 10-10.9$ กรัมต่อเดซิลิตร ระดับเล็กน้อย, $Hb 7-9.9$ กรัมต่อเดซิลิตร ระดับปานกลาง และ Hemoglobin < 7 กรัมต่อเดซิลิตร ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 ประวัติการคลอดปัจจุบัน โดยการบันทึกแบบเติมคำจากเวชระเบียน คือ การตกเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ อายุครรภ์ที่คลอดโดยการคำนวณจากประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย น้ำหนักทารกแรกเกิดเมื่อแรกคลอด และผลการประเมินสภาพร่างกายทารกแรกเกิด (APGAR Score) ในนาทีที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้คือแบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา ทารก และ ผดุงครรภ์ 1 ท่าน และพยาบาลแผนกสูตินรีเวช 1 ท่าน จากนั้นจึงทำการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ไปทดสอบ (try-out) กับบุคคลที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ตอบที่มีต่อคำถาม ลำดับของคำถาม ความถูกต้องของคำถาม แล้วนำมาแก้ไขก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.87 (Cronbach's Coefficient Alpha, อ้างถึงใน บุญเรียง ขจรศิลป์, 2543)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลภูเขียว เฉลิมพระเกียรติ จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ใน ส่วนข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติทางสูติกรรม ประวัติการคลอดปัจจุบัน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin level และ hematocrit ในการฝากครรภ์ครั้งแรก ไตรมาสสาม และในระยะคลอด จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด ทำการตรวจสอบความครบถ้วน และสมบูรณ์ของแบบบันทึก เพื่อเตรียมข้อมูลทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) โดยการวิเคราะห์สองตัวแปร (Bivariate Model) และพหุคูณ (Multiple logistic regression)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 47/66 ลงวันที่ 29 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขอเก็บข้อมูลวิจัยต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และจะรายงานเป็นผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 180 คน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 88 คน (ร้อยละ 48.89) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 51.11) มีผลการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 28 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 56.82) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 50.00) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 80 คน (ร้อยละ 90.91) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ สูงกว่าปกติ จำนวน 60 คน (ร้อยละ 68.18) และอายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่า 12 สัปดาห์ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 65.91)

ความชุกและระดับความรุนแรงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า การตรวจภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก ในการฝากครรภ์ไตรมาสที่สาม และในระยะคลอดมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 48.89, 40.56 และ 15.00 ตามลำดับ โดยระดับภาวะโลหิตจางที่พบมากที่สุดทั้งสามระยะ คือ มีภาวะโลหิตจางระดับเล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละระดับและความรุนแรงภาวะโลหิตจาง จำแนกตามครั้งของการตรวจ (n = 180)

การฝากครรภ์	ภาวะโลหิตจาง			
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
	(Hb ≥ 11)	(Hb 10-10.9)	(Hb 7-7.9)	(Hb < 7)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ฝากครรภ์ครั้งแรก	92 (51.11)	65 (36.11)	19 (10.56)	4 (2.22)
ฝากครรภ์ไตรมาสที่สาม	107 (59.44)	55 (30.56)	18 (10.00)	0 (0.00)
ระยะคลอด	153 (85.00)	18 (10.00)	9 (5.00)	0 (0.00)
(Hb Mean=12.01, SD =1.20)				

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ โดยการวิเคราะห์สองตัวแปร พบว่า ระดับการศึกษา (OR = 2.958, 95% CI [1.233,7.094]) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (OR = 2.250, 95% CI [1.206,4.197]) และอายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก (OR = 3.149, 95% CI [1.712,5.792]) มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ โดยการวิเคราะห์สองตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา	OR	95% CI	p-value
อายุ (ปี)			
≥ 28 ปี (ref: < 28 ปี)	1.155	0.641-2.079	0.632
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ref: ประกอบอาชีพ)	0.769	0.428-1.383	0.381
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี (ref: ปริญญาตรี)	2.958	1.233-7.094	0.015*

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	OR	95% CI	p-value
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์			
(ref: ดัชนีมวลกายปกติ)			
ดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ	0.000	0.000-0.000	0.999
ดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ	2.250	1.206-4.197	0.011*
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			
การตั้งครรภ์หลัง (ref: การตั้งครรภ์แรก)	1.078	0.586-1.981	0.809
อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก			
>= 12 สัปดาห์ (ref: < 12 สัปดาห์)	3.149	1.712-5.792	<0.001**

* p-value<0.05, ** p-value<0.01, OR=Odds ratio, 95% CI=95% Confidence Interval, ref.= Reference.

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิโดยการวิเคราะห์พหุคูณ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (Adj.OR = 2.284, 95% CI [1.159,4.500]) และอายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก (Adj.OR = 3.579, 95% CI [1.816,7.052]) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ โดยการวิเคราะห์พหุคูณ

ตัวแปรที่ศึกษา	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุ (ปี)			
>= 28 ปี (ref: <28 ปี)	1.113	0.525-2.362	0.780
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ref: ประกอบอาชีพ)	0.662	0.338-1.297	0.230
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี (ref: ปริญญาตรี)	2.343	0.894-6.14	0.083
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์			
(ref: ดัชนีมวลกายปกติ)			
ดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ	0.000	0-0	0.999
ดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ	2.284	1.159-4.500	0.017*

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	Adjusted OR	95% CI	p-value
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			
การตั้งครรภ์หลัง (ref: การตั้งครรภ์แรก)	0.964	0.441-2.108	0.927
อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก			
>= 12 สัปดาห์ (ref: < 12 สัปดาห์)	3.579	1.816-7.052	<0.001**
Percentage correct =71.1, Nagelkerke R ² = 0.271			

* p-value<0.05, ** p-value<0.01, Adjusted OR= Adjusted Odds ratio, 95% CI=95% Confidence Interval, ref.= Reference

สามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ร้อยละ 27.1 และสามารถอธิบายได้ดังนี้ 1. ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ สูงกว่าปกติ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ ถึง 2.284 เท่า 2. อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก พบว่า อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าอายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 12 สัปดาห์ ถึง 3.579 เท่า

ผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

พบว่า ผลกระทบต่อมารดาและผลกระทบต่อทารก ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การคลอดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ (n=180)

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโลหิตจาง			
	ไม่มี		มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบต่อมารดา				
การคลอดก่อนกำหนด	136	75.56	44	24.44
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	171	95.00	9	5.00
ผลกระทบต่อทารก				
ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย	128	71.11	52	28.89
ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	177	98.33	3	1.67

การวิเคราะห์ผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ โดยการวิเคราะห์สองตัวแปร พบว่า การมีภาวะโลหิตจางในการฝากครรภ์ครั้งแรก และระยะคลอด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ส่วนการมีภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่สาม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด แต่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด มากกว่าการไม่มีภาวะโลหิตจาง ถึง 2.365 เท่า (OR = 5.359, 95% CI [1.444, 3.875]) ดังแสดงในตารางที่ 5 และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย มากกว่าการไม่มีภาวะโลหิตจางฯ ถึง 5.359 เท่า (OR = 5.359, 95% CI [3.025, 9.492]) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5

ความสัมพันธ์ของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ โดยการวิเคราะห์สองตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา	OR	95% CI	p-value
ภาวะโลหิตจางในการฝากครรภ์ครั้งแรก			
มี (ref: ไม่มี)	0.943	0.599-1.484	0.799
ภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่สาม			
มี (ref: ไม่มี)	2.365	1.444-3.875	0.001**
ภาวะโลหิตจางก่อนคลอด			
มี (ref: ไม่มี)	1.694	0.931-3.084	0.085

* p-value<0.05, ** p-value<0.01, OR=Odds ratio, 95% CI=95% Confidence Interval, ref.= Reference.

ตารางที่ 6

แสดงความสัมพันธ์ของภาวะโลหิตจางต่อภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ โดยการวิเคราะห์สองตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา	OR	95% CI	p-value
ภาวะโลหิตจางในการฝากครรภ์ครั้งแรก			
มี (ref: ไม่มี)	1.037	0.680-1.582	0.866
ภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่สาม			
มี (ref: ไม่มี)	5.359	3.025-9.492	<0.001**
ภาวะโลหิตจางก่อนคลอด			
มี (ref: ไม่มี)	1.695	0.942-3.050	0.078

* p-value<0.05, ** p-value<0.01, OR=Odds ratio, 95% CI=95% Confidence Interval, ref.= Reference.

อภิปรายผล

ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แต่ละไตรมาส โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2566 พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ไตรมาสที่สาม และในระยะคลอด คือ ร้อยละ 48.89, 40.56, 15 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณี อุดอ้าย และคณะ (2564) ที่พบความชุกของภาวะโลหิตจางในไตรมาสแรก ไตรมาสที่สอง และไตรมาสที่สาม เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระหว่างการตั้งครรภ์จะมีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดมากกว่าการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดแดง โดยเริ่มตั้งแต่ไตรมาสแรก และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในไตรมาสที่สองและคงที่ในไตรมาสที่สาม เพื่อผลิตเลือดให้เพียงพอสำหรับหญิงตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ร่วมกับการขาดสารอาหารธาตุเหล็กซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ชลธิชา ตานา, 2560) และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับรุนแรงในการฝากครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 2.22 ซึ่งอาจเพราะว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ (ศิริินภา แก้วพวง และคณะ, 2561) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ (ชลธิชา ตานา, 2560) และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าในไตรมาสที่สามและระยะคลอดมีความชุกของภาวะโลหิตจางลดลง ความรุนแรงส่วนใหญ่ลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ ได้รับยาบำรุงครรภ์ไตรเฟอ์ดินในการฝากครรภ์ทุกครั้ง (กรมอนามัย, 2565) รวมถึงการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงจึงทำให้มีภาวะโลหิตจางและมีความรุนแรงลดลง

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสนใจ ประกอบไปด้วย อายุ อาชีพ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ แต่พบว่ามีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 28 ปี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ สิงห์แดง และไพฑูรย์ พรหมเทศ (2566) ที่พบว่ามีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี อาจเนื่องมาจากกลุ่มอายุระหว่าง 20-35 ปีเป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจในการทำงาน มุ่งมั่นกับการทำงาน จึงอาจจะเลยการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Aznam & Inayati, 2021) ส่วนอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ แต่พบว่ามีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของวรารณ ปู่วัง (2563) ที่พบว่ามีภาวะโลหิตจางในกลุ่มมารดาที่เป็นแม่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะว่าการไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอในการดูแลเรื่องอาหารที่มีปริมาณธาตุเหล็กสูงในการดูแลตนเองในระหว่างการตั้งครรภ์ (ธัญญารัตน์ สิงห์แดง และไพฑูรย์ พรหมเทศ, 2566) ส่วนปัจจัยการศึกษา ถึงแม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ แต่พบว่ามีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่สอดคล้องกันกับการศึกษาของปารัตน์ วุฒิจริณวงศ์ (2563) ที่พบภาวะโลหิตจางในระดับการศึกษาระดับมัธยมปลาย อาจเนื่องมาจากการกำหนดตัวแปรที่ไม่ชัดเจน ทำให้ข้อมูลไม่เฉพาะเจาะจง สำหรับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางใน

หญิงตั้งครรภ์ แต่พบว่ามีความโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์หลัง สอดคล้องกับการศึกษาของวรารณ ปู่วัง (2563) ที่พบว่ามีความโลหิตจางในการตั้งครรภ์ครั้งที่สองขึ้นไป อาจเนื่องจากว่าภายหลังจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรครั้งก่อน ร่างกายยังไม่กลับมาเป็นปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ มีปริมาณธาตุเหล็กยังไม่เพียงพอ และไม่ได้รับการเสริมอย่างเพียงพอในการตั้งครรภ์ปัจจุบันจึงทำให้มีโอกาสที่หญิงตั้งครรภ์หลังพบภาวะโลหิตจางได้ โดยเฉพาะถ้าระยะห่างของการตั้งครรภ์ที่น้อยเกินไปก็เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (Imai, 2020)

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์สูงกว่าปกติ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มากกว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ ถึง 2.284 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของวรารณ ปู่วัง (2563) และเฉลิมขวัญ ภูเหลือ (2559) ที่พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 23 กก./ม.² ขึ้นไป เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการที่มีน้ำหนักเกิน มีความสัมพันธ์กับการทานอาหารที่ไม่มีความหลากหลาย และอาหารที่มีสารอาหารน้อย เช่น ธาตุเหล็ก เป็นต้น (Launbo et al., 2022) และมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดธาตุเหล็กและภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น (Wawer et al., 2021) ซึ่งเป็นภาวะที่แพร่หลายมากในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรก มากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มากกว่าอายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่า 12 สัปดาห์ ถึง 3.579 เท่าซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของธัญญารัตน์ สิงห์แดง และไพฑูรย์ พรหมเทศ (2566) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์โลหิตจางที่มาฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซีด มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ถึง 3.229 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป และการฝากครรภ์ในไตรมาสที่สองมีความโลหิตจางมากขึ้น (วรารณ ปู่วัง, 2563; เฉลิมขวัญ ภูเหลือ, 2559; ศิริฉัตร รองศักดิ์ และคณะ, 2560) เนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า ทำให้ได้รับการดูแลรักษาและการประเมินคัดกรองหาภาวะโลหิตจางล่าช้า รวมถึงการได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก การได้รับสุขศึกษา การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ก็มีความล่าช้าตามไปด้วย จนนำไปสู่การเกิดภาวะโลหิตจาง (ธัญญารัตน์ สิงห์แดง และไพฑูรย์ พรหมเทศ, 2566) ดังนั้นดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกจึงสามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ได้ร้อยละ 27.1

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลของภาวะโลหิตจางต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติในการฝากครรภ์ครั้งแรก และในระยะคลอด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ส่วนการมีภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่สาม ส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด ถึงแม้ว่าการศึกษานี้ภาวะโลหิตจางจะไม่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด แต่ก็พบการตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ

5 เนื่องจากการตกเลือดหลังคลอดมีสาเหตุที่สำคัญและพบได้บ่อย 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1. Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี 2. Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด 3. Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4. Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Cunningham et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาของบุษยรัตน์ วงศ์วิริยะเวช และคณะ (2561) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกคือ มดลูกหดตัวไม่ดี และในการศึกษานี้พบว่า การมีภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่สาม มีความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าการไม่มีภาวะโลหิตจาง ถึง 2.365 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tian et al. (2022) ภาวะโลหิตจางของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด โดยภาวะโลหิตจางในระดับรุนแรงและปานกลางมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (Rahmati, 2020; Khezri et al., 2023) และจากผลการศึกษายังพบว่า การมีภาวะโลหิตจางในไตรมาสที่สาม มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย มากกว่าการไม่มีภาวะโลหิตจางฯ ถึง 5.359 เท่า ใกล้เคียงกับการศึกษาของกัญญาณี อุดอ้าย และคณะ (2564) ที่พบว่าภาวะโลหิตจางเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มมารดาที่ไม่มีภาวะโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิตยา พวงราช, 2560; ผาสุข กัลย์จาริก, 2560; ระจิตร์ ชาศิริยณิษฐ์, 2563; วราภรณ์ ปู่วัง, 2563) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการมีระดับฮีโมโกลบินที่ลดลงของมารดามีผลต่อกระบวนการสร้างและพัฒนาหลอดเลือดของรกส่งผลให้การลำเลียงออกซิเจนไปยังทารกในครรภ์ลดลงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย (กัญญาณี อุดอ้าย และคณะ, 2564) จะเห็นได้ว่า การประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ ควรให้ความสำคัญนำไปสู่การได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์ในการป้องกันและลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับสหวิชาชีพ การค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก ให้มาฝากครรภ์เร็วขึ้น การจัดทำคลินิกให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ และจัดทำแนวทางการดูแลภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มสถานบริการอื่นๆ ในระยะคลอดในเรื่องของผลของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์การคลอดกรณีเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. (2565). *คู่มือ 1,000 วันแรกของชีวิต*. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ. (2565). *รายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ*.
https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202303/m_magazine/37955/4261/file_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eecca9.pdf
- กัญญาณี อุดอ้าย, จตุพร ใจเคลื่อน, อิศรา หรรษาวงศ์, และปวีณา พังสุวรรณ. (2564). ผลของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ไตรมาสต่างๆต่อการเกิดทารกแรกคลอดครบกำหนดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 29(2), 88-101.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2559). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows*. ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตตระการ ศุภรัตน์, และศิริวิไล วนรัตน์วิจิตร. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์ ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1). 1-7.
- ชลธิชา ตานา. (2560, ตุลาคม 20). ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/5679/>
- เฉลิมขวัญ ภู่อหล่อ. (2559). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(1), 15-26.
- ธัญญารัตน์ สิงห์แดง, และไพฑูรย์ พรหมเทศ. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2), 101-109.
- นพคุณ นันทศุภวัฒน์. (2560). สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 3(1), 36-45.
- นิตยา พวงราช. (2560). ปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 346-352.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. (2543). *วิธีวิจัยทางการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. พี.เอ็น.การพิมพ์.
- บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะเวช, ณัฐพร จันทรแสนโรจน์, และชุติมา เทียนชัยทัศน. (2561). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ

- การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(1), 39-47.
- ปรัชญา กาญจนโสภณ. (2558). ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่คลอด ณ โรงพยาบาลกระบี่: ความชุกปัจจัยเสี่ยง. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 29(2), 219-225.
- ปารัตน์ วุฒิเจริญวงศ์. (2563). ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลหนองวัวซอ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(1), 43-51.
- ผาสุข กัลย์จาริก. (2560). ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 22-33.
- ระจิตร์ ชาศรีวณิชย์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 1-17.
- โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. (2566). รายงานประจำปี งานห้องคลอดโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ 2563-2566. งานห้องคลอดโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ.
- วรภรณ์ ปู่วัง. (2563). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดโรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 3(1), 18-27.
- ศิริฉัตร รongศักดิ์, ประนอม พูลพัฒน์, และมยุรัตน์ รักเกียรติ์. (2560). ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอด ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 39-47.
- ศิริินภา แก้วพวง, วรณิ เตียววิเศษ, และวรรณนา ศุภสีมานนท์. (2561). อิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 57-66.
- Aznam, A. E., & Inayati, L. (2021). Relationship between age and parity of pregnant women anemia incidences in mayangrejo. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 10(2), 130–137.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C. Y., & Dashe, J. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). Mcgraw-Hill.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.
- Imai, K. (2020). Parity-based assessment of anemia and iron deficiency in pregnant women. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 59(6), 838-841.
- Khezri, R., Salarilak, S., & Jahanian, S. (2023). The association between maternal anemia during pregnancy and preterm birth. *Clinical nutrition ESPEN*, 56, 13–17.

- Launbo, N., Davidsen, E., Granich-Armenta, A., Bygbjerg, I. C., Sánchez, M., Ramirez-Silva, I., Avila-Jimenez, L., Christensen, D. L., Rivera-Dommarco, J. A., Cantoral, A., Nielsen, K. K., & Grunnet, L. G. (2022). The overlooked paradox of the coexistence of overweight/obesity and anemia during pregnancy. *Nutrition*, 99-100, 111650.
<https://doi.org/10.1016/j.nut.2022.111650>
- Lertprasopsuk, S., & Viriyasirivet, B. (2023). Prevalence and associated factors of anemia in different periods of pregnancy. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31(1), 56-63.
- Lin, L., Wei, Y., Zhu, W., Wang, C., Su, R., Feng, H., & Yang, H. (2018). Prevalence, risk factors and associated adverse pregnancy outcomes of anaemia in Chinese pregnant women: A multicentre retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 111.
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1739-8>
- Rahmati, S., Azami, M., Badfar, G., Parizad, N., & Sayehmiri, K. (2020). The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(15), 2679–2689.
- Suryanarayana, R., Chandrappa, M., Santhuram, A. N., Prathima, S., & Sheela, S. R. (2017). Prospective study on prevalence of anemia of pregnant women and its outcome: A community based study. *Journal of family medicine and primary care*, 6(4), 739–743.
https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_33_17
- Tian, Q., Chen, S., & Jiang, D. (2022). Effects of anemia during the third trimester of pregnancy on postpartum depression and pregnancy outcomes in pregnant women older than 35 years: a retrospective cohort study. *Annals of palliative medicine*, 11(3), 1048–1057.
- Wawer, A. A., Hodyl, N. A., Fairweather-Tait, S., & Froessler, B. (2021). Are pregnant women who are living with overweight or obesity at greater risk of developing iron deficiency/anaemia? *Nutrients*, 13(5), 1572. <https://doi.org/10.3390/nu13051572>

ผลของโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

ทรงศนีย์ พูลผล, พย.บ.*

Received: October 24, 2023

Revised: November 21, 2023

Accepted: December 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อน-หลังการทดลอง แบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งมีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.72 - 0.94 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.70 - 0.87 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ ได้ค่า CVI ที่เท่ากับ 0.94 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 43.50$, $SD = 4.24$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -19.373$, $p\text{-value} < .001$) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.919$, $p\text{-value} < .001$)

การศึกษานี้เสนอแนะว่า ควรนำวิธีการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นไปเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: p.tussanee@gmail.com

Effect of Health Literacy Program on Self-care Behaviors of Hypertension Patients receiving Services in Chronic Disease Clinic at Ban Pho Hospital

Tussanee Phoonpol, B.N.S.*

Abstract

This is a quasi-experimental research study with a two-group pre-post-test control group design. It aims to study the effect of a health literacy program on the self-care behaviors of hypertension patients receiving services in a chronic disease clinic at Ban Pho Hospital. The sample group consisted of 60 hypertension patients who could not control their blood pressure levels and were treated in a chronic disease clinic at Ban Pho Hospital, divided into two groups: an experimental group of 30 people and a control group of 30 people. Using simple random sampling from a list of patients, they were assigned to the experimental group and the comparison group. There are two types of instruments used in this research: 1) instruments used to collect data, consisting of a general information questionnaire, the health literacy assessment form and the self-care behavior assessment, that have a CVI value between 0.72 and 0.94 and a Cronbach's alpha coefficient between 0.70 and 0.87, and 2) the instruments used in the experiment, are a health literacy program that a CVI value of 0.94. The researcher conducted collect the data yourself. The experiment was conducted, and data was collected between June 2023 to August 2023. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The results showed that the experimental group had a mean of overall self-care behaviors at the high level ($M = 43.50$, $SD = 4.24$), and the mean was significantly higher than before the program at the 0.05 level ($t = -19.373$, $p\text{-value} < .001$). The experimental group that received the health literacy program had significantly higher mean self-care behaviors among hypertension patients than the control group receiving regular nursing care in the chronic disease clinic at Ban Pho Hospital, statistically at the 0.05 level ($t = -6.919$, $p\text{-value} < .001$).

This study suggests that the method of promoting health literacy according to the program created by the researchers should be used as a guideline for providing care to patients with high blood pressure so that they can change their own behavior to control their care. Blood pressure can be kept within normal limits.

Keywords: Program, Health literacy, Self-care behaviors, Hypertension patients

* Senior Registered, Ban Pho Hospital, Chachoengsao Province; Corresponding Author E-mail: p.tussanee@gmail.com

บทนำ

จากสถิติปี พ.ศ. 2551 พบประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกมีความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ร้อยละ 24 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ ภายในปี พ.ศ. 2568 (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ, 2563) สำหรับประเทศไทยยังประสบกับการพัฒนาเศรษฐกิจและการขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็ว รูปแบบวิถีในการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ มีการแข่งขันกันสูง ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตัวเอง มีกิจกรรมทางกายที่น้อยลง รับประทานอาหารจานเดียวอาหารไขมันสูง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ และเกลือมากขึ้น ในขณะที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ผลไม้และผักน้อยกว่า (ปุนิกา สุ่มทอง และคณะ, 2562) ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การตรวจหาและรักษาแต่เนิ่น ๆ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง (ภัทราวดี แซ่ลี และคณะ, 2564) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลดหวาน ลดเค็ม ลดมัน การออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ลดน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ งดแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด และการรับประทานยาต่อเนื่อง จะช่วยลดระดับความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตได้ (อำนาจ เมืองแก้ว และคณะ, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้ผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ (Liu et al, 2015; Ishikawa & Yano, 2011)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญา และสังคมที่เป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (WHO, 2015) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะพบปัญหาทางด้านสุขภาพและมีสุขภาพไม่ดีจนทำให้เกิดโรคตามมา (กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, 2559) บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองรวมถึงการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Ishikawa & Yano, 2011) โดย Sorensen et al. (2012) ได้กล่าวว่ามนุษย์มีจำเป็นต้องพึ่งระบบสุขภาพและทางสาธารณสุขในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ Liu et al. (2015) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็นมากต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หากมีความรอบรู้ทางสุขภาพดีจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงจนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตได้

โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารักษา 8,428 ราย พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 43.86 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (โรงพยาบาลบ้านโพธิ์, 2565) ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มักจะให้ญาติมารับ

ยาแทน และไม่มาพบแพทย์ แสดงว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจสร้างโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพขึ้นเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

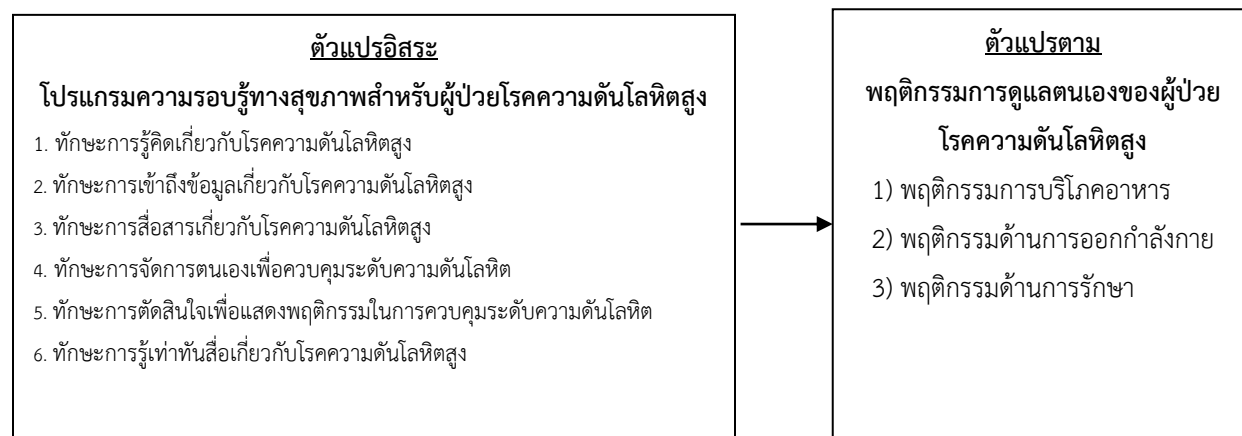
1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ มี 6 ทักษะ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และได้สร้างโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ สำหรับใช้เป็นเครื่องมือทดลอง และสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ทางสุขภาพก่อนทำการทดลอง และใช้แนวคิดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง เป็นตัวแปรตาม และนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) วัดผลก่อน-หลังการทดลอง แบบ 2 กลุ่ม (pre-post test control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 8,428 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 60 คน ผู้วิจัยได้ใช้การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul et al., 2009) วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Priori power analysis) โดยการทดสอบแบบทางเดียวกำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I error) .05 โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) จากงานวิจัยของปฐนิกา สุ่มทอง และคณะ (2562) ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .50 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คือ จำนวน 6 คน รวมเป็น 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากครั้งที่หนึ่งให้เป็นกลุ่มทดลองคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในวันพุธ และจับฉลากครั้งที่สองให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในวันพฤหัสบดี เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยวิธีการจับคู่เหมือน (matched-pair method) ในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย และคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 1 ปี มารับการรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดทุกครั้งเป็นระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ 2) มีค่าระดับความดันโลหิตได้โดยมีค่า Systolic blood pressure สูงกว่า 140 mmHg และ ค่า Diastolic blood pressure สูงกว่า 90 mmHg หรือทั้งสองอย่าง 3) เพศชายหรือเพศหญิงที่อ่านออกเขียนได้ เข้าใจและตอบคำถามได้ 4) อายุไม่เกิน 65 ปี 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง 6) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมฯ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรม และระยะเวลาที่กำหนด 2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรมหรือต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Nutbeam (2008) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3) ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 4) ด้านทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต 5) ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต และ 6) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ดังนี้ คะแนน < 60 % แสดงว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ คะแนน $\geq 60-79\%$ แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน $\geq 80\%$ แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2561) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คือ ไม่ได้ทำเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 แสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 แสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่าเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม แสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ให้มีทักษะการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Nutbeam, 2008) มีกิจกรรมดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

กิจกรรมของโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ จำแนกเป็นรายสัปดาห์ กิจกรรม เวลาที่ใช้ และเครื่องมือ/สื่อประกอบ

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	เวลาที่ใช้	เครื่องมือ/สื่อประกอบ
1	กิจกรรมทบทวนตนเอง - ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทำความรู้จักกัน อธิบายรายละเอียดของโปรแกรมฯ และทำแบบประเมิน	1 ชั่วโมง 30 นาที	- โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพฯ - แบบประเมินความรู้ฯ - แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2	กิจกรรมเสาะแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ - ส่งเสริมทักษะการรู้คิด ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล แนะนำสารสนเทศเพื่อการสืบค้นข้อมูล ฝึกอ่านข้อมูล และตรวจสอบความน่าเชื่อถือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	2 ชั่วโมง	- ใบงานที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลเรื่องการดูแลตนเอง - เว็บไซต์ สารสนเทศ
3	กิจกรรมการสื่อสารทางสุขภาพที่ดี - สอนและฝึกความสามารถในการพูดโต้ตอบ ชักถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธ “แสดงบทบาทสมมติ” และสะท้อนคิด	2 ชั่วโมง	- ใบงานที่ 2 ทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ - ตัวอย่างประโยคคำพูดเพื่อปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
4	กิจกรรมการจัดการตนเอง - ดูคลิปวิดีโอ เรื่องสั้น “การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง” วิเคราะห์คลิปวิดีโอ ระดมสมองเพื่อสร้างแนวทางการจัดการตนเอง	2 ชั่วโมง	- ใบงานที่ 3 การจัดการตนเองฯ - คลิปวิดีโอ เรื่องสั้น “การจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง”
5	กิจกรรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต - ดูคลิปวิดีโอ เรื่องสั้น “การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง” วิเคราะห์คลิปวิดีโอ อภิปรายผลระดมสมองเพื่อหาแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสม	2 ชั่วโมง	- ใบงานที่ 4 ทักษะการตัดสินใจเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - คลิปวิดีโอ เรื่องสั้น “การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง”
6	กิจกรรมรู้เขารู้เรา รอบ 100 ครั้ง ชนะ 100 ครั้ง - ฝึกการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษา ระดมสมองเพื่อสร้างแนวทางปฏิเสธการบริโภคสื่อสังคมออนไลน์ที่ชักนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	2 ชั่วโมง	- Power point เรื่องการรู้เท่าทันสื่อเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต - ใบงานที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต
11	สรุปผลกิจกรรม และทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง	1 ชั่วโมง 30 นาที	- แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังเข้าโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย ความเที่ยงตรง (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ มาหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อความคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับแก้เนื้อความตามข้อเสนอแนะ และนำมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Polit & Beck, 2008) ได้ค่า CVI ที่เท่ากับ 0.87, 0.72 และ 0.94 ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.67 จึงเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และมีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาสูงแสดงว่าเครื่องมือวิจัยฉบับนี้มีคุณภาพที่ดี

2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ที่โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านทักษะการรู้คิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง นำผลที่ได้มาหาค่า Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่า r เท่ากับ 0.82 และด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำผลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าอัลฟา เท่ากับ 0.87, 0.81, 0.75, 0.82, 0.73, และ 0.70 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามมีค่าเป็นบวกและเข้าใกล้ 1 แสดงว่าแบบสอบถามดังกล่าว มีความเชื่อมั่นสูงและสามารถนำไปใช้ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่รับรอง PH_CCO_REC 047/2566 วันที่รับรอง 8 พฤษภาคม 2566 ลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ เก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

- กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล และทีมสุขภาพ ในด้านการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัว นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารภายในชุมชนอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง และนัดกลับมาตรวจตามนัดเมื่อครบ 3 เดือน และประเมินผลโดยการทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

- กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมทบทวนตนเอง สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเสาะแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการสื่อสารทางสุขภาพที่ดี สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการฝึกทักษะการตัดสินใจเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมรู้เขารู้เรา รบ 100 ครั้ง ชนะ 100 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 11 สรุปผลกิจกรรม และทบทวนความรู้ทางสุขภาพ และทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตามโปรแกรมที่วางแผนไว้จำนวน 11 สัปดาห์ ๆ ละ 1 วัน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ นำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพระหว่างก่อนทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้การวิเคราะห์ Paired T-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การวิเคราะห์ Independent T-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 56.70 อายุเฉลี่ย 53.60 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.70 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 76.70 มีและไม่มีโรคร่วมจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50.00 มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากที่สุดคือ 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 36.70 และน้อยที่สุดมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 3.30 กลุ่มเปรียบเทียบ มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 54.90 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.30 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 30.00 และน้อยที่สุดมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 83.40 มีโรคร่วม ร้อยละ 66.70 มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากที่สุดคือ 1-5 ปี ร้อยละ 43.35 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 33.35 และน้อยที่สุดมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 3.30

2. การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง

ก่อนทำการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk ซึ่งได้ค่าแอลฟา (α) มากกว่า 0.05 โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าแอลฟา (α) เท่ากับ 0.47 และกลุ่มเปรียบเทียบค่าแอลฟา (α) เท่ากับ 0.38 ดังนั้นข้อมูลชุดนี้จึงมีการกระจายอยู่ในโค้งปกติ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการทดสอบค่าที่ (T-Test)

ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($t=1.496$, $p\text{-value}=0.14$) และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($t=1.137$, $p\text{-value}=0.26$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Independent t-test) (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	39.53	5.56	41.80	6.15	58	1.496	0.140
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	27.13	6.84	29.20	7.22	58	1.137	0.260

p-value < .05

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 43.50$, $SD = 4.24$) และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -19.373$, $p\text{-value} < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังจากการได้รับการพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.706$, $p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนทดลองกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Paired t-test) (n=60)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง	27.13	6.84	43.50	4.241	29	-19.373	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.20	7.22	34.03	6.178	29	-8.706	<.001

p-value < .05

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.919$, $p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Independent t-test) (n=60)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	M	SD	Mean difference	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 30)	43.50	4.241	9.47	58	-6.919	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	34.03	6.178				

p-value<.05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาแยกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายด้านพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรักษา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-6.94$, p-value <.001), ($t=-8.30$, p-value <.001), ($t=-3.05$, p-value = 0.003) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามรายด้าน (Independent t-test) (n=60)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			df	t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
ด้านการบริโภคอาหาร	22.83	1.74	มาก	17.97	3.41	ปานกลาง	58	-6.94	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	7.40	0.77	มาก	5.33	1.12	ปานกลาง	58	-8.30	<.001
ด้านการรักษา	13.27	3.48	ปานกลาง	10.73	2.91	ปานกลาง	58	-3.05	.003

p-value<.05

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้ให้มีทักษะการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่อธิบายถึงความรอบรู้ทางสุขภาพว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งทั้ง 3 ระดับมีองค์ประกอบ 6 ทักษะ ดังนี้ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐริเนีย ธนเศรษฐ (2566) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตภณ เทพอินทร์ และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ความสามารถเชิงกระบวนการคิด การสื่อสาร ความรู้ทั่วไปและความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราภรณ์ นีละศรี (2559) พบว่า ปัจจัยด้านการมาตรวจติดตามไม่สม่ำเสมอมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 เพราะกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพมีการฝึกทักษะที่ชัดเจน มีเป้าหมาย มีการติดตามโดยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งสำคัญคือกลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐริเนีย ธนเศรษฐ (2566) พบว่า การพัฒนาความสามารถและทักษะความรู้ทางสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2563) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ทองขาว และคณะ (2564) พบว่า การส่งเสริมผู้ป่วยด้วยการสอนให้ความรู้ที่มีรูปแบบชัดเจนจะทำให้สามารถกระตุ้นเตือนและติดตามผู้ป่วยได้ และเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพควรประกอบไปด้วย กิจกรรมการสอนให้ความรู้ การฝึกคิดไตร่ตรองตระหนักรู้ การปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมให้มีระยะยาวโดยเพิ่มขั้นตอนการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุน กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และเป็นการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยของพยาบาล และมีการวัดประสิทธิผลของโปรแกรม โดยวัดตัวแปรดัชนีสุขภาพ เช่น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ และความคุ้มค่าคุ้มทุน

เอกสารอ้างอิง

กฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, และนภาพิณ จันทขัมมา. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 167-212.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2559). *รายงานประจำปี 2559 (NCD)*. สำนักงานธุรกิจการพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึกแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขศึกษา. (2561). *แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561*. โรงพยาบาลนครพิงค์.

<https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf>

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2563). K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ*, 35(2), 22-26.

บุณิกา สุ่มทอง, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปรัชพร กลีบประทุม, และวาสิณี อาจภักดี. (2562). ผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(1), 1-14.

ภัทราวดี แซ่ลี, ภัทราวดี ศรีรัตนโชติ, สหรัฐ กันยะมี, สุธาสินี สุขสะอาด, ณัฐกมล ผดุงเวช, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชน. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 3(2), 106-118.

- รัฐริณีย์ ธนเศรษฐ. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 9 ในยุควิถีใหม่. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง*, 8(1), 167-185.
- โรงพยาบาลบ้านโพธิ์. (2565). *รายงานประจำปี 2565*. โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.
- ศุภลักษณ์ ทองขาว, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชณี นามจันทรา. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ๋ตอนต้น. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 73-88.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉราภรณ์ นีละศรี. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 35(2), 77-88.
- อำนาจ เมืองแก้ว, อิสระพงศ์ เฟลิตเพลิน, จิตรรัตน์ ปองทอง, และเกษศิริรินทร์ พุทธวงศ์. (2563). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็มโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2563*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2011). The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. *Patient education and counseling*, 84(3), 393–397. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.029>
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health*, 12(8), 9714–9725. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809714>

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice (8th ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization. (2015). *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries : A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>

**ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดสงขลา**

ผาณิต หลีเจริญ, ปร.ด.*

ยุวนิดา อารามมรย์, พย.ม.**

จารุณี วาระหัส, พย.ม.*

ณัชชา สังข์บุญโญ, พย.บ.*

ลักขณา หวัดเพ็ชร, พย.บ.***

Received: October 16, 2023

Revised: November 27, 2023

Accepted: December 9, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดสงขลา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 260 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครซีและมอร์แกน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายโมเดลความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบการนำตัวแปรเข้าทั้งหมดในครั้งเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ($r = 0.20, p\text{-value} \leq 0.001$) ทักษะคิด ($r = 0.33, p\text{-value} \leq 0.001$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบาย ($r = 0.49, p\text{-value} \leq 0.001$) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($r = 0.50, p\text{-value} \leq 0.001$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.48, p\text{-value} \leq 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโมเดลสมการถดถอยแสดงให้เห็นว่า ความรู้ ($\beta = 0.11, p\text{-value} \leq 0.05$) ทักษะคิด ($\beta = 0.16, p\text{-value} \leq 0.05$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($\beta = 0.27, p\text{-value} \leq 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.24, p\text{-value} \leq 0.001$) สามารถทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ร้อยละ 33 ($R^2 = 33, F = 27.54$) ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม สมรรถนะ อสม.

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: yuwanida@bcnsk.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลา

Factors Predicting Dementia Care Competency among Village Health Volunteers of an Urban Primary Care Unit, Songkhla Province

Phanit Leecharoen, Ph.D.*

Yuwanida Aramrom, M.N.S.**

Jarunee Warahat, M.N.S.*

Natcha Sungkapinyo, RN.*

Laksana Wadpet, RN.***

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the factors predicting dementia care competency among village health volunteers of an urban Primary Care Unit in Songkhla province. The data were collected by using the questionnaires, and the sample size of 260 village health volunteers was determined by Krejcie and Morgan's table. The multi-state sampling was used to select the samples. The descriptive statistics, frequency, percentage, and standard deviation were used to analyze the characteristic data of the samples, and the multiple linear regression with the enter method was used to explain the relationship between predictor variables and dementia care competency.

The result showed that the predisposing factors, knowledge ($r = 0.20$, $p\text{-value} \leq 0.001$), attitudes ($r = 0.33$, $p\text{-value} \leq 0.001$), the enabling factors, receiving the policy ($r = 0.49$, $p\text{-value} \leq 0.0001$), and access to information ($r = 0.50$, $p\text{-value} \leq 0.0001$), the reinforcing factors, perceived social support ($r = 0.48$, $p\text{-value} \leq 0.001$) were positively related to dementia care competency of village health volunteers. The regression model showed that knowledge ($\beta = 0.11$, $p\text{-value} \leq 0.05$), attitude ($\beta = 0.16$, $p\text{-value} \leq 0.05$), access to information ($\beta = 0.27$, $p\text{-value} \leq 0.001$), and perceived social support ($\beta = 0.24$, $p\text{-value} \leq 0.001$) could predict the dementia care competency by 33 percent ($R^2 = 33$, $F = 27.54$) significantly. This knowledge can be the guideline for developing programs to encourage dementia care competency of village health volunteers.

Keywords: Older adult, Dementia care, Competency, Village health volunteers

* Nurse Instructor, Boromarajonnani College of Nursing Songkhla, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** Nurse Instructor, Boromarajonnani College of Nursing Songkhla, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: yuwanida@bcnsk.ac.th

*** Register Nurse, Songkhla Hospital

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในสี่ของโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก (Wang et al, 2016) อัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการมีอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นในอนาคตอันใกล้ระบบบริการสาธารณสุขจะต้องเผชิญกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเกือบ 10 ล้านคนในแต่ละปี (World Health Organization [WHO], 2019) ความชุกของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคใต้ พบประมาณร้อยละ 7.5 (Phenwan et al., 2020) จังหวัดสงขลามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 183,771 คน ถ้าหากเปรียบเทียบกับสถานการณ์ความชุกของการเกิดโรคในจำนวนผู้สูงอายुर้อยละ 7.5 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ดังนั้นจะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากถึง 13,782 คน ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ส่งผลต่อความจำ การคิด และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน เมื่อระยะเวลาเพิ่มขึ้น ภาวะสมองเสื่อมจะแย่ลง พร้อม ๆ กับภาวะพึ่งพิงที่มากขึ้นตามมา (WHO, 2019) ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกมักจะพบว่ามี การสูญเสียด้านความจำ และความสามารถของสมองลดลงเล็กน้อย ผู้ป่วยจะยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ใกล้ชิดจะค่อย ๆ เริ่มรู้ว่ามี ความผิดปกติของการทำงานของสมอง เมื่ออาการแสดงในระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น มีอาการหลงลืมมากขึ้น เริ่มมีอาการหลงผิด มักจะเกิดความขัดแย้ง โต้เถียง ไม่เข้าใจกันระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) เมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไร ความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลก็เพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบแก่ผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดหลัง อ่อนเพลีย มีความเหนื่อยล้า ความดันโลหิตสูงขึ้น และด้านจิตใจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น บางครั้งรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง มีพฤติกรรมต่างไปจากเดิม มีความวิตกกังวลกลัวว่าตนเองจะดูแลไม่ดีและทำให้คนที่เรารักเกิดอุบัติเหตุ การดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลาทำให้การทำหน้าที่ของตนเองลดลง มีภาวะซึมเศร้า และรู้สึกแย่เมื่อคนที่รู้จักเริ่มจดจำกันไม่ได้ ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อรายได้หรือปัญหาหนี้สินที่เพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดความขัดแย้งตามมา นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการควบคุมตนเองลดลง บางรายเดินหนีออกจากบ้าน เล่นซุกซน บางคนอาจถูกทารุณกรรมจากภัยสังคม (กานดา วรคุณศิริ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558; ชัชวาล วงศ์สารี, 2560)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นลักษณะการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (Long term care) โดยครอบคลุมการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพที่มีภาระงานการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่ล้นมือ การเตรียมศักยภาพคนในชุมชนให้สามารถดูแลตนเองได้จะช่วยลดภาระงานด้านการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและเพิ่มคุณภาพการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพต้องอาศัยพลังของชุมชนในการขับเคลื่อนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลในชุมชนที่อาสาช่วยเหลือคนในชุมชนด้านสาธารณสุขมูลฐาน มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนในชุมชนและสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (ชนิดา เตชะปัน, 2561) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ดีให้กับระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างชุมชนไปยังสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นการสร้างศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นคนในชุมชน จะสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำในการได้รับการบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับอสม. เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการแก้ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขที่มีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องทั้งกับปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยเกี่ยวกับการเรียนรู้ และปัจจัยเกี่ยวกับการบริหาร (สิวารี ศรีวิโรจน์ และคณะ, 2560) โดยพบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ สวัสดิการ สภาพการทำงาน และความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (พารินทร์ แก้วสวัสดิ์, 2565) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Yaebkai and Wongsawat (2022) ที่พบว่าแรงจูงใจ การรับรู้บทบาทหน้าที่ ระยะเวลาการเป็นอสม. ความรู้และทัศนคติ สามารถทำนายความสามารถในการทำงานของอสม.ได้ จากการศึกษาวิจัยของ นิชนันท์ สุวรรณภู และคณะ (2564) พบว่าปัจจัยการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\beta = .107$) ความรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($\beta = .184$) การสนับสนุนของครอบครัว ($\beta = .160$) และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ($\beta = .188$) มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอสม. คือจำนวนปีของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว

การได้รับการอบรม การสอนงานจากพี่เลี้ยงหรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์การทำงาน และการมีสมรรถนะในงานด้านนั้น ๆ ที่สูงจะทำให้คนมีศักยภาพในการทำงานที่สูงขึ้นด้วย (กฤษณ์วิริศ ชนิตไทย และโชติ บติรัฐ, 2565) จากการวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศได้มีการศึกษาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุคลากรในระบบสุขภาพ (Agency for integrated care, 2016) โดยกำหนดสมรรถนะตามระดับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) Foundation สำหรับคนที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเวลาสั้น ๆ 2) Basic สำหรับเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลที่ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยตรง 3) Intermediate สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติ สามารถ

ให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงบุคลากรอื่น ๆ ในหน่วยบริการได้ 4) Advanced สำหรับผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแล ด้านการรักษา และบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติ สามารถให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงบุคลากรอื่น ๆ ในหน่วยบริการทางคลินิกได้ จากข้อมูลดังกล่าวสามารถนำวิธีการกำหนดสมรรถนะในระดับพื้นฐาน (Basic) มาเป็นแนวทางในการกำหนดและพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของไทยได้ ซึ่งอสม.เปรียบเสมือนหมอคนที่ 1 ที่ให้การดูแลคนในชุมชนรวมถึงผู้สูงอายุ หากอสม. มีความรู้ สามารถประเมินเบื้องต้นได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบมีภาวะสมองเสื่อม สามารถให้ข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดปัญหา ผลกระทบที่ตามมาได้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. ซึ่งคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม.
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม.

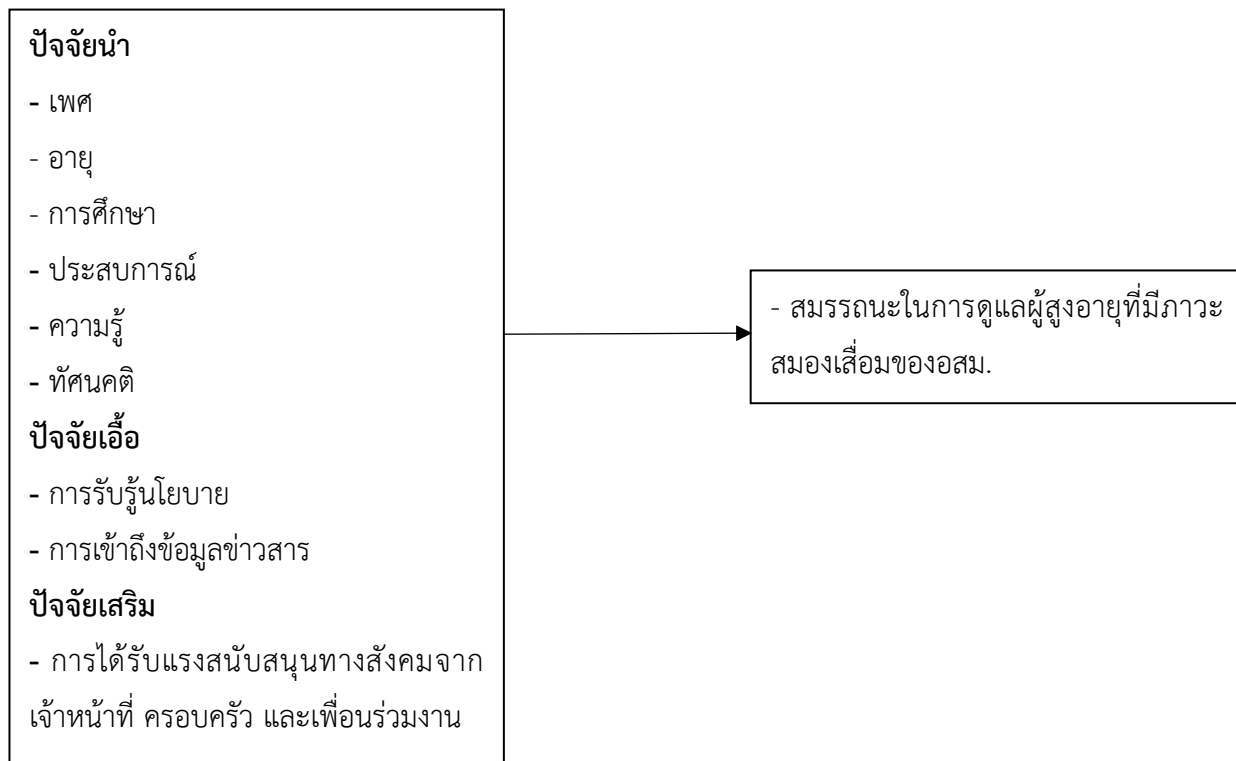
กรอบแนวความคิดในการวิจัย

ในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ของ Green and Kreuter (นรลักษณ์ เอื้อกิจและลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้านการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม.ในชุมชน โดยพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นสามารถใช้ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกรอบในการวินิจฉัยปัญหาก่อนที่วางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยต่าง ๆ สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการแสดงพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการแสดงพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นได้รับการสนับสนุน ซึ่งอธิบายกรอบแนวคิดได้ว่าหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับรู้นโยบายแนวทางปฏิบัติในการดูแลสามารถเข้าถึงข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน จะช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้น่าจะมีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดสงขลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองสงขลา ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 522 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดสงขลา ที่ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเปิดตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 260 คน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยการสุ่มแบบการจับฉลาก (Lottery) เลือกศูนย์สุขภาพ

ชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 3 ศูนย์ จาก 7 ศูนย์ หลังจากนั้นกำหนดสัดส่วนตามโควตา (Quota sampling) และทำการสุ่มรายชื่อสม. ตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อายุ ประสบการณ์การเป็นอสม. การศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.1 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 35 ข้อ โดยแบ่งเป็นด้านความรู้ทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ด้านการคัดกรอง จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ด้านความรู้เรื่องสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จำนวน 2 ข้อ ด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ ด้านการดูแลเป็นศูนย์กลาง จำนวน 3 ข้อ ด้านการสื่อสาร จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเลือกตอบแบบ ถูก และผิด หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 35 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0 - 11 คะแนน) ระดับปานกลาง (12 - 23 คะแนน) และระดับสูง (24 - 35 คะแนน)

2.2 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่มีการปรับใช้จากแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ (ผาณิต หลีเจริญ และคณะ, 2557) จำนวน 19 ข้อ โดยแบ่งเป็นด้านการดูแล จำนวน 10 ข้อ ด้านการคัดกรอง จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19 - 76 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (19 - 37 คะแนน) ระดับปานกลาง (38 - 56 คะแนน) และระดับสูง (57 - 76 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่มีการปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ (นิชนันท์ สุวรรณภูมิและคณะ, 2564) มีจำนวน 14 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14 - 56 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (14 - 27 คะแนน) ระดับปานกลาง (28 - 41 คะแนน) ระดับสูง (42 - 56 คะแนน)

2.4 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่มีการปรับใช้จากแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (นิชนันท์ สุวรรณภูมิ และคณะ, 2564) จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 32 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (8 - 15 คะแนน) ระดับปานกลาง (16 - 23 คะแนน) และระดับสูง (24 - 32 คะแนน)

2.5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่มีการปรับใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (นิชนันท์ สุวรรณภูมิและคณะ, 2564) จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือมากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด แปลผลเป็นคะแนนเท่ากับ 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 - 64 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อนในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (16 - 32 คะแนน) ระดับปานกลาง (33 - 48 คะแนน) และระดับสูง (49 - 64 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำกรอบสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลระดับพื้นฐาน (Agency for integrated care, 2016) มากำหนดรายละเอียดของสมรรถนะ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดรายละเอียดของคะแนนดังนี้ 1 มีความสามารถในการปฏิบัติได้ตามคำแนะนำจากพยาบาลที่เลี้ยงทุกครั้ง จนถึง 5 มีความสามารถในด้านนี้และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สามารถแนะนำผู้อื่นได้ และมีการคิดวิเคราะห์ วางแผนงานร่วมกับสหวิชาชีพ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 44 - 220 คะแนน แปลผลระดับคะแนนสมรรถนะขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้ดูแลเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน คือ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับต่ำ (44 - 103 คะแนน) ระดับปานกลาง (104 - 161 คะแนน) และระดับมาก (162 - 220 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับใช้ทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยพบว่า

1. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่า KR20 (Kuder-Richardson reliability) เท่ากับ 0.75

2. แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.72

3. แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.92

4. แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.77

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.87

6. แบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ตามหนังสือเลขที่ BCNSK 4/2566 รับรองวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566 ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยระยะแรกในโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ส่วน ดังนี้ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 23

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normality)

3. สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบการนำตัวแปรเข้าพร้อมกัน (Multiple Regression Model with Enter Method) หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ความสัมพันธ์ระดับสูงของตัวแปร (Multicollinearity) ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normality) การกระจายตัวของค่าความคลาดเคลื่อนปกติ (Residuals) ความสามารถในการทำนาย (Homoscedasticity) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าตัวแปรการรับรู้นโยบายกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง ($R = 0.77$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลเข้าสมการเพียงตัวเดียว

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.90) เกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 43.50) ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครที่อยู่ในระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 82.70) รองลงมาคือระดับ

ประธาน (ร้อยละ 11.50) และน้อยที่สุดคือระดับเชี่ยวชาญ (ร้อยละ 2.00) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.20) และชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.80) มากเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การอบรมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 75.00) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป (n = 260)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	8.10
หญิง	239	91.90
อายุ		
< 60 ปี	147	56.50
60 ปีขึ้นไป	113	43.50
ระดับการเป็นอส.		
ปฏิบัติการ	215	82.70
ชำนาญการ	10	3.80
เชี่ยวชาญ	5	2.00
ประธานอส.	30	11.50
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	107	41.20
มัธยมศึกษา	106	40.80
ปริญญาตรี	45	17.30
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	2	0.70
มีประสบการณ์ในการดูแล		
มี	65	25.00
ไม่มี	195	75.00

2. สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม.อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 108.25$, $SD = 33.30$) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง ($M = 27.62$, $SD = 3.65$) ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 52.89$, $SD = 5.49$) การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 34.97$, $SD = 8.04$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 18.81$, $SD = 4.05$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 42.65$, $SD = 8.56$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ระดับของสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	108.25	33.30	ปานกลาง
ความรู้	27.62	3.65	สูง
ทักษะ	52.89	5.49	ปานกลาง
การรับรู้นโยบาย	34.97	8.04	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	18.81	4.05	ปานกลาง
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	42.65	8.56	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.20$, $p\text{-value} \leq 0.001$) ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.33$, $p\text{-value} \leq 0.001$) การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.49$, $p\text{-value} \leq 0.001$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.50$, $p\text{-value} \leq 0.001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อน ($r = 0.48$, $p\text{-value} \leq 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม.

ตัวแปร	r	p - value
เพศ	- 0.03	0.35
อายุ	0.01	0.44
ระดับการศึกษา	0.58	0.21
ประสบการณ์	0.10	0.09
ความรู้	0.20**	0.00
ทัศนคติ	0.33**	0.00
การรับรู้นโยบาย	0.49**	0.00
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	0.50**	0.00
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.48**	0.00

** $p - value \leq 0.001$, * $p - value \leq 0.05$

4. ปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.11$, $p\text{-value} \leq 0.05$) ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.16$, $p\text{-value} \leq 0.05$) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ($\beta = 0.27$, $p\text{-value} \leq 0.001$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อน ($\beta = 0.24$, $p\text{-value} \leq 0.001$) ปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 33 ($R^2 = 0.33$, Adjusted $R^2 = 0.32$, $F = 27.54$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม.

ปัจจัย	B	β	p-value	t	R^2	Adjusted R^2	F
ค่าคงที่	-52.17	-	0.01	-2.65			
ความรู้	0.48	0.11	0.02	2.09			
ทัศนคติ	0.33	0.16	0.01	2.83	0.33	0.32	27.54
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	0.58	0.27	0.00	3.86			
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.28	0.24	0.00	3.43			

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้และทัศนคติในการดูแล ปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้นโยบายในการดูแล และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแล และปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ อินทมาศ (2561) พบว่า 1) ปัจจัยนำด้านความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม. และความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ อสม. สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ การส่งเสริมความรู้ผ่านกิจกรรม โครงการต่าง ๆ และผ่านกระบวนการวิเคราะห์ความต้องการองค์ความรู้ของอสม. เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (นิชนันท์ สุวรรณภูมิ และคณะ, 2564) การที่อสม.มีทัศนคติด้านบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ถือว่าเป็นการเพิ่มภาระของตนเองน่าจะส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยเอื้อด้านนโยบายในการดูแลและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การมีหน่วยงานที่รับผิดชอบมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมที่ชัดเจน การถ่ายทอดนโยบาย สามารถพัฒนาสมรรถนะการดูแลของอสม. ได้ ปัจจุบันหน่วยงานที่รับผิดชอบและมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นหน่วยงานของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่หลักในการรักษา เมื่อผู้สูงอายุต้องกลับมาพักตัวที่บ้านเป็นหน้าที่ญาติที่ต้องให้การดูแล การส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ของภาครัฐในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจน มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของสาธารณสุขชุมชน ดังนั้น อสม.ควรได้รับทราบนโยบายและข่าวสารต่าง ๆ จากภาครัฐเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเป็นการกระตุ้นการปฏิบัติงานของอสม. ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของนิชนันท์ สุวรรณภูมิ และคณะ (2564) และปรานค์ จักรไชย และคณะ (2560) ที่พบว่าปัจจัยเอื้อเรื่องการรับรู้ นโยบาย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอสม.ได้อย่างมีนัยสำคัญ 3) ปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ด้านความรู้ การจัดอบรม การจัดโครงการต่าง ๆ โดยความร่วมมือของทุกหน่วยงาน เช่น อบต. เทศบาล อบจ. มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมสมรรถนะของอสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งปัจจัยเสริมด้านแรงจูงใจทางบวก รางวัล การเชิดชูผลงานในระดับต่าง ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของเตือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2556) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม. เมื่อได้รับการสนับสนุนจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานมากยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนและครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ พบว่าการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านความรู้ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ (Urashima et al., 2022) สอดคล้องกับงานวิจัยของนิชนันท์ สุวรรณภูมิ และคณะ (2564) ซึ่งพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของอสม.ได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโอกาสการได้รับผิดชอบงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการทำงานของพยาบาล (ศิริบุญรุ่ง หิรัญ, 2555) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้นโยบายในการดูแล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. และมีความสัมพันธ์กันเองในระดับที่สูง ซึ่งเป็นข้อพิจารณาเพื่อการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะของอสม. โดยให้อสม. ได้มีส่วนในการรับรู้ นโยบาย ข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อสร้างบทบาทการมีส่วนร่วมต่อนโยบาย รวมถึงการให้ความรู้และการปลูกฝังทัศนคติในทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษาครั้งนี้พบว่าประสพการณ์การได้รับการอบรมหรือการดูแลไม่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ อาจเป็นเพราะการได้รับการอบรมไม่ต่อเนื่องหรือในการได้รับประสพการณ์การดูแลด้วยตนเองนั้น อสม. อาจจะไม่มั่นใจว่าถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีลักษณะเฉพาะ อย่างไรก็ตามควรจัดให้อสม.ได้รับการอบรมและมีประสพการณ์ในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ สร้างความมั่นใจในการดูแล สร้างช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารร่วมกับการสื่อสารนโยบายต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยง เพื่อส่งเสริมให้อสม.เกิดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ความรู้ที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่โดยการคืนข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสมรรถนะไปใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ในการกำหนดทิศทาง เป้าหมายการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการส่งเสริมให้เกิดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้อสม.ได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การช่วยเหลือเป็นพี่เลี้ยงจากเจ้าหน้าที่ให้กับอสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกในตัวแปรแต่ละด้าน เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้ในการสถานการณ์จริง
2. ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอสม. ได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กานดา วรคุณศิริ, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(1), 82-97.
- กฤษณ์วิรัช ชนิดไทย, และโชติ บดีรัฐ. (2565). แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิษณุโลก*, 8(2), 159-174.
- ชนิดา เตชะปัน. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไร่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2560). ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 23(4), 680-689.
- ชัชวาล วงศ์สารี, และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 22(23-24), 166-179.
- เดือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 31-38.
- นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, สุวภัทร นักรู้กำลังพัฒนา, อมรรัตน์ นระสนธิ์, และวุฒิชัย ลำดวน. (2564). ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 23(2), 18-26.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารสภากาชาดไทย*, 12(1), 38-48.
- ปรานค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, และวรเดช ช่างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร

- สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 16-28.
- ผาณิต หลีเจริญ, มาลี คำคง, ยุวนิดา อารามมรย์, และจารุณี วาระหัส. (2557). *ความรู้และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาล อาจารย์และบุคลากรที่มีต่อผู้สูงอายุ*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- พารินทร์ แก้วสวัสดิ์. (2565). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 22-33.
- ไพบูลย์ อินทมาศ. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าวรราชบุรี จังหวัดกำแพงเพชร*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สิวารี ศรีวิโรจน์, ฤชณา วิสมิตะนันท์, และกมลชนก สุทธิวาทนฤพุดิ. (2560). ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรประจำเรือขนส่งน้ำมัน: กรณีศึกษา บริษัท A. *วารสารวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 13(2), 143-163.
- ศิริบุญ รุ่งหิรัญ (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด ปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 6(1), 109-120.
- Agency for integrated care. (2016). *Dementia care competency framework*.
<https://www.aic.sg/wp-content/uploads/2023/06/Dementia-Care-Competency-Framework.pdf>
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). *Determining sample size for research activities*. Educational and Psychological Measurement.
- Phenwan, T., Tawanwongsri, W., Koomhin, P., & Saengow, U. (2020). Dementia community screening program in district health area 11: phase 1. *Walailak Journal of Science and Technology*, 17(10), 1042-1047.
- Urashima, S., Greiner, C., Ryuno, H., & Yamaguchi, Y. (2022). Factors affecting the quality of dementia care at acute care hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15 - 16), 2198-2207.
- Wang, H., Naghavi, M., Allen, C., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Carter, A., & Bell, M. L. (2016). Global,

regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1459-1544.

World Health Organization. (2019). *The global dementia observatory reference guide*.

<https://www.who.int/publications/i/item/who-msd-mer-18.1>

Yaebkai, Y., & Wongsawat, P. (2022). Factors affecting performance of village health volunteers in Sukhothai, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 20(1), 120-131.

**ประสิทธิผลการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้
กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ใน
สภาวะการระบาดของโรคโควิด-19**

พัชรินทร์ วรรณทวี, พ.ยม.*

จิรสุดา ทะระรัมย์, พ.ยม.**

Received: October 20, 2023

Revised: December 3, 2023

Accepted: December 9, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในสภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 103 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือการวิจัย คือ คู่มือการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่น 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองทันที นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ที่หลังทดลอง 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนและหลังเรียนทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปได้ว่า รูปแบบการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลได้

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กระบวนการพยาบาล คุณค่าทางวิชาชีพพยาบาล
การเรียนรู้ในสถานการณ์จริง

* อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: patcharin@bcnsurin.ac.th

** อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**Effect of Authentic Learning on Perceived Self-efficacy of Nursing Process
Implementation and Nursing Professional Value Perception among
Nursing Students in the COVID-19 Pandemic**

Patcharin Wannatawee, M.N.S.*

Jirasuda Tareram, M.N.S.**

Abstract

This quasi-experimental research with one group pretest-posttest design aimed to study the effect of authentic learning on perceived self-efficacy of nursing process implementation and nursing professional value perception among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surin during the COVID-19 pandemic. The 103 second-year nursing students who met the inclusion criteria were recruited by purposive sampling. Research tools were the pedagogy manual of the principle and technique nursing practicum subject, the perceived self-efficacy of nursing process implementation questionnaire, and the nursing professional value perception questionnaire. The reliability of the questionnaires was .98 and .96 respectively. Descriptive statistics and One-way repeated-measures ANOVA were examined.

The results showed that immediately completing the authentic learning, the nursing students had a mean score of perceived self-efficacy in the nursing process implementation and the nursing professional value perception significantly higher than before the experiment ($p < .001$). At 4 weeks after testing, the mean score of perceived self-efficacy in the nursing process implementation and the mean score of the perceived nursing professional values were significantly higher than before and instantly completed the experiment ($p < .001$).

In conclusion, the authentic learning program can enhance the self-efficacy of nursing process implementation and nursing professional value among nursing students.

Keywords: Self-efficacy, Nursing process, Nursing professional value, Authentic learning

* Lecturer, Adult Nursing and Gerontological Nursing Department, Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: patcharin@bcnsurin.ac.th

** Lecturer, Adult Nursing and Gerontological Nursing Department, Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน จึงนับได้ว่าวิชาชีพพยาบาลมีความสำคัญในการผลักดันนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศให้บรรลุเป้าหมาย พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่ต้องมีองค์ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน (กองการพยาบาล, 2561) การจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงมุ่งเน้นให้มีการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลายทั้งในและนอกชั้นเรียน การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหา และค้นคว้าด้วยตนเอง รวมทั้งเรียนรู้ร่วมกับภาคส่วนและสหวิชาชีพ โดยมีผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการจัดการเรียนรู้ เพื่อให้บัณฑิตเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม มีสมรรถนะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามมาตรฐานวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บนพื้นฐานความเอื้ออาทร ภายใต้วัฒนธรรมที่หลากหลาย มีทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ มีวิจรรณญาณ และสร้างสรรค์ มีทักษะการใช้ชีวิต สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น ใฝ่รู้ และเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อพัฒนาตนเอง วิชาชีพ และสังคมอย่างต่อเนื่อง (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 2560) การพยาบาลต้องมีการนำองค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นถ่ายทอดสู่การปฏิบัติการพยาบาล (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557) ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) (พรศิริ พันธสี, 2565) กระบวนการพยาบาลเป็น การใช้ทักษะการคิดขั้นพื้นฐานและการคิดขั้นสูง เพื่อช่วยในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางวิชาชีพ (อรนนท์ หาญยุทธ, 2565)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการรับรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมที่มีแสดงถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจ และลงมือกระทำการปฏิบัติการพยาบาลได้ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2565) และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมืออาชีพ การรับรู้คุณค่าวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล จึงเป็นค่านิยมที่สำคัญในการปลูกฝังเพื่อเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้เป็นบัณฑิตพยาบาลที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม และอย่างเป็นมืออาชีพ (Poorchangizi et al, 2019) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลเป็นองค์ประกอบพื้นฐาน 2 ประการ ในการพยาบาลที่มีอิทธิพลต่ออัตลักษณ์และความสามารถทางวิชาชีพ การรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลเพิ่มขึ้น การรับรู้

สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและการดูแลผู้ป่วยและปรับปรุงผลลัพธ์การพยาบาล (Dellafore et al., 2022) นอกจากนี้จากการศึกษาการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล (Xie et al., 2023) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลจะสามารถเกิดได้จากการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง

ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตในทุก ๆ ด้าน (กิตติพงษ์ พลทิพย์ และคณะ, 2565) โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านการศึกษาพยาบาล ที่ต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่นักศึกษาได้รับผลกระทบต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เป็นรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่นักศึกษาต้องให้การพยาบาลและปฏิบัติทักษะการพยาบาลกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเป็นครั้งแรก จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง และทำให้นักศึกษามีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จึงมีความท้าทายอย่างยิ่งในการจัดการเรียนการสอนในห้วงเวลานี้ ที่จะนำองค์ความรู้จากภาคทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานตามหลักการและเทคนิคการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของบุคคลทุกช่วงวัย และการใช้หลักความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทร ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยยึดหลักคุณธรรมจริยธรรม (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 2560) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญที่ต้องปลูกฝังแก่นักศึกษาพยาบาลแต่แรกเริ่มก้าวสู่วิชาชีพ แบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการกระทำพฤติกรรมใด ๆ จะมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ตามที่ตนเองคาดหวังไว้และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Xie et al., 2023) ดังนั้น ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกภาคปฏิบัติที่ยังคงมีการเรียนการสอนในสถานการณ์จริงให้สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนภายใต้สถานการณ์ที่ฉุกเฉินที่สามารถพัฒนาผู้เรียนได้ในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

สมมติฐานการวิจัย

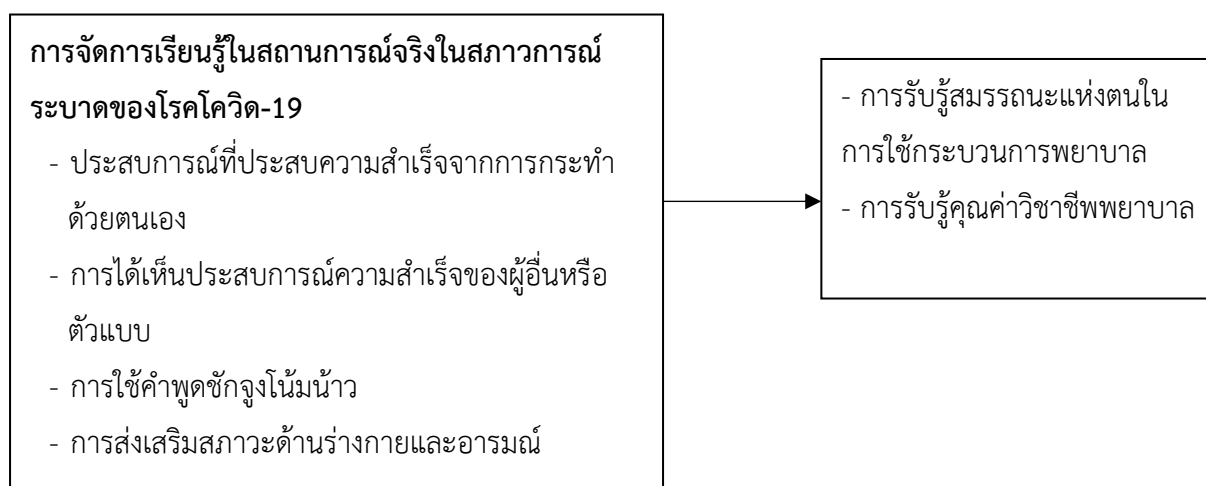
1. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลหลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน
2. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลหลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการกระทำพฤติกรรมใด ๆ จะมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ตามที่ตนเองคาดหวังไว้ แหล่งสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่กระทำด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นหรือตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ หากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีการรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง นักศึกษาจะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความมุ่งมั่น ตั้งใจ และลงมือกระทำการปฏิบัติการพยาบาลได้ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (กล้าเผชิญ โชคบำรุง และคณะ, 2564) และในการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในการวิจัยครั้งนี้ ช่วยส่งเสริมการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลที่เป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีมืออาชีพของนักศึกษา อีกทั้งเป็นการปลูกฝังค่านิยมในการเป็นบัณฑิตพยาบาลที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม และอย่างเป็นมืออาชีพ (ธัญญาสิริ ธัญญสวัสดิ์ และคณะ, 2565) มีกรอบแนวคิดดังนี้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest quasi-experimental research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 426 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ในปีการศึกษา 2565 ที่มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ

1.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่วัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) ตามลำดับ จำนวน 32 ข้อ มี 5 ด้าน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยกำหนดเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยคะแนนตามแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด (2560) ดังนี้

คะแนน 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับมากที่สุด

คะแนน 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับมาก

คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับน้อย

คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับน้อยที่สุด

1.3 แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 5 มาก มีคะแนนเท่ากับ 4 ปานกลาง มีคะแนนเท่ากับ 3 น้อยมีคะแนนเท่ากับ 2 และน้อยที่สุดมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จำนวน 24 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยคะแนนตามแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด (2560) ดังนี้

คะแนน 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลระดับมากที่สุด

คะแนน 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลระดับมาก

คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลระดับปานกลาง

คะแนน 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลระดับน้อย

คะแนน 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

คู่มือการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง (คู่มืออาจารย์) ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากคำอธิบายรายวิชา ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลซึ่งเป็นวิชาในหมวดวิชาเฉพาะในกลุ่มวิชาชีพ หลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (2560) โดยคู่มือการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงนี้ ออกแบบกิจกรรมภายใต้แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การได้เห็น ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นหรือตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว และได้ดำเนินการพัฒนาตาม กระบวนการจัดทำรายละเอียดรายวิชาและคู่มือการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ที่ผ่านการเห็นชอบจาก คณะกรรมการบริหารหลักสูตรให้จัดการศึกษาได้ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 2 ส่วน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระราชชนก แล้วนำ แบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.94, 0.90 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลอง ใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ พยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 10-10-65 ให้ไว้ ณ วันที่ 25 มีนาคม 2565 การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและมีสิทธิถอนตัวจากการ วิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาโครงร่าง และคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประสานงาน เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ

การนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนการทดลอง

4. ผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จริงที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 13 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติกลุ่มละ 6 สัปดาห์ หมุนเวียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลหอผู้ป่วยแต่ละ 2 สัปดาห์ จำนวน 3 หอผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดการจัดการเรียนการสอน ดังนี้ ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยมีการเตรียมอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติทั้ง 13 หอผู้ป่วย มีการชี้แจงรายละเอียดรายวิชา ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติงานและการเก็บทักษะประสบการณ์ต่าง ๆ ของนักศึกษา รวมทั้งมีการปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยมีกิจกรรมการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจัดสัปดาห์ละ 4 วัน คือ วันจันทร์-วันพฤหัสบดี ส่วนทุกวันศุกร์เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง กิจกรรมเสริมสมรรถนะการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลและกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ Simulation Based Learning: SBL เพื่อส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจและการเสริมแรงทางบวกจากผู้สอนและเพื่อนในกลุ่มในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล โดยการวัดผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงทันที และหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง 4 สัปดาห์

5. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล ระยะก่อนเรียน ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ one-way repeated-measures ANOVA

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ระยะก่อนเรียน ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 วิเคราะห์โดยใช้สถิติ one-way repeated-measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นเพศหญิง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 87 เป็นเพศชาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 13 อายุ จำนวนมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 19-24 ปี จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 99 และอายุ 25-35 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล ระยะก่อนเรียน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.50, SD = 0.70$) ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที อยู่ในระดับมาก ($M = 3.66, SD = 0.49$) และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.95, SD = 0.48$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ($N = 103$)

ตัวแปรตาม	ระยะ	M	SD	ระดับ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล	ก่อนเรียน	2.50	.70	ปานกลาง
	หลังเรียนทันที	3.66	.49	มาก
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	3.95	.48	มาก
ขั้นการประเมินสุขภาพ (Assessment)	ก่อนเรียน	2.55	.68	ปานกลาง
	หลังเรียนทันที	3.72	.48	มาก
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	3.98	.45	มาก
ขั้นการวินิจฉัยการพยาบาล (Diagnosis)	ก่อนเรียน	2.51	.73	ปานกลาง
	หลังเรียนทันที	3.69	.51	มาก
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	3.97	.46	มาก
ขั้นการวางแผนพยาบาล (Plan)	ก่อนเรียน	2.47	.73	น้อย
	หลังเรียนทันที	3.62	.53	มาก
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	3.92	.51	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ระยะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ขั้นการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	ก่อนเรียน	2.50	.78	ปานกลาง
	หลังเรียนทันที	3.67	.55	มาก
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	3.97	.55	มาก
ขั้นการประเมินผล (Evaluation)	ก่อนเรียน	2.47	.76	น้อย
	หลังเรียนทันที	3.59	.61	มาก
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	3.91	.66	มาก

3. การรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระยะก่อนเรียน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.24$, $SD = 0.78$) ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที อยู่ในระดับมาก ($M = 4.05$, $SD = 0.56$) และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.29$, $SD = 0.49$)

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ($N = 103$)

ตัวแปรตาม	ระยะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล	ก่อนเรียน	3.24	.78	ปานกลาง
	หลังเรียนทันที	4.05	.56	มาก
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	4.29	.49	มาก

4. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล ระยะก่อนเรียน ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล ระยะก่อนเรียน ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาล ระยะก่อนเรียน ระยะหลัง
สิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง
ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ one-way repeated-measures ANOVA (N = 103)

Dependent Variable	I* ระยะ	J* ระยะ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. **
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน การใช้กระบวนการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์	ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-1.157	.051	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-1.449	.058	.000
	หลังเรียนทันที	ก่อนเรียน	1.157	.051	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-.293	.033	.000
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	ก่อนเรียน	1.449	.058	.000
		หลังเรียนทันที	.293	.033	.000
ด้านการประเมินสุขภาพ	ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-1.172	.052	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-1.432	.062	.000
	หลังเรียนทันที	ก่อนเรียน	1.172	.052	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-.261	.038	.000
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	ก่อนเรียน	1.432	.062	.000
		หลังเรียนทันที	.261	.038	.000
ด้านการวินิจฉัยการ พยาบาล	ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-1.184	.057	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-1.459	.064	.000
	หลังเรียนทันที	ก่อนเรียน	1.184	.057	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-.274	.040	.000
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	ก่อนเรียน	1.459	.064	.000
		หลังเรียนทันที	.274	.040	.000
ด้านการวางแผนการ พยาบาล	ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-1.148	.056	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-1.449	.062	.000
	หลังเรียนทันที	ก่อนเรียน	1.148	.056	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-.301	.037	.000
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	ก่อนเรียน	1.449	.062	.000
		หลังเรียนทันที	.301	.037	.000

ตารางที่ 3 (ต่อ)

Dependent Variable	I* ระยะ	J* ระยะ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. **
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-1.170	.057	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-1.471	.064	.000
	หลังเรียนทันที	ก่อนเรียน	1.170	.057	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-.301	.036	.000
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	ก่อนเรียน	1.471	.064	.000
		หลังเรียนทันที	.301	.036	.000
ด้านการประเมินผลการ พยาบาล	ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-1.117	.059	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-1.432	.062	.000
	หลังเรียนทันที	ก่อนเรียน	1.117	.059	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-.316	.040	.000
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	ก่อนเรียน	1.432	.062	.000
		หลังเรียนทันที	.316	.040	.000

* ระยะเวลา

** $p < .001$

5. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาล ระยะก่อนเรียน ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสภาวะการระบาดของโรคโควิด-19

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระยะก่อนเรียน ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 โดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระยะก่อนเรียน ระยะหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ one-way repeated-measures ANOVA (N = 103)

Dependent Variable	I* ระยะ	J* ระยะ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. **
การรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาล	ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-.805	.051	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-1.045	.063	.000
	หลังเรียนทันที	ก่อนเรียน	.805	.051	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-.240	.034	.000
	หลังเรียน 4 สัปดาห์	ก่อนเรียน	1.045	.063	.000
		หลังเรียนทันที	.240	.034	.000
	ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-.805	.051	.000
		หลังเรียน 4 สัปดาห์	-1.045	.063	.000

* ระยะเวลา

** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ดังแสดงในตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 4 อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลภายหลังการจัดการเรียนการสอนสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านจำนวน 5 ด้านของกระบวนการพยาบาล พบว่า ภายหลังการเรียนการสอน 4 สัปดาห์ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลยังมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าหลังการเรียนการสอนทันทีและก่อนการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงด้วยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีกิจกรรมการเรียนการสอนประกอบด้วย 1) การประชุมปรึกษาหารือก่อนและหลังการปฏิบัติงาน 2) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลใน

สถานการณ์จริงที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลกรณีศึกษา ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมตามแผนการที่วางไว้ การประเมินผลการพยาบาลและบันทึกการพยาบาล 3) การเขียนรายงานการวางแผนการพยาบาลประจำวัน 4) การเขียนรายงานการวางแผนการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ และ 5) การบันทึกการสะท้อนคิด สามารถพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลได้ ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ที่อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หากบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณภาพสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมได้ และมีความอุตสาหะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ (สมโภช เอี่ยมสุภาชิต, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ที่พบว่า การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยในที่เป็นปฏิบัติการพยาบาลตามการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้เพิ่มมากขึ้น จนส่งผลให้ระดับการรับรู้สมรรถนะการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลมีมาก (วรรณชาติ ตาเลศ และรุจิสรร สุระถาวร, 2565) การส่งเสริมความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลด้วยการฝึกการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการบันทึกสะท้อนคิด ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้นในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมถึงการปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่สำคัญตามสภาพอาการที่เปลี่ยนแปลง และการประเมินผลการพยาบาล (มนสภรณ์ วิฑูรเมธา และคณะ, 2559)

2. เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในสภาวะการระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในห้วงเวลาที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 4) โดยมีระดับการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลในระดับมาก (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่า การฝึกภาคปฏิบัติในวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ซึ่งเป็นประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มีความสำคัญต่อการก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลประสบการณ์ที่ประทับใจ เป็นการช่วยปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ และการประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มี

ผลต่อทักษะปฏิบัติการพยาบาลและทัศนคติต่อวิชาชีพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่พบว่าทักษะปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อวิชาชีพ และส่งผลให้นักศึกษาเลือกที่จะประกอบวิชาชีพพยาบาล (สมศรี ทาทาน และอัมพร ยานะ, 2557) การที่อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ในวิชาชีพได้ทำหน้าที่เป็นผู้ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีและถ่ายทอดประสบการณ์ในวิชาชีพโดยการสอนงานให้แก่ นักศึกษาพยาบาลผู้ซึ่งต้องการพัฒนาตนเองอย่างใกล้ชิด สามารถใช้ได้ผลดีในการพัฒนาการพยาบาลด้านต่าง ๆ การพัฒนาคุณธรรม การเห็นคุณค่าวิชาชีพ และสมรรถนะเชิงวิชาการ รวมทั้งเป็นการคงอัตรากำลังในวิชาชีพพยาบาลอีกด้วย (อภิรตินันท์ศุภวัฒน์ และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2562) นอกจากนี้แม้ว่าการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระหว่างเวลาของการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบทางจิตใจ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีอารมณ์ทางลบ เช่น การมีความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่นอน วิดกกังวล กลัว เครียด ซึมเศร้า บางรายรู้สึกโดดเดี่ยว เหนื่อยหน่าย เหนื่อยล้า และการรู้สึกถึงขาดการสนับสนุนทางสังคม และมีอารมณ์ทางบวก เช่น ความรู้สึกตื่นเต้น และความรู้สึกภูมิใจ ซึ่งการระบาดของโรคนี้ไม่มีผลต่อการตัดสินใจประกอบวิชาชีพพยาบาล (ภัทรา เผือกพันธ์ และคณะ, 2565) นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติการพยาบาลยังส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สอดคล้องกับการศึกษาของพนมพร กิรจิตตานนท์ (2559) ที่คำนึงถึงการรับรู้คุณค่าวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพและจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมข้างเคียง ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งของการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยทำการเปรียบเทียบรายคู่ และวัดการรับรู้คุณค่าวิชาชีพและการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ 3 ครั้ง คือสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบนี้ทำให้พยาบาลรับรู้คุณค่าของวิชาชีพและสามารถปฏิบัติตามขอบเขตจรรยาบรรณวิชาชีพได้เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการวัดครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ถึง ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และทำให้การส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ใจดูแลตามปัญหาและความต้องการอย่างแท้จริง

สรุปได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในสภาวะการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

นำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จริงภายในได้แนวคิดของแบนคูราที่ประกอบด้วยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น หรือตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว และการส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ไปส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ ขยายผลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาวิจัยนี้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลในแขนงอื่น ๆ รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน
2. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบรูปแบบการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงนี้กับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติแบบปกติ

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
- กล้าเผชิญ โชคบำรุง, ปาริชาติ วงศ์ก้อม, และจินตนา สุวิทวัส. (2564). การรับรู้สมรรถนะตนเองทางการพยาบาลในการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ 1 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ*, 44(2), 72-85.
- กิตติพงษ์ พลทิพย์, จิราวรรณ ขาปะดิษฐ์, วณิภา ชั่งศิริทรัพย์, ชุมศรี ต้นเกตุ, สุพัตรา เชาวไวย, และวิราพร สืบสุนทร. (2565). การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19. *วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ*, 1(1), 15-20.
- ธัญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์, ณัฏชา ตระการจันทร์, และณภารินทร์ นวลไธสง. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะ เจตคติ ความพึงพอใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยมีผลต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2. *วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี*, 11(2), 21-29.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.
- พนมพร กิตติตานนท์. (2559). ผลการใช้รูปแบบการรับส่งเวรข้างเตียงต่อการรับรู้คุณค่า และจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(2), 117-128.
- พรศิริ พันธสี. (2565). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 28). พิมพ์อักษร.
- ภัทรา เผือกพันธ์, กันยพัชร์ เศรษฐโชฎก, และภาวิณี ช้ายกลาง. (2565). ผลกระทบทางจิตใจจากการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 71(4), 55-62.
- มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, สมจิต นิปีทหัตถพงศ์, มาลี เอี่ยมสำอาน, และลัดดาวัลย์ เตชะงูร. (2559). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 100-113.
- วรรณชาติ ตาเลิศ, และรุจิสรร สุระถาวร. (2565). การศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการใช้กระบวนการพยาบาลและการรับรู้ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12(1) 94-108.
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2566) หน้า 147

- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. (2560). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560)*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.
- สมศรี ทาทาน, และอัมพร ยานะ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะปฏิบัติการพยาบาลและทัศนคติต่อวิชาชีพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 15(2), 46-54.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2565). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับปรุงพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิรติ นันทศุภวัฒน์, และอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2562). ระบบที่เลี้ยงกับการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 46(3), 232-238.
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137-143.
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ธนอรุณการพิมพ์.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
- Dellafiore, F., Rosa, D., Udugampolage, N. S., Villa, G., & Albanesi, B. (2022). Professional values and nursing self-efficacy in the Italian context. Correlational descriptive study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 36(1), 142–149.
<https://doi.org/10.1111/scs.12971>
- Poorchangizi, B., Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M., & Farokhzadian, J. (2019). The importance of professional values from nursing students' perspective. *BMC Nursing*. 18, 26. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0351-1>
- Xie, J., Luo, X., Zhang, C., Li, L., Xiao, P., Duan, Y., Cheng, Q., Liu, X. & Cheng, S. A. (2023). Relationships between depression, self-efficacy, and professional values among Chinese oncology nurses: a multicenter cross-sectional study. *BMC Nursing*. 22, 140. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01287-9>

**การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล
ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, กศ.ด.*

สุทธนันท์ กัลลกะ, พย.ม.**

ทัศนีย์ เกริกกุลธร, พย.ด.***

อัจฉราวิ ศรียะศักดิ์, ปร.ด.****

อัจฉรา สุขสำราญ, วท.ม.*****

Received: October 23, 2023

Revised: December 5, 2023

Accepted: December 9, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนผู้บริหารทั้งจากมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และจากวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มละ 15 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลมีความอิ่มตัว และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมนักศึกษาสำหรับรูปแบบการเรียนการสอนใหม่ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงการเตรียมความพร้อมนักศึกษาเพื่อการเรียนออนไลน์ และการเตรียมความพร้อมนักศึกษาเพื่อการฝึกปฏิบัติงาน 2) การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติผ่านช่องทางออนไลน์ ได้แก่ การเรียนรู้ออนไลน์ การเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง และการพยาบาลผ่านเครื่องมือสื่อสารหรือแอปพลิเคชัน 3) ความต้องการสนับสนุนการเรียนรู้ครอบคลุมความต้องการสนับสนุนการเรียนรู้ทางออนไลน์ ความต้องการสนับสนุนการเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริงในห้องปฏิบัติการหุ่นจำลองเสมือนจริงขั้นสูง และความต้องการอุปกรณ์ป้องกันในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักศึกษาพยาบาล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Suthanan.k@bcn.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

***** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Nursing Teaching and Learning Management during the COVID-19 Pandemic

Atiya Sarakshetrin, Ed.D *

Suthanan Kunlaka, M.N.S **

Tassanee Krirkgulthorn, D.N.S. ***

Atcharawadee Sriyasak, Ph.D ****

Achara Suksamran, M.S. *****

Abstract

This qualitative research aims to explore the experiences of nursing education management during the COVID-19 pandemic outbreak. The participants comprise administrators and lecturers of nursing institutions affiliated with the Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation and with the Ministry of Public Health. Each group consists of 15 individuals, resulting in 30 participants providing information. In-depth interviews collected data until saturation was reached, and content analysis was used for data analysis.

The research revealed that nursing education management during the COVID-19 pandemic outbreak comprises three main themes. 1) Preparing students for the new teaching format involves theoretical and practical aspects, including readying them for online learning and preparing them for practical internships. 2) The management of nursing education, both in theoretical and practical aspects, in the online channel includes online learning, simulated real-life scenarios, practical nursing training in high-fidelity simulation-based learning, and nursing through communication tools or applications. 3) The learning support requirements encompass the need for online learning support, support in simulated real-life situations in the Simulation Lab, and protective equipment for high-fidelity simulation-based training to prevent the spread of infections.

Keywords: Management of nursing education, Coronavirus disease 2019, Nursing student

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: Suthanan.k@bcn.ac.th

*** Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

**** Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

***** Lecturer, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นปัญหาทางการสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อทั่วโลกจากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่รวดเร็วและกว้างขวางไปหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) จากการแพร่กระจายเป็นกลุ่มก้อนที่ทวีความรุนแรงของโรคอย่างรวดเร็ว และมียอดผู้เสียชีวิตจำนวนมาก (อมร ลีลารัตน์, 2563) ซึ่งการแพร่ระบาดที่รุนแรงส่งต่อความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนทุกกลุ่ม ทุกช่วงวัยจำนวนมากทั่วโลก เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา การล้างมือ การทำงานที่บ้าน การเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น (Tolyat et al., 2022) และทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสุขภาพจิต รวมถึงปัญหาการเรียนการสอนทางการพยาบาล

การเรียนการสอนทางการพยาบาล ประกอบด้วย การเรียนการสอนภาคทฤษฎี การสอนในห้องเรียน ฝึกทักษะทางการพยาบาล และการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนการสอนทางการพยาบาล เนื่องจากผู้เรียนจะมีประสบการณ์ตรงในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งการจัดการเรียนทั้ง 3 วิธีการ จะช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนพัฒนาเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หลายประเทศไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบตัวต่อตัวทั้งภาคทฤษฎีในชั้นเรียนและภาคปฏิบัติในแหล่งฝึกได้ เช่นเดิม หลายสถาบันการศึกษาต้องประยุกต์ใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนยังดำเนินต่อไปได้ทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ เช่น การจัดการเรียนการสอนในประเทศอิหร่านที่ใช้การเรียนการสอนเสมือนจริง (Sadeghi et al., 2020) สำหรับประเทศอื่น ๆ มีการลดจำนวนชั่วโมงการฝึกปฏิบัติรวมถึงจำนวนผู้สำเร็จการศึกษา (Morin, 2020)

สำหรับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในประเทศไทย การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้การรักษาเป็นไปตามอาการของผู้ป่วย ประกอบกับยังไม่มีวัคซีนในการป้องกัน กระทรวงศึกษาธิการจึงมีมติให้ปิดสถานศึกษาทั่วประเทศทั้งรัฐและเอกชนทั้งในระบบและนอกระบบ ในสังกัดของกระทรวงศึกษาธิการ ปิดการเรียนด้วยเหตุพิเศษตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2563 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (กระทรวงศึกษาธิการ, 2563) มาตรการดังกล่าวทำให้ทุกสถาบันการศึกษาประกาศหยุดการเรียนการสอนในชั้นเรียนทันที การฝึกภาคปฏิบัติบนโรงพยาบาลถูกงดหรือถูกเลื่อนออกไป ส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนไม่เป็นไปตามแผนจัดการศึกษาที่วางไว้ จึงเป็นความท้าทายของสถาบันการศึกษาต้องปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ตอบโต้ภัยกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังจำกัด ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรการศึกษาทางการพยาบาล เห็นความสำคัญศึกษาการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้จะนำไปสู่การเตรียมความพร้อมการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาล ในสถานการณ์แพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนพยาบาลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลสังกัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และจากวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเข้าใจประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และจากวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2564 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้บริหารและอาจารย์จากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งจากมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และจากวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในทุกภาคของประเทศไทย รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 30 คน ทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำแนกผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์จากมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้อำนวยการวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 คน ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารสถาบันการศึกษามาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน สนใจและเต็มใจให้ข้อมูล

- กลุ่มที่ 2 อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน และอาจารย์จาก วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 15 คน มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน รวมทั้งสนใจและเต็มใจให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้สัมภาษณ์ คือ ผู้วิจัยที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบเจาะลึก มีประสบการณ์เก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะกึ่งโครงสร้างปลายเปิดสำหรับยืดหยุ่นตามการสนทนา เน้นการพูดคุยโดยตอบที่ละคำถาม แนวคำถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้เรียน

ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ความต้องการสิ่งสนับสนุนการเรียนรู ซึ่งการสร้างแนวคำถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมากกว่า 10 ปี เมื่อได้รับข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

3. โปรแกรม Zoom Meeting ทำการเปิดครั้งละ 60 นาที เพื่อบันทึกเสียงและภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักขณะที่สัมภาษณ์ การเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตมีความเสถียร ห้องที่ใช้ในขณะที่เปิด Zoom Meeting มีความเงียบ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขรับรอง PCKCN REC 04/2564 ลงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยทำการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งการขออนุญาตสัมภาษณ์ และอัดเทปการสัมภาษณ์ ซึ่งได้ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกเสียงทุกครั้ง อธิบายขั้นตอนการเก็บรักษาความลับของข้อมูล รวมถึงชี้แจงสิทธิและความปลอดภัยของการให้ข้อมูล หลังจากผู้ให้ข้อมูลทุกคนลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย (informed consent) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 60 นาที เลือกวันและเวลาในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งมีขั้นตอนการสัมภาษณ์ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยคนที่ 1 ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพกล่าวต้อนรับผู้ให้ข้อมูล แนะนำทีมวิจัย อธิบายรายละเอียดการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์และเหตุผล การสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกภาพและเสียงผ่านโปรแกรม Zoom Meeting กรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ขออนุญาตสัมภาษณ์เพิ่มเติม 2) ดำเนินการสนทนาในประเด็นที่ศึกษา โดยไม่ขัดจังหวะ ไม่แสดงความคิดเห็นระหว่างที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์ ขณะที่สัมภาษณ์เมื่อมีประเด็นที่น่าสนใจและผู้ให้ข้อมูลยังอธิบายไม่ชัดเจน ผู้วิจัยใช้คำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ประเด็นที่มีความชัดเจนมากขึ้น 3) ผู้วิจัยคนที่ 2 และคนที่ 3 ที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์ในโปรแกรม Zoom Meeting จดบันทึกการสัมภาษณ์ หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ทีมผู้วิจัยได้มีการทบทวนข้อมูลทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงกันของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้หากพบว่าข้อมูลที่ได้รับยังไม่สมบูรณ์ หรือยังไม่ชัดเจนตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ทีมผู้วิจัยได้ทำการนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติม 4) หลังการสัมภาษณ์ทีมผู้วิจัยจะถอดเทปเสียงในแต่ละวัน

เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับ และนำมาปรับปรุงในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป จนข้อมูลมีความอึดตัวจึงยุติการสัมภาษณ์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยใช้วิธีการหลากหลาย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และการจดบันทึก และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checks) โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง เพื่อยืนยันข้อค้นพบว่าถูกต้องตามความจริง และตรวจสอบข้อค้นพบกับทีมผู้วิจัยที่มีความชำนาญในวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบความตรงของข้อมูล (peer debriefing) 2) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) โดยนำข้อค้นพบที่ได้จากการให้สัมภาษณ์ให้ผู้มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ การตรวจสอบข้อมูลเหมือนกับข้อค้นพบที่ผู้วิจัยค้นพบ เพื่อยืนยันผลการวิจัย 3) ความสามารถในการยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารหลักฐานต่าง ๆ และบันทึกอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ตลอดการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยมีการยกตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลประกอบการนำเสนอทุกประเด็น และ 4) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) ผู้วิจัยประเมินโดยผลการค้นพบสามารถอธิบายถึงการจัดการเรียนการสอนทางกายภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของ Colaizzi (1978) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เสร็จผู้วิจัยนำบทสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วอ่านข้อมูลทั้งหมดหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจความหมายทั้งหมดที่สะท้อนวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2) อ่านข้อความซ้ำอีกครั้ง หาประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้นักศึกษาใช้รูปแบบการเรียนใหม่ การจัดการเรียนการสอนทางกายภาพภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และความต้องการสนับสนุนการเรียนรู้ 3) แยกประโยคที่สำคัญออกมา ดึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ บันทึกในตาราง พร้อมทั้งใส่รหัสของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสะดวกต่อการอ้างอิงคำให้สัมภาษณ์ 4) อ่านทำความเข้าใจความของประโยค แล้วใส่รหัสบันทึกข้อความที่ให้ความหมาย ร่วมกับวิเคราะห์ว่าข้อมูลส่วนใดยังไม่ครบถ้วน 5) นำประเด็นมาของข้อมูลที่บันทึกไว้มาจัดหมวดหมู่ แบ่งหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยสรุปความคิดรวบยอดเป็นประเด็นหลัก และประเด็นย่อย 6) นำข้อสรุปที่ได้มาบรรยายข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย 7) นำข้อสรุปที่ได้ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอึดตัวคือข้อมูลที่ได้มาเริ่มเป็นประเด็นที่ซ้ำ ๆ กัน และไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นเพิ่มเติม

ผลการวิจัย

การศึกษครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 22 ราย เพศชาย จำนวน 8 ราย สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก 20 ราย ปริญญาโท 10 ราย มีประสบการณ์การสอนระหว่าง 28-45 ปี

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการค้นพบ ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมผู้นักศึกษาใช้รูปแบบการเรียนรู้ใหม่ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 2) การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในช่องทางออนไลน์ 3) ความต้องการสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ มีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมนักศึกษาใช้รูปแบบการเรียนรู้ใหม่ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

การเตรียมผู้เรียนใช้รูปแบบการเรียนรู้ใหม่ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ สรุปได้ 2 ประเด็นคือ 1) การเตรียมนักศึกษาเพื่อการเรียนออนไลน์ในภาคทฤษฎี และ 2) การเตรียมนักศึกษาเพื่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในภาคปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

1.1) การเตรียมนักศึกษาเพื่อการเรียนออนไลน์ในภาคทฤษฎี สถาบันการศึกษามีการเตรียมความพร้อมนักศึกษาโดย 1) เตรียมความพร้อมทางกายภาพ ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ การใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โปรแกรมที่ใช้ในการเรียนการสอนออนไลน์ การสืบค้นข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการสอบทางออนไลน์ 2) การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ปรับวิธีคิด ดังคำพูดต่อไปนี้

“สำหรับนักศึกษามีการให้เจ้าหน้าที่โสต เตรียมความพร้อมในการใช้สื่อ ทั้งอาจารย์และนักศึกษา” (อาจารย์, IDA1)

“การจัดอบรมการเตรียมนักศึกษาในการใช้อุปกรณ์ในการเรียน เช่น Zoom Meet และสอนเรื่อง จริยธรรมในการทำข้อสอบผ่านออนไลน์” (อาจารย์, IDA3)

“.....มีการสอนให้นักศึกษาสามารถสืบค้นและเลือก evidence base ที่สามารถนำไปใช้ได้ มีการอบรม IT ให้นักศึกษาเพื่อเตรียมการสอนออนไลน์” (อาจารย์, IDA9)

“การเรียนทฤษฎีใช้ระบบการเรียนออนไลน์ที่เรียกว่า และระบบ เตรียมนิสิตเรื่องการเข้าระบบ เพื่อการเช็คชื่อนิสิต ตอนเย็นคนบดีจะพบนิสิตทุกเย็นเพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค” (ผู้บริหาร, IDA11)

“นักศึกษามีความเครียด เพราะเมื่อเรียนออนไลน์เขามีประสบการณ์น้อย ดังนั้น ต้องเติมทัศนคติ ว่าเขาสามารถแสวงหาความรู้ได้เพิ่มเติมอย่างไร การเรียนออนไลน์ทำให้เขาเกิดสมรรถนะเพิ่มเติมได้อย่างไรเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส” (ผู้บริหาร, IDA14)

1.2) การเตรียมนักศึกษาเพื่อการฝึกปฏิบัติงานในภาคปฏิบัติ

สถาบันการศึกษามีการเตรียมความพร้อมนักศึกษา โดย 1) การเสริมความรู้และทักษะปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์โควิด-19 โดยการจัดอบรมเสริมความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโควิด และ 2) การสร้างภูมิคุ้มกันให้ได้รับวัคซีน การคัดกรองป้องกันการติดเชื้อของนักศึกษา ดังคำพูดต่อไปนี้

“ก่อนเกิดสถานการณ์ วิทยาลัยเชิง IC โรงพยาบาล มาสอนการป้องกันตัว และการดูแลผู้ป่วย และรพ.มีการนำอุปกรณ์บางอย่าง เช่น ชุด PPE มาใช้ในการลงใส่ ซึ่งนักศึกษามีความมั่นใจมากขึ้นในการฝึกงาน มีความตื่นตัวมากขึ้น นักศึกษาได้รับการฉีดวัคซีนจากโรงพยาบาลทุกคน การเตรียมความรู้ วิทยาลัยมีความมั่นใจในการขึ้นฝึก และอาจปรับรูปแบบการฝึกหลากหลายมากขึ้น เช่น ไม่ขึ้นทุกวัน แต่ปรับมา conference มาเรียน SBL เนื่องจากวิทยาลัยมีอาจารย์บางส่วนที่ผ่านการอบรมจากบริษัทที่สร้าง scenario ซึ่งทุกวิทยาลัยในภาค.....อาจใช้ร่วมกัน และในบางหัตถการอาจต้องมีการฝึกจริงร่วมด้วย” (ผู้บริหาร, IDA9)

“สอดคล้องให้นักศึกษาเรื่องความรู้ทฤษฎีมากกว่า แต่ยังไม่ให้นักศึกษาฝึก และทำการตรวจ PCR ก่อนขึ้นฝึก เพราะเราส่ง 3 แหล่งฝึก มาตรการจะไม่เหมือนกันเราจะประกาศย้าให้นักศึกษาทำตาม มาตรการของแหล่งฝึก บางรพ.ใช้ PCR บางรพ. ใช้ rapid test (อาจารย์, IDA11)

“.....มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การเตรียมเรื่องวิธีการเรียนออนไลน์ แต่ความรู้เรื่อง สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะเสริม โดยการเชิญจาก สสจ. มาให้ความรู้ และการเตรียม นักศึกษาในการช่วยคัดกรองความเสี่ยง อาจมีนอโรงพยาบาลมาช่วยในการคัดกรองร่วมกับทีมกิจการนักศึกษา ทั้งหมดทุกชั้นปี ในส่วนของการคัดกรองทีมกิจการจะให้นักศึกษาแจ้ง timeline มาทีมงานกิจการนักศึกษา อ.ที่ดูแลเด็กฝึกจะให้เด็กแจ้งทันที ใช้วิธีการคุยกันและบอกกันเวลาเมื่อพบปัญหา และข้อมูลความเสี่ยงจะทำ ในทุกชั้นปี” (อาจารย์, IDA4)

2. การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในช่องทางออนไลน์

สถาบันการศึกษาได้ปรับเปลี่ยนกิจกรรมหรือรูปแบบการเรียนการสอนใหม่ทั้งการเรียนในห้องเรียน และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ดังต่อไปนี้

2.1) การเรียนรู้ทางออนไลน์ (Online learning)

สถานศึกษาบางแห่งได้จัดการเรียนการสอนภาคทดลองทางออนไลน์โดยจำกัดจำนวน ผู้เรียนตามความเหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการเรียนรู้สูงสุด ดังคำพูดต่อไปนี้

“.....ภาคทฤษฎีเป็นการเรียนออนไลน์.....ทำสื่อการสอนให้ทันสมัย อันนี้จะเป็นการลงทุนโปรดักชันเฮาส์ที่จะต้องมีการลงทุนจากมหาวิทยาลัย ... ตอนนี้อยู่ที่การใช้การถ่าย clip ในห้องปฏิบัติการ บาง session อาจารย์เป็นผู้สาธิต ถ่ายทอดให้นักศึกษาดูผ่านทาง virtual และพยายามไม่ให้มีกิจกรรมเยอะ มีการจัดทีมที่คอยช่วยเหลือ ห้องเรียนแทบไม่ได้ใช้ มีการปรับห้องเรียนมาเป็น studio” (ผู้บริหาร, IDA15)

“.....การเรียน lab ออนไลน์ ก็จะทำให้คนเข้ามา ไม่เกิน 40 คน ไม่เกิน 10 ห้อง ก็กำหนดไว้ว่าอาจารย์ 1 คน ดูแลนิสิตไม่เกิน 7-8 คน ก็จะสามารถจัดการเรียนการสอน lab ได้.... แต่ใน ขณะเดียวกันการสอนออนไลน์ของการปฏิบัติก็ไม่ได้ ถึงแม้ว่าจะมี Scenarios เรื่องราวที่สสม case ต่าง ๆ ก็ ไม่เท่ากับที่ไปเจอเอง แต่อาจารย์ก็มี case มีภาพ มีกรณีศึกษาที่อาจารย์เก็บไว้ ทำให้เราเกิดการเรียนออนไลน์ ที่ดี” (ผู้บริหาร, IDA12)

2.2) การเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation learning)

ผู้สอนจัดการเรียนการสอนรายวิชาภาคปฏิบัติให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นบางส่วนในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ตามสภาพความพร้อมของสถานศึกษาและบริบทของหัวข้อการเรียนรู้โดยบุคลากรที่อยู่ในสถานการณ์จริง เช่น พยาบาลพี่เลี้ยง อสม. หรือบุคลากรอื่น ๆ ในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมสอนในห้องปฏิบัติการ ดังคำพูดต่อไปนี้

“...ทีมวิชาการและหัวหน้าสาขามีการประชุมปรึกษาหารือกันเกี่ยวกับการปรับการเรียนการสอนที่เน้นปรับเน้นในห้องปฏิบัติการมากขึ้น ...” (อาจารย์, IDA8)

“.....ดก่อนฝึกและปรับให้มีการเรียนในห้องปฏิบัติการแทนและให้พี่เลี้ยงหรือบุคลากรในแหล่งฝึกมีส่วนร่วม ทั้งนี้การเรียนการสอนพยายามปรับให้สอดคล้องกับบริบท เช่น รายวิชาชุมชนมีการให้ อสม. เข้ามาช่วยสอนโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชน” (ผู้บริหาร, IDA1)

“.....วิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น.....บาง case ที่ไม่ได้ก็จะมาทำ Lab เพิ่มเติมให้ได้ตามประสบการณ์ที่ต้องการเป็น Requirement ตัวสุดท้ายของวิชานั้น.... เช่น case เย็บแผล ก็ลองเอาหมูมาให้ให้นักศึกษาฝึกเย็บแผล ที่ห้องเรียน.....เราต้องการฝึกทักษะการเย็บแผลและการทำความสะอาดเพื่อให้ได้เหมือนจริงดีกว่าเป็นการใช้หุ่นที่มันไม่ยืดหยุ่นเวลาเย็บแผลนะคะตอนนั้นก็เลยใช้หมู มีหนังหลายชั้นคะ มันก็จะเย็บแผลได้หลายครั้งแล้ว...บางวิชาที่ไปคุณใช้ได้ข้อมูลมาแล้วก็.....มาทำ Lab Sim ในการพยาบาล เช่น สุนัขศาสตร์ ฝึกทำคลอด case ที่มีผลตรวจไม่ติด covid แนนอนแล้ว.... แต่ case ไหนที่ไม่มีผลโควิดเนี่ยก็ไม่ได้ฝึกอาจารย์ก็จะจัดทำเป็น Lab Sim แบบอย่างในเรื่องของการพยาบาลระยะคลอดคะ” (อาจารย์, IDA15)

“.....ภาคปฏิบัติฝึกปฏิบัติ ทั้งบ้านบางแค โรงพยาบาลต่างจังหวัด งดการฝึก แต่ใช้ห้องเรียนเสมือนจริง ซึ่งห้องยังไม่สมจริง” (ผู้บริหาร, IDA6)

2.3) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงและการพยาบาลผ่านเครื่องมือสื่อสารหรือแอปพลิเคชัน

ลักษณะของการฝึกในสถานการณ์จริงในแหล่งฝึกเป็นการฝึกให้การพยาบาลโดยตรง แต่ลดระยะเวลาที่จะให้บริการแบบเผชิญหน้ากับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และเพิ่มเวลาเรียนรู้ในรูปแบบอื่น เช่น การประชุมปรึกษา การฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงโดยการโทรศัพท์ หรือใช้เครื่องมือสื่อสารหรือแอปพลิเคชัน ในการสอบถามอาการ และให้ข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัว ดังคำพูดต่อไปนี้

“.....มีการประชุมในอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรทั้ง 5 สาขา แล้วก็ลดในเรื่องของการไปขึ้นฝึกปฏิบัติงานหมายถึงระยะเวลาที่จะอยู่บนคลินิกหรืออยู่ในชุมชนนั้นนะคะ ตรงนี้ก็จะมีการคุยเป็นสาขาว่าจะปรับการเรียนการสอนยังไงนะคะเช่นบางวิชาที่ไปคุณใช้ได้ข้อมูลมาแล้วก็ช่วงบ่ายก็จะมา Conference” (อาจารย์, IDA15)

“.....ในภาคปฏิบัติยังไม่กระทบเพราะ รพ.ยังเปิดโอกาสให้ขึ้นปฏิบัติงานแต่ในส่วนของชุมชน อาจใช้วิธีการเยี่ยมบ้านโดยการโทรศัพท์แทน” (อาจารย์, IDA4)

“....วิชาชุมชน Virtual learning ใช้โทรศัพท์เยี่ยมบ้าน” (ผู้บริหาร, IDA12)

“.....ช่วงที่ยังมีการฝึกอบรมยังให้ฝึกครั้งวัน รอบบ่ายมา conference เพื่อลดการติดเชื่อวิธีการเรียนนักศึกษามีส่วนร่วมในการปรับปรุงแบบโดยปรับให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียน เช่น วิชาการพยาบาลสู่ศาสตร์ ให้คนที่บ้านเป็นคนท้อง นักศึกษาเป็นพยาบาล อาจารย์ตรวจการดูแลทางออนไลน์ หรือ วิชาผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ นักศึกษาหาญาติพี่น้องมาที่เป็นผู้ช่วยในการเรียน” (ผู้บริหาร, IDA12)

3. ความต้องการสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

สถาบันการศึกษามีความต้องการสิ่งสนับสนุน 3 ประการ ได้แก่ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ทางออนไลน์ สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง และสิ่งสนับสนุนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1) ความต้องการสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ทางออนไลน์

การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ สถาบันการศึกษาควรมีความพร้อมของสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ทางออนไลน์ ได้แก่ 1) อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โปรแกรมและสัญญาณอินเทอร์เน็ต และ 2) บุคลากรชำนาญการสอนและการจัดทำสื่อออนไลน์ ดังนี้

3.1.1) ความพร้อมของอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โปรแกรมและสัญญาณอินเทอร์เน็ต

พบว่า สถาบันการศึกษาบางแห่งมีความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ โดยจัดทำแผนการจัดซื้อครุภัณฑ์ล่วงหน้าก่อนเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังคำพูดต่อไปนี้

“.....ก่อนการระบาด เราได้ซื้อแอปพลิเคชัน พยายามที่จะเขียนหลักสูตรการเรียนออนไลน์.....จึงมีแผนที่จะซื้อวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เราจึงมีความพร้อมมากที่จะสอนออนไลน์ และเมื่อมีการระบาดเราก็จะออนไลน์ได้อย่างสนุกสนาน โดยไม่ต้องกังวล เช่น Zoom web....” (ผู้บริหาร, IDA12)

แต่บางสถาบันมีปัญหาการเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตเนื่องจากสัญญาณไม่แรงเพียงพอ การอยู่ในพื้นที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตส่งไปไม่ถึง มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเช่าสัญญาณอินเทอร์เน็ตและขาดอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ สถาบันการศึกษาแก้ไขโดยจัดหาสถานที่เรียน สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อาจารย์และนักศึกษา ปรับปรุงระบบเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ประสานขอใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตจากหน่วยงานใกล้เคียงและให้นักศึกษามาอยู่วิทยาลัยเพื่อใช้อุปกรณ์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตเรียนออนไลน์ ดังคำพูดต่อไปนี้

“.....ส่วนใหญ่บ้านอยู่ตามพื้นที่พักบนเขา บนดอย กระทบต่อการเรียนออนไลน์ วิทยาลัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์การใช้อินเทอร์เน็ตของอนุญาต อบต. สสจ. ให้นักศึกษา นาน ๆ ไป พ่อแม่ ไม่ไหว เพราะบางรายต้องพาลูกจากเขา 40-50 กิโลเมตร มาเรียนออนไลน์ วิทยาลัยเลยต้องอนุญาตให้นักศึกษาเข้ามาอยู่วิทยาลัย” (ผู้บริหาร, IDA8)

“ มีการสำรวจนักศึกษาในกลุ่มที่ไม่มีคอมพิวเตอร์ในการเรียน หรือมีปัญหาความเร็วอินเทอร์เน็ตเพื่อจัดหาคอมพิวเตอร์และอนุญาตให้เข้ามาเรียนในวิทยาลัยได้” (ผู้บริหาร, IDA1)

..... แม้ว่ามหาวิทยาลัยจะให้ sim กับนักศึกษาแต่ก็ยังมีปัญหาในเรื่องอุปกรณ์ เพราะมหาวิทยาลัยประกาศให้มี 2 device ในการสอบเพื่อป้องกันทุจริต แต่นักศึกษาบางคนไม่มี คณะจึงให้ยืม iPad notebook...” (อาจารย์, IDA6)

“...ต้องการมหาวิทยาลัยสนับสนุนการใช้ Zoom หรือ Meet จะได้ไม่หลุดบ่อย เพราะถ้าเราใช้ของเราเองมีปัญหาหลุดบ่อย...” (อาจารย์, IDA12)

“...มีปัญหาเรื่องการออนไลน์เพราะนักศึกษาบางคนไม่พร้อมจ่าย วิทยาลัยซื้อ Sim มีคนบริจาคเครื่องคอม นักศึกษาบางคนไม่พร้อมเรียน วิทยาลัยให้มาเรียนที่วิทยาลัย” (อาจารย์, IDA9) “

3.1.2) บุคลากรชำนาญการสอนและการจัดทำสื่อออนไลน์

สถาบันการศึกษาได้จัดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้เทคโนโลยีทางการศึกษาช่วยสนับสนุนอาจารย์ทั้งในด้านการใช้โปรแกรมระบบออนไลน์ และการจัดทำสื่อการสอนและกิจกรรมที่หลากหลายในช่วงที่มีการสอนออนไลน์เป็นระยะเวลานาน ดังคำพูดต่อไปนี้

“..อยากให้วิทยาลัย ส่งเสริมสนับสนุน สื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ให้เจ้าหน้าที่มาช่วยสนับสนุนการใช้สื่อต่าง ๆ” (อาจารย์, IDA15)

“...ช่วงแรกการระบาด อาจารย์มีปัญหาเรื่อง การใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอน การใช้ Meet การใช้ Zoom มีทีมเทคโนโลยีมาสอนเพิ่มความเชี่ยวชาญของอาจารย์ และทีมเทคโนโลยีในการช่วยแก้ไขเมื่อพบปัญหาขณะที่อาจารย์มีการเรียนการสอนและการสอบ” (อาจารย์, IDA4)

“...การระบาดช่วงรอบแรกอาจารย์ส่วนใหญ่อยากให้มีการจัดเจ้าหน้าที่ประจำห้องเรียนห้องละ 1 คน ในช่วงแรกต้องมาช่วยเปิดห้องเรียนออนไลน์ รวมถึงช่วยผลิตสื่อการสอน” (อาจารย์, IDA7)

“...มีการอบรมการสอนออนไลน์ เช่น การทำ clip ฝ่าย IT คณะมีแผนการช่วยเหลืออาจารย์กรณีที่มีอาจารย์สอน ออนไลน์จะมีแผนว่าติดต่อใครได้ และให้ยืมอุปกรณ์ และการอบรมการปรับวิธีการเรียนการสอน...” (อาจารย์, IDA6)

3.2) ความต้องการอุปกรณ์และสื่อการเรียนเสมือนจริงใน simulation lab

สถาบันการศึกษาได้จัดเตรียมทรัพยากรการเรียนรู้เสมือนจริงให้นักศึกษาได้เรียนในภาคทดลอง ตั้งแต่ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 แล้ว และได้จัดการเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริงเพิ่มมากขึ้นแทนการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงตามที่กล่าวมาแล้ว สถาบันการศึกษาบางแห่งมีความพร้อมทั้งสถานที่และความเพียงพอของสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ แต่บางสถาบันยังมีข้อจำกัดและต้องการการสนับสนุนในการจัดหาครุภัณฑ์การศึกษาและการปรับปรุงห้องปฏิบัติการให้เสมือนจริง เช่น หุ่นฝึกปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้มีห้องปฏิบัติการเสมือนจริงที่ได้มาตรฐานส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำพูดต่อไปนี้

“.....เรามีความพร้อม เพราะมี Sim ในสมัยแรก ๆยังไม่เป็นอุปสรรค แต่ก็พยายามที่จะหาวิธีการที่จะจัดการเรียนการสอนให้ได้ดีที่สุดการเรียน Sim ต่าง ๆ เราก็พยายามซื้อให้มากขึ้นอีก...” (ผู้บริหาร, IDA12)

“....งคการฝึกแต่ใช้ห้องเรียนเสมือนจริง ซึ่งห้องยังไม่สมจริงยังรอกระบวนการดำเนินการ ตอนนี้ใช้ห้อง Sim เยอะ และใช้หอพักเพิ่มเติม...” (ผู้บริหาร, IDA6)

“.....อยากให้มีการสนับสนุนเรื่องการทำห้อง Lab ที่เป็นห้องเฉพาะทางแต่ละสาขา และให้เป็นห้อง Lab ที่ได้มีรูปแบบ มีความสมบูรณ์แบบมากขึ้น” (อาจารย์, IDA10)

“....ต้องการให้สนับสนุนเรื่อง การปรับปรุงห้องปฏิบัติการเสมือนจริงที่สมบูรณ์มากขึ้น เช่น ความเพียงพอของหุ่น ซึ่งปัจจุบันเรามีหุ่นที่ยังน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนนักศึกษา มาตรฐานของห้องปฏิบัติการ” (ผู้บริหาร, IDA1)

3.3) ความต้องการอุปกรณ์ป้องกันการแพร่เชื้อในการฝึกปฏิบัติงานจริง

การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จริงให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และในชุมชน สถาบันการศึกษาได้สนับสนุนในช่วงการเตรียมการก่อนฝึกให้นักศึกษาและอาจารย์ได้รับวัคซีนครบ และสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสเชื้อ รวมทั้งการประสานจัดหาสถานที่และผู้ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ และในบางแห่งให้นักศึกษาตรวจหาเชื้อก่อนขึ้นฝึก ดังคำพูดต่อไปนี้

“.....ในส่วนของการปฏิบัติ เพราะแหล่งฝึกขอให้นักศึกษา Swab ก่อนการฝึก ซึ่งต้องออกค่าใช้จ่ายเอง....” (ผู้บริหาร, IDA1)

“...ตอนนี้ก็พยายามทุกช่องทางที่จะหาวัคซีนให้ฉีดให้อาจารย์ได้รับวัคซีน เป็นสิ่งที่ดี หรือ swob ก่อนการฝึกก็ต้องทำ” (ผู้บริหาร, IDA12)

“.....ต้องการให้ช่วยเหลือเรื่อง Mask ให้กับนักศึกษาก่อนปฏิบัติงานวันละ 1 ชิ้น ของอาจารย์ก็ให้ mask เช่นเดียวกันอาจจะซื้อ N95 ให้อาจารย์ ส่วนของอย่างอื่น ๆ สนับสนุนหมดแล้ว” (อาจารย์, IDA4)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

การจัดการเรียนการสอนทางโรงพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมนักศึกษาใช้รูปแบบการเรียนการสอนใหม่ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 2) การจัดการเรียนการสอนทางโรงพยาบาลภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในช่องทางออนไลน์ และ 3) ความต้องการสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

การเตรียมความพร้อมนักศึกษาใช้รูปแบบการเรียนการสอนใหม่ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อการเรียนของนักศึกษา เนื่องจากนักศึกษาต้องมีการปรับวิธีการเรียนเป็นช่องทางออนไลน์ การเตรียม

ความพร้อมจึงต้องมีการเตรียมอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่เหมาะสมกับการเรียนออนไลน์ มีการแนะนำโปรแกรมที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ การสืบค้นข้อมูลทางออนไลน์เพื่อใช้ในการเรียน วิธีการสอบออนไลน์ รวมถึงการปรับวิธีการคิด ทักษะในการเรียนและเพื่อให้ให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจในวิธีการเรียน และประสบความสำเร็จการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับ Ali (2016) กล่าวว่า ความพร้อมทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา รวมถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ต้องใช้ในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาที่เอื้อให้ผู้เรียนสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ดี สำหรับการเตรียมความพร้อมในภาคปฏิบัติในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาซึ่งเป็นสถานการณ์การแพร่ระบาดใหม่ และเป็นการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ที่มีความรุนแรงของโรคกระจายอย่างรวดเร็ว การมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ การได้รับวัคซีนและการคัดกรองการป้องกันการติดเชื้อจะช่วยให้ นักศึกษาสามารถป้องกันตนเองได้ดี เมื่อต้องมีการฝึกภาคปฏิบัติ เช่นเดียวกับคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มีการเตรียมนักศึกษาก่อนการฝึกภาคปฏิบัติวิชาวินิจฉัยการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นักศึกษาได้รับความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา การสวมเครื่องป้องกันที่ถูกต้อง ได้รับ วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และต้องมีการกักตัวก่อนการฝึกปฏิบัติเป็นระยะเวลา 14 วัน (กิตติพงษ์ พลทิพย์ และคณะ, 2565)

สำหรับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในช่องทางออนไลน์ ได้แก่ การเรียนรู้ออนไลน์ การเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง และการพยาบาลผ่านเครื่องมือสื่อสารหรือแอปพลิเคชัน สะท้อนให้เห็นว่า ช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ สามารถนำเข้ามาผนวกกับการเรียนการสอนเพื่อยังคงให้การเรียนการสอนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทัชมาศ ไทยเล็ก และคณะ (2566) กล่าวว่า การต้องเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้การเรียนการสอนต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนรู้เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาด การใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์เป็นอีกช่องทางที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหา เช่น การนำ Microsoft team (MST) หรือ ZOOM มาใช้ในการบรรยายภาคทฤษฎี การฝึกปฏิบัติบนคลินิก (Clinical practice) การฝึกปฏิบัติด้วยตนเองด้วยบทเรียนออนไลน์ รวมถึงการฝึกภาคปฏิบัติผ่านช่องทางออนไลน์ (อารี ชิวเกษมสุข, 2564) ในส่วนของการฝึกภาคปฏิบัติในสถานการณ์แพร่ระบาดถือว่าเป็นความท้าทายในการจัดการเรียนการสอนเนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ทักษะปฏิบัติจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่นักศึกษาต้องปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมก่อนจบการศึกษา การเรียนในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง รวมถึงการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางไกลผ่านเครื่องมือสื่อสารหรือแอปพลิเคชันจึงเป็นทางเลือกที่หลายสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลนำมาใช้เพื่อให้นักศึกษาฝึกทักษะทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของพิมผกา ปัญญาใหญ่ และพินุช ลาเซอร์ (2564) ที่พบว่า นักศึกษาสามารถเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ แสดงออกถึงความเอื้ออาทร ปฏิบัติทักษะได้ทั้งสถานการณ์จำลองก่อนฝึกปฏิบัติและในสถานการณ์จริงขณะฝึกปฏิบัติ เช่นเดียวกับการศึกษาของอารยา เจริญกุล และแสงเดือน พรหมแก้วงาม (2564) ที่พบว่า การเรียนการสอนออนไลน์แบบผสมผสานมีความเหมาะสมสำหรับการสอนภาคปฏิบัติในยุคปกติใหม่

ช่วยเตรียมความรู้สำหรับการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ และส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ความต้องการสนับสนุนการเรียนรู้ ได้แก่ ความต้องการสนับสนุนการเรียนรู้ทางออนไลน์ ความต้องการสนับสนุนการเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริงในห้องปฏิบัติการหุ่นจำลองเสมือนจริง ขั้นสูง และความต้องการอุปกรณ์ป้องกันในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ระดับสูง สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมของสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่ยังจำกัดและมีบุคลากรที่มีความชำนาญในการเรียนการสอนออนไลน์ที่ยังไม่เพียงพออาจเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ทำให้ความต้องการในการใช้สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกันกับการเตรียมความพร้อมนักศึกษาและวิธีการเรียนที่จะทำให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในการเรียนและบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้โดยเฉพาะสิ่งสนับสนุนในห้องปฏิบัติการเสมือนจริงเนื่องจากเป็นสถานที่ในการฝึกทักษะปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญวาศ และคณะ (2565) ที่ประเมินความต้องการในการพัฒนาการเรียนรู้อินสถานการณ์จำลองเสมือนจริงพบว่า อาจารย์มีความต้องการด้านสิ่งสนับสนุนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงลำดับแรก เช่นเดียวกับวีรชนก กลิ่นชาติ และคณะ (2562) พบว่า การมีสื่อวีดิทัศน์ มีคอมพิวเตอร์ที่เพียงพอ มีหุ่นจำลองและมีวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอกับจำนวนนักศึกษาและทักษะการพยาบาลช่วยเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาพยาบาล ควรปรับปรุงแบบการเรียนการสอน เช่น รูปแบบการเรียนรู้แบบออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชัน การเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง เป็นต้น เพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตใหม่
2. สถาบันการศึกษาพยาบาล ควรจัดสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น เครือข่ายอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียนออนไลน์ ห้องเรียนสถานการณ์เสมือนจริงใน (Simulation Lab) และอุปกรณ์ในการฝึกปฏิบัติงานจริง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ และทำให้นักศึกษาเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสบการณ์การเรียนการสอนในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการจัดการเรียนการสอน
2. ควรศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนทางการพยาบาลภาคปฏิบัติโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อให้ได้รูปแบบการเรียนการสอนภาคปฏิบัติกรณีมีแพร่ระบาดใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนากำลังคนด้านการพยาบาล: การผลิต การกระจาย การธำรงรักษาเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคระบาดใหญ่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง สถานศึกษาในสังกัดและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ ปิดทำการด้วยเหตุผลพิเศษ*.
- กิตติพงษ์ พลทิพย์, จีรวรรณ ขาประดิษฐ์, วณิภา ชัยศิริทรัพย์, ชุมศรี ต้นเกตุ, สุพัตรา เขาวัว, และวิราพร สืบสุนทร. (2565). การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19. *วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ*, 1(1), 15-20.
- ขวัญตา บุญวาศ, โสภา รักษาธรรม, สุทธนันท์ กัลละ, และมณูชพาณี ขำวงศ์. (2565). การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในยุคสังคมปกติวิถีใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(3), 66-79.
- ทัชมาศ ไทยเล็ก, ปราณี คำจันทร์, และศมนนันท์ ทศนีย์สุวรรณ (2566). การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019:กรณีศึกษารายวิชาการวิจัยเบื้องต้นทางการพยาบาล. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 43(2), 84-97.
- พิมพ์ภา ปัญญาใหญ่, และพริณัฐ ลาเชอร์. (2564). การออกแบบการเรียนรู้ในยุคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพ: ถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 3(3), e2681.
- รัชนก กลิ่นชาติ, บุศริน เอี้ยวสีหยก, ธีสมน นามวงศ์, ภโวทัย พาสนาโสภา, และสุมาลี ราชนิม. (2562). การพัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 188-199.
- อมร ลีลารัศมี. (2563). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2*. แพทยสภา. <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>
- อารยา เจริญกุล, และแสงเดือน พรหมแก้วงาม. (2564). ประสบการณ์การเรียนการสอนออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 14(2), 264-282.

- อารี ชีวเกษมสุข. (2564). การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสานในยุคความ
ปกติใหม่. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 25-37.
- Ali, W. G. M. (2016). Nursing students' readiness for e-Learning experience. *Gynecology &
Obstetrics*, 6, 1-6. doi:10.4172/2161-0932.1000388
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In R. S. Valle &
M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71).
Oxford University Press.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Morin K. H. (2020). Nursing education after COVID-19: Same or different? *Journal of clinical
nursing*, 29(17-18), 3117–3119. <https://doi.org/10.1111/jocn.15322>
- Sadeghi Mahalli, N, Rad, M., Nematifard, T., & Khaki, S. (2020). The challenges of virtual
education in nursing before and after COVID-19. *A Systematic Review*, 1(3), 810-990.
- Tolyat, M., Abolfazl Vagharseyyedin, S., & Nakhaei, M. (2022). Education of nursing profession
amid COVID-19 Pandemic: A qualitative study. *Journal of Advances in Medical
Education & Professionalism*, 10(1), 39–47.
<https://doi.org/10.30476/JAMP.2021.90779.1422>

**การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน
จากการได้รับเลือดเนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา**

ชัชฎาพร จันทรสุข, พย.ม.*

รุ่งนภา ปรากฏดี, พย.บ.**

Received: February 23, 2023

Revised: October 16, 2023

Accepted: October 31, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีมารดาหลังคลอดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินการของโรค และแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะซ็อก และแนวทางการให้เลือด โดยกรณีศึกษาเป็นมารดาหลังคลอดวัยเจริญพันธุ์ การวินิจฉัยโรคเป็นภาวะตกเลือดหลังคลอด มีภาวะแทรกซ้อน คือ มีภาวะปริมาณเลือดไหลเวียนมากเกินไปในระบบไหลเวียนหลังได้รับเลือด (TACO) และภาวะปอดได้รับอันตรายหรืออักเสบหลังได้รับเลือดเฉียบพลัน (TRALI) มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาล และการประเมินสุขภาพของมารดาหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแลมารดาหลังคลอด

ผลการศึกษารายกรณี พบปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ ภาวะช็อคจากการตกเลือด ภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะปริมาณเลือดไหลเวียนมากเกินไปในระบบไหลเวียนหลังได้รับเลือด (TACO) และภาวะปอดได้รับอันตรายหรืออักเสบหลังได้รับเลือดเฉียบพลัน (TRALI) กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติในการพยาบาลการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริหารสารน้ำ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และการให้เลือดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดใช้ระยะเวลาในการรักษา 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2565 ถึง 24 มีนาคม 2565) แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

ข้อเสนอแนะ การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดและมีภาวะช็อคจนได้รับเลือดตามแนวปฏิบัติการให้เลือดของโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาลให้การพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น พยาบาลต้องดูแลให้ได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในกรณีที่ให้เลือด เช่น หากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ควรหยุดให้เลือดทันที หรือพิจารณาให้เลือดโดยการผ่านเครื่องควบคุมอัตราการหยดของเลือด หากพบความผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาล การตกเลือดหลังคลอด มารดาหลังคลอด กรณีศึกษา

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: chatchadaporn@bcnsurin.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุรินทร์

Nursing Care for Postpartum Mothers with Complications from Receiving Blood Transfusion due to Postpartum Hemorrhage: A Case Study

Chatchadaporn Juntrasuk, M.N.S.*

Rungnapa Pragotdee, B.N.S.**

Abstract

This report aimed to study the progression of postpartum hemorrhage and management guidelines for postpartum mothers with hemorrhagic shock receiving blood transfusion. One case of postpartum mothers was study. The postpartum mother was in a reproductive age and diagnosed hypovolemic shock with Transfusion-associated circulation overload (TACO) and Transfusion-related acute lung injury (TRALI). The postpartum mother received intervention by using the nursing process and the health assessment following the hospital's standard care of postpartum mothers.

The case study was a postpartum mother with hemorrhagic shock, hypoxia, post-traumatic circulatory hyperemia (TACO), and acute post-exposure lung injury (TRALI). The hospital's management of postpartum hemorrhage care, such as blood transfusions, fluids, and tocolytic drug administration, was performed closely and strictly to care for the postpartum mother. The care lasted for 8 days and then the postpartum mother was discharged.

This study suggests that a hospital protocol for blood transfusion in hypovolemic shock due to postpartum hemorrhage should be administered instantly. The reason is to safe mother from life threatening conditions and complications. Nurses should take care of intravenous administration and blood transfusion to the postpartum mother. The postpartum mother's conditions should be monitored closely. If there are any adverse outcomes due to blood transfusion, the doctor should be notified at once for further care.

Keywords: Nursing care, Postpartum hemorrhage, Blood transfusion, Case study

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: chatchadaporn@bcnsurin.ac.th

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Surin Hospital

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการคลอด และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดาซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 25 ของการตายของมารดาทั้งหมด ส่วนใหญ่ร้อยละ 99 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาและมากกว่าร้อยละ 50 ของการตายของมารดาเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (World Health Organization [WHO], 2020) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการตกเลือดคือ ภาวะช็อคจากการเสียเลือด ดังนั้น การให้เลือดจึงเป็นการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อป้องกันภาวะช็อคดังกล่าว แต่การให้เลือดในมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ก็ยังพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดที่เป็นอันตราย ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะปริมาณเลือดไหลเวียนมากเกินไปในระบบไหลเวียนหลังได้รับเลือด (TACO) และภาวะปอดได้รับอันตรายหรืออักเสบหลังได้รับเลือดเฉียบพลัน (TRALI) ดังนั้น พยาบาลหลังคลอดจึงต้องมีความรู้ และทักษะ ในการให้การพยาบาล มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด มีภาวะช็อค และได้รับเลือดอย่างถูกต้อง เพื่อลดการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, 2563)

ความหมาย

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อคจากการเสียเลือด (WHO, 2020; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012)

ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (WHO, 2020; Murray & McKinney, 2014)

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอด เป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่

1) Tone คือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) เป็นสาเหตุของการตกเลือดอันดับ 1 พบได้ร้อยละ 70 ปัจจัยที่มีผลต่อการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention

of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) และการใช้ยาเพอร์บูทาลินในช่วงเจ็บครรภ์คลอด (Murray & McKinney, 2014)

2) Trauma คือการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) เป็นสาเหตุอันดับสองของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยพบได้ร้อยละ 20 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดแล้วตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) ทารกมีส่วนนำที่ไม่ใช่ศีรษะ (Fetal malpresentation) การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Forceps or vacuum) การตัดแผลฝีเย็บ (Episiotomy, especially mediolateral) การคลอดเฉียบพลัน (Precipitate of labor) และการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) (Su, 2012) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นมีผลทำให้ช่องทางคลอดได้รับบาดเจ็บเนื่องจากช่องทางคลอดเกิดการยืดขยายมากกว่าปกติ

3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ที่พบได้ร้อยละ 10 ของการคลอดปกติทั้งหมด (Mattson & Smith, 2011; Su, 2012) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดรกติดหรือรกค้าง ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) การติดเชื้อของรกและน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis and accessory placental lobes) การเคาะผ่าตัดเนื้องอกมดลูกมาก่อน การเคาะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมารดาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีขึ้นไป

4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Perry et al, 2010; Su, 2012; Murray & McKinney, 2014) ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) (Su, 2012) ได้รับยาเสตีรอยด์เพื่อรักษาทารกในขณะตั้งครรภ์ (Briley et al., 2014) มีโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น ฮีโมฟีเลีย (hemophilia) ธาลัสซีเมีย (thalassemia) (สร้อย อนุสนธิ์กุล, 2557)

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา

เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ซีแชน ซินโดรม (Sheehan's syndrome) โลหิตจางรุนแรง ทุพพลภาพ ข้อคั่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยการให้เลือด ได้แก่ ภาวะปฏิกิริยาภูมิแพ้หลังได้รับเลือด (Allergens) ภาวะปริมาณเลือดไหลเวียนมากเกินไปในระบบไหลเวียนหลังได้รับเลือด (Transfusion associated circulation overload [TACO]) หรือภาวะปอดได้รับอันตรายหรืออักเสบหลังได้รับเลือดเฉียบพลัน (Transfusion-related acute lung injury [TRALI]) และหากได้รับการรักษาที่ล่าช้าทำให้เสียชีวิตได้

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (Adverse transfusion reaction: AS) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ (โรงพยาบาลพระมงกุฎ, กองการพยาบาล, คณะกรรมการอนุกรรมการประกันคุณภาพการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 2561; สภาวิชาชีพ, ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ, คณะกรรมการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต, 2558)

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ (Transfusion-transmitted infections [TTIs]) ได้แก่ การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial contamination) การติดเชื้อปรสิต (Parasitic infection) เชื้อไวรัสตับอักเสบนานาชนิดต่าง ๆ (Hepatitis) เชื้อไวรัสเอดส์ (Human immunodeficiency virus, HIV) เป็นต้น

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ (Non-infectious adverse reactions) ได้แก่

2.1 Hemolytic transfusion reactions (HTR) คือ ภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือดที่ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงของการที่มีเม็ดเลือดแดงแตกทำลายสัมพันธ์กับการรับเลือด

สาเหตุเกิดจากเลือดของผู้บริจาคที่นำมาให้กับผู้ป่วยนั้นเข้ากันไม่ได้ (ABO incompatibility) สามารถเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันภายใน 24 ชั่วโมง (Acute hemolytic transfusion reaction: AHTR) หรือเกิดขึ้นช้าภายหลังการรับเลือดไปแล้วนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง (Delayed hemolytic transfusion reaction: DHTR) อาการหรืออาการแสดง ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะปวดหลัง หายใจไม่สะดวก เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

2.2 Non hemolytic transfusion reactions (NHTR) คือ ภาวะแทรกซ้อนจากการรับเลือดที่ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการ หรืออาการแสดงของการที่มีเม็ดเลือดแดงแตกทำลาย ได้แก่

1) Febrile non hemolytic transfusion reaction (FNHTR) คือ ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับเลือดที่ผู้ป่วยมีอาการไข้ มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หรือมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าระดับก่อนรับเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 องศาเซลเซียส และหรือมีอาการหนาวสั่น และอาจมีอาการปวดหัวคลื่นไส้ร่วมด้วยอาการเกิดขึ้นภายใน 4 ชั่วโมง หลังการรับเลือดโดยตัดสาเหตุอื่นๆออกไป

สาเหตุ เกิดจากผู้ป่วยมีแอนติบอดีต่อแอนติเจนที่เป็นโปรตีนในพลาสมาของผู้บริจาคหรือแอนติบอดีต่อแอนติเจนบนเม็ดเลือดขาวหรือเกล็ดเลือด หรือการได้รับสารไซโตไคน์ (Cytokine) ที่หลั่งออกมาจากเม็ดเลือดขาวที่สลายตัว

อาการและอาการแสดง ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ตัวอุ่น หน้าแดง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

2) Allergic reaction คือ ปฏิกิริยาภูมิแพ้หลังการรับเลือดสาเหตุเกิดจากการเกิดปฏิกิริยาระหว่างแอนติบอดีในร่างกายนับของผู้ป่วยกับสารที่ทำให้เกิดการแพ้ (Allergens) ที่อยู่ในพลาสมาของผู้บริจาค อาการ/อาการแสดง ผื่นขึ้นแดง คัน ใบหน้าบวมริมฝีปาก/ลิ้นบวมโดยอาการเกิดขึ้นภายใน 4 ชั่วโมงภายหลังการให้เลือด ตอบสนองต่อการรักษาด้วย Anti-histamine หรือ Steroid หากมีอาการแพ้รุนแรงมาก (Anaphylaxis shock) จะมีอาการ/อาการแสดง ทางเดินหายใจอุดตัน หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ผู้ป่วยอาจหยุดหายใจและมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Cardiac arrest)

3) Transfusion associated circulatory overload (TACO) คือ ภาวะปริมาณเลือดไหลเวียนมากเกินไปในระบบไหลเวียนภายหลังการได้รับเลือดสาเหตุ เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเลือดในอัตราที่เร็วเกินไป อาการ/อาการแสดง หายใจไม่สะดวก ไอ แรงดันในหลอดเลือดดำสูง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง

4) Transfusion-related acute lung injury (TRALI) คือ ภาวะปอดได้รับอันตรายหรืออักเสบเฉียบพลันที่เกิดหลังการได้รับเลือดภายใน 6 ชั่วโมง โดยไม่มีสาเหตุมาจากการได้รับปริมาณเลือดมากเกินไปในระบบไหลเวียน หรือจากสาเหตุอื่น สาเหตุ ส่วนใหญ่มักเกิดจากแอนติบอดีที่มีความจำเพาะต่อ Human leukocyte antigen (HLA) และ Human neutrophil antigens (HNA) โดยมักพบในเลือดและส่วนประกอบของเลือดของผู้บริจาคเพศหญิงที่เคยตั้งครรภ์มาแล้วส่วนประกอบของเลือดที่มีพลาสมา ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิด TRALI คือ Fresh frozen plasma (FFP), Red blood cell (RBC) และ Platelets

อาการ/อาการแสดง ได้แก่ มีไข้หนาวสั่น หายใจหอบเหนื่อย ตัวเขียว ความดันเลือดต่ำ และมีภาวะปอดบวมน้ำคั่งใหม่ (New-onset bilateral pulmonary edema)

5) Post transfusion purpura (PTP) คือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่เกิดขึ้นใน 5-12 วันภายหลังการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด

กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือด และการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560; อดุมรรณ วันศรี และณัฐรินทร์ สกุนธิวิวัฒน์, 2562) โดยใช้กระบวนการในการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล ดังนี้ (อรทัย หาญยุทธ, 2557)

1. การประเมินสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการบันทึกข้อมูล ดังนั้น ในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลจะต้องประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดโดยใช้หลัก B-BUBBLE (Pillitteri, 2014) ดังนี้

1.1 Black ground and Body condition คือ การตรวจสอบประวัติการคลอด เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะคลอด เช่น ระยะการคลอดที่ 1, 2 หรือ 3 ได้แก่ เคยผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอด (Prior uterine surgery or CS) ตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiple gestation) เคยคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง (>4 prior births) เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน (Prior OB hemorrhage) มีก้อนเนื้ออกมดลูกขนาดใหญ่ (Large myoma) ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (EFW >4000 gm.) อ้วนมาก (BMI >40) มีภาวะซีด (Hematocrit <30%) ส่วนการประเมินปัจจัยเสี่ยงระดับสูง ได้แก่ รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกฝังแน่น (Accreta/percreta) เกร็ดเลือดต่ำกว่า 70,000 (Platelet count <70K) มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Known coagulopathy) ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) รับประทานยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง (Prolonged

oxytocin >24 hr.) ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (Prolonged 2nd stage) ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate) การคลอดเฉียบพลัน (Precipitate labor) การมีรกค้าง และการมีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) เป็นต้น และการตรวจร่างกายทั่วไปเพื่อระดับความรู้สึกตัว ภาวะซีด ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยวัดสัญญาณชีพตั้งแต่หลังรกคลอดทันที และติดตามทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2-4 และทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

1.2 Breast and Lactation คือ การประเมินลักษณะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนม เพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนมมารดาโดยเร็วและดูดบ่อย ทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซินช่วยให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

1.3 Uterus คือ การประเมินระดับยอคมดลูกและการหดตัวของมดลูก โดยพยาบาลต้องประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ใน 4 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก 1-4 ชั่วโมง รวมถึงวัดยอคมดลูกและบันทึกระดับการลดลงของยอคมดลูก ซึ่งการบันทึกระดับยอคมดลูกควรทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันเพื่อประเมินการเข้าช่องของมดลูก และเป็นการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง

1.4 Bladder คือ การประเมินกระเพาะปัสสาวะ ค้นหา Bladder full ความรู้สึกปวดปัสสาวะ และการขับถ่ายปัสสาวะหลังคลอด โดยพยาบาลจะต้องกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดปัสสาวะเองภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็มและขัดขวางการหดตัวของมดลูก

1.5 Bleeding or Lochia คือ ประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดหรือน้ำขาวปลาที่ออกจากช่องคลอดในระยะแรกให้มารดาใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด และทำการบันทึกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก บันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง ในระยะ 4 ชั่วโมงหลังคลอด และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

1.6 Episiotomy คือ การประเมินบริเวณช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ พยาบาลต้องตรวจดูลักษณะของแผลฝีเย็บเมื่อแรกรับ และตรวจความผิดปกติทุก ๆ 8 ชั่วโมง โดยใช้ REEDA Scale ในการประเมิน ซึ่งประกอบด้วย Redness คือ แผลมีลักษณะแดงอักเสบหรือไม่ Edema คือ แผลมีลักษณะบวมหรือไม่ Ecchymosis คือ แผลมีรอยช้ำหรือจ้ำเลือดหรือไม่ Discharge คือ แผลมีเลือด น้ำเหลืองหรือหนองซึมออกมาหรือไม่ และ Approximate คือ แผลฝีเย็บขอบเรียบชิดติดกันดีหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดที่สัมพันธ์กับแผลฝีเย็บ ซึ่งคะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง แผลฝีเย็บปกติดี คะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึง แผลฝีเย็บมีความผิดปกติระดับรุนแรงมากขึ้น (Devendra et al., 2015)

2. การวางแผนการพยาบาลและการพยาบาลในการป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด

ตามคำแนะนำการดูแลมารดาหลังคลอดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วถึงที่บทบาทของพยาบาลในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด นอกจากทักษะการประเมินสภาพมารดาหลัง

คลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพมารดาในระยะหลังคลอดอีกด้วย

การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อาการและอาการแสดงของการมีเลือดอย่างใกล้ชิดทั้งในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และในระยะหลังคลอด ดังนี้

ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

1) บันทึกสัญญาณชีพในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1-4 ชั่วโมง

2) ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอedmดลูกทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด

3) สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ชั่งผ้าอนามัยและบันทึกทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบอาการผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

4) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหดยด 100-120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ 12-18 ชั่วโมงหลังคลอด

5) ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นมารดาให้ปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง

6) นำทารกมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็วในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

7) ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ระยะหลังคลอด

1) จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด

2) ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด

3) ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอedmดลูก ทุก 15 นาที

4) ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็มและกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้ายของมารดา หากพบว่ามีการเพาะปัสสาวะเต็มและมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง

5) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ในอัตราหดยด 120-140 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

6) หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือ-เท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์และตามทีมในการช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที

7) หากพบว่ามีอาการแสดงของ Hypovolemic shock ให้จัดท่านนอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที่ เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด Isotonic solution เพิ่มอีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอบผลด่วน และจองเลือด Pack red cells 2 ยูนิต

8) ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บ หรือสาเหตุอื่น ๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป (โรงพยาบาลสุรินทร์, กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม, 2563)

หลังจากพยาบาลได้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดให้ผ่านช่วงเวลาวิกฤตไปได้แล้วนั้น พยาบาลหลังคลอด ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังตกเลือด โดยการให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ เช่น อาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินซีสูง เพื่อช่วยแก้ไขภาวะซีดหลังการตกเลือด เป็นต้น ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด ภาวะซีดหลังการตกเลือด และการปฏิบัติตัวที่สำคัญหลังการตกเลือด เช่น การสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสาธิตและสอนวิธีการคลึงมดลูก วัดระดับยอดมดลูก การสังเกตน้ำคาวปลา การสังเกตแผลฝีเย็บด้วยตนเองโดยใช้กระจกส่องแผลฝีเย็บ และทำการประเมินความรู้และทักษะของมารดาก่อนกลับบ้าน เพื่อให้มั่นใจได้ว่ามารดาหลังคลอด มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน หรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และนัดตรวจติดตามหลังคลอดในระยะ 4-6 สัปดาห์

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 40 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดสุรินทร์ อาชีพแม่บ้าน
สิทธิ์การรักษา: สิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบันและการฝากครรภ์

G5 P4 A0 L3 D1 Last child 7 ปี GA 32⁺² wks. LMP 6 สิงหาคม 2564 EDC 8 พฤษภาคม 2565
Corrected EDC date 20 ตุลาคม 2564 by U/S GA 11⁺³ wks. ฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 9 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ GA 11⁺³ wks. ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ไม่ครบ 8 ครั้งคุณภาพ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 19.33 น้ำหนักปัจจุบัน 65.25 กิโลกรัม ผล Lab ANC 1 วันที่ 1 ตุลาคม 2564 Hct 35.1% Hb 11.9 MCV 82 fl DCIP negative VDRL nonreactive HBsAg negative HIV negative Quad test: 1: 192 Amniocentesis: 46, XY GDM screening: normal Ultrasound anomaly ผล Lab ANC 2 วันที่ 16 มีนาคม 2565 Hct 33.2% VDRL nonreactive HBsAg negative HIV negative

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

6 วันก่อนมาโรงพยาบาล GA 31⁺⁵ wks. ผู้ป่วยขับลมมอเตอรีไซค์ล้มเอง มีอาการสลับ จำเหตุการณ์ไม่ได้ สิริชะบวม หลังจากนั้นขึ้นดี พูดคุยได้ แขนขามีแรงดี ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ผู้ป่วยได้นอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทที่ ward trauma ได้มีการปรึกษาแพทย์เวรสูติเพื่อประเมินทารกในครรภ์ สูตินรีแพทย์ได้ทำการประเมินผู้ป่วย ชักประวัติไม่มีอาการปวดท้อง ทารกยังดี ไม่มีเลือดออกจากช่องคลอด ตรวจร่างกาย no uterine contraction in 10 minutes trans abdominal ultrasonography SVF, VX, EFW 2, 269 g, AFI and DVP no data not seen retroplacental blood clot, FHS +ve, NST non reactive ผู้ป่วยได้รับการรักษาดังนี้ นอนสังเกตอาการทางระบบประสาท ไม่ได้ทำ CT brain เนื่องจากตั้งครรภ์ observe uterine contraction and vaginal bleeding หลังนอนสังเกตอาการ 1 วันไม่มีอาการ ผิดปกติจึงได้กลับบ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

วันที่ 16 มีนาคม 2565 G5P4 GA 32⁺² wks. รับใหม่จาก ANC ด้วย Fetal non reassuring มีท้องป้นแข็ง เวลา 08.00 น. แรกรับทารกท่า ROA FHS 160 ครั้งต่อนาที Interval 6 นาที Duration 30 วินาที Cervix dilatation not dilatation, Cervix effacement thick, Membrane Intact, Station -2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37°C ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/67 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 98 % ผลการอัลตราซาวด์ พบ retroplacental blood clot การรักษาในห้องคลอด Inhibit: Bricanyl 10 amp + 5% DW 500 mL. IV 15 mL/hr., Dexamethasone 12 gm. IM. q 12 hrs. x 2 doses, G/M PRC 4 units FFP 6 unit NPO ระหว่างมี serial hematocrit q 6 hrs. >stable 30% NST OD วันที่ 18 มีนาคม 2565 hematocrit drop 27% ตาม PRC มาให้ 1 ยูนิต NST nonreactive set OR for Cesarean Section with tubal resection emergency operative time 45 minutes (10.15 - 11.00) Anesthesia: general anesthesia Intraoperation finding : normal gravida uterus Amniotic fluid: blood Baby: Vertex presentation, male, Apgar 6, 8, 10 BW 2,050 gm. retroplacental blood clot about 50% Estimate blood loss 1,200 mL. ขณะอยู่ห้องผ่าตัดได้รับสารน้ำเข้าร่างกาย 1,300 mL. เป็นเลือดที่ได้จากห้องคลอด 100 mL. และสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 mL. + syntocinon 10 units 1,200 mL. สารน้ำออกในห้องผ่าตัด 40 mL.

ในขณะที่อยู่ห้องพักฟื้น เวลา 11.00 น. ตาม PRC มาให้อีก 1 ยูนิต ในห้องพักฟื้น เวลา 13.45 น. ทีมวิสัญญีแพทย์แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ว่า มารดาหลังคลอดดูเหนื่อยขึ้น ความดันโลหิตปกติ ชีพจรอยู่ในช่วง 90-100 ครั้งต่อนาที on cannula O₂ Sat 92% On mask with bag O₂ Sat 95-98% ขอย้าย ward 4/2 เนื่องจากครบเวลาสังเกตอาการแล้ว

14.00 น. ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยหลังคลอด สังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจเร็วขึ้น แรกรับ อุณหภูมิ 37.5°C ความดันโลหิต 124/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที On mask with bag O₂ Sat 95% ตามเลือดมาให้ 1 ยูนิต และสังเกตอาการผู้ป่วยต่อ

15.00 น. ผู้ป่วยหายใจหอบมาก ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิต 106/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที O₂ Sat 90% On mask with bag ฟังปอดพบเสียง crepitation both lung มดลูกหดตัวดีอยู่ระดับสะดือ ไม่มี distension ได้รับการรักษาโดยการ Hold IV. and PRC, Furosemide 40 mg. IV. EKG 12 leads, Chest X-ray, Consult med, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, CA, PT, PTT, Trop-T, ABG จอถ่าย SICU และ on HFNC ผลการ X-ray พบ Cephalization, Bilateral pulmonary infiltration, Cardiomegaly แพทย์วินิจฉัยมีภาวะปริมาณเลือดไหลเวียนมากเกินไปในระบบไหลเวียนหลังได้รับเลือด (Transfusion associated circulation overload [TACO])

16.30 น. ระหว่างรอถ่าย SICU ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาก O₂ Sat 85% On mask with bag, On ETT ถ่าย SICU on ventilator เวลา 17.30 น. การรักษาที่ได้รับ on ventilator ระหว่างวันที่ 18-22 มีนาคม 2565 Diuretics, Keep I/O negative to balance, Follow chest X-ray, Discharge วันที่ 24 มีนาคม 2565

ทารกแรกเกิด ถ่าย NICU On CPAP, HFNC, O₂ cannular, wean off oxygen DOL 10 มีปัญหา Jaundice DOL 3>> on phototherapy ช่วงแรกมีปัญหา weight loss ปัจจุบัน BW 2,070 gm. และย้ายมารักษาต่อที่ Nursery

สรุปปัญหาทางการพยาบาลของมารดาหลังคลอดรายนี้

1. มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด
2. มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด
3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลว
4. มารดาหลังคลอดปวดแผลผ่าตัดและแผลฝีเย็บ
5. มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการจัดลำดับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของมารดาหลังคลอดรายนี้ได้จัดลำดับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามปัญหาที่มีความรุนแรงเร่งด่วนของปัญหาและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างทันที่และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) ตามแนวคิดของ NANDA (อรันันท์ หาญยุทธ, 2557)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock)

ข้อมูลสนับสนุน มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางช่องท้อง Total blood loss 1,200 ซีซี เหนื่อยอ่อนเพลีย ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที เบาเร็ว ความดันโลหิต 70/40 mmHg Platelet Count 101,000 /ul Prothrombin Time 15.70 sec INR = 1.33

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากการเสียเลือด และภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของ ภาวะตกเลือด เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ชีพจรเบา อ่อนหฤมิต่ำ มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนใน 1 ชั่วโมง ไม่มีเลือดออกจากแผลผ่าตัดเพิ่ม Vital Signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ น้ำคาวปลาเป็นสีแดงจางลง เลือดออกเพิ่มไม่เกิน 100 ml. ต่อวัน

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลการผ่าตัดทางหน้าท้อง สังเกตปริมาณเลือดที่แผลผ่าตัดและเลือดออกจากช่องคลอดโดยใส่ผ้าอนามัยไว้และจดบันทึก ประเมินภาวะ shock เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว เป็นต้น วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง หากสัญญาณชีพปกติวัดทุก 4 ชั่วโมง ถ้าพบว่าสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในระยะแรกและเริ่มลดต่ำลงในระยะหลัง และมีความดันชีพจรแคบลง (Pulse Pressure) รายงานแพทย์ทราบ วัดปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดและบันทึก ประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออกไม่น้อยกว่า 30 ml. ใน 1 ชั่วโมง หรือ 100 ml. ใน 4 ชั่วโมง และสังเกตปริมาณ สี และกลิ่น หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml. ใน 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ แนะนำให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่ม ดูแลให้ PRC เหลือมาจาก OR และเตรียม PRC ถุงที่ 6 ให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1,000 ml. ต่อชั่วโมง ให้ทางหลอดเลือดดำ 80 ml. ต่อชั่วโมง และยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

ประเมินผลการพยาบาล

มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของ ภาวะตกเลือด เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ชีพจรเบา อุณหภูมิตัว Vital Signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัสสาวะ 2-3 ครั้ง ไม่มีเสບซัด น้ำคาวปลาเป็นสีแดงจาง เปลี่ยนผ้าอนามัย 2-3 ผืน ไม่ชุ่มไม่มีเลือดออกเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

ข้อมูลสนับสนุน เหนื่อยอ่อนเพลีย เหลือตกเลือด Hct 27 % Blood loss 1,200 ml. แพทย์ให้ RBC 6 Unit

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ cyanosis ออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95% ไม่มีอาการคัน ไม่มีผื่น ไม่แน่นหน้าอกหายใจไม่สะดวก

กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบคำสั่งการให้เลือดให้ถูกต้องตามหลัก 7R เจาะเลือดส่ง M/G ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยชื่อ-นามสกุล กรุ๊ปเลือด รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของถุงเลือด ตามมาตรฐานแจ้งให้ผู้พยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นขณะให้เลือด และแจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบทันที วัดสัญญาณชีพก่อนให้เลือด 15 นาที และขณะให้เลือด 15 นาที เพื่อประเมินความผิดปกติ ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของการให้เลือด ดูแลให้ยา Furosemide 10 mg. IV. ทันที หลังการให้เลือดตามแผนการรักษา ดูแลให้ CPM 1 amp IV. ทันที ตามแผนการรักษา รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

ประเมินผลการพยาบาล หลังมารดาได้รับเลือดมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจหอบ ออกซิเจนในกระแสเลือด 90-95 % สัญญาณชีพปกติ รายงานแพทย์เจ้าของไข้ พิจารณาให้หยุดเลือด ใส่ท่อหลอดลมคอ ร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ ปรีक्षाแพทย์ทางอายุรกรรม แพทย์วินิจฉัยมีภาวะ TACO ย้ายแผนกวิกฤตศัลยกรรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลว
ข้อมูลสนับสนุน ใส่ท่อหลอดลมคอร่วมกับเครื่องช่วยหายใจชนิด Bird Respirator หายใจเองไม่ได้
วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ cyanosis ออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจและบันทึกการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ ดูแล suction ให้ตามความเหมาะสม และใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ ดูแลท่อหลอดลมคอให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ติดตามค่าออกซิเจนในกระแสเลือด บันทึกปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สังเกตลักษณะสี กลิ่นของเสมหะ ติดตามผล Chest x-ray

ประเมินผลการพยาบาล ใส่ท่อหลอดลมคอร่วมกับเครื่องช่วยหายใจชนิด Bird Respirator มารดา หลังกคลอด หายใจดี ไม่มีต้านเครื่อง sat = 95-100 % พิจารณาย้าย SICU

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มารดาหลังคลอดปวดแผลผ่าตัดและแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน มารดาหลังคลอดบอกว่า “ปวดแผลที่ผ่าตัด ปวดมากเวลาเคลื่อนไหว” มีแผลผ่าตัด ที่หน้าท้องเป็นแบบ longitudinal line ตัด Fixomull ไว้ Pain score 8 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย ปวดแผล ผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล มารดาหลังคลอดปวดแผลผ่าตัดลดลง มารดาหลังคลอดสุขสบายขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ให้มลูกได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล มารดาหลังคลอดปวดแผลผ่าตัดลดลง และมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เคลื่อนไหว ร่างกายได้ และสามารถนั่งให้นมบุตรได้ Pain score ลดลง 1-2 คะแนน ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความเจ็บปวดของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของ ความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric rating scale อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงอาการปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อมีการ บาดเจ็บแต่เมื่อเกิดการซ่อมแซมอาการปวดก็จะหายไป และอาการปวดมดลูกจะมีมากตอนให้นบุตรดูนม ดูแล ให้นอนพักในท่าที่สุขสบายโดยแนะนำให้นอนหงายศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อลดการตึงรั้งที่หน้าท้อง ลดอาการปวด แนะนำการเคลื่อนไหวอิริยาบถช้า ๆ และเอามือประคองที่แผลเวลาไอหรือจาม ดูแลแนะนำให้ ลูกเร็ว เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พุดคุยให้กำลังใจและเบี่ยงเบน ความสนใจจากการปวดโดยการพุดคุยกับบุตร ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและให้การพยาบาลพร้อมกัน เพื่อลดการรบกวนมารดาหลังคลอด ดูแลให้ Morphine 4 mg. IV. q 6 hrs. ถึง 12.00 น. Then prn q 4 hrs. และ Paracetamol 500 mg. 2 tabs oral prn for pain q 4-6 hrs. Naproxen 1 tab oral tid pc ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง และ ประเมินความปวดหลังการให้การพยาบาล

ประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score 3 คะแนน และมีสีน้ำ
สดขึ้นขึ้น เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน มีน้ำคาวปลาไหลออกเป็นสีแดง เปลี่ยนผ้าอนามัยไป 5 ผืน มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง
ช่วยเหลือ WBC = 136,000 /uL Neutrophil = 84.8% Lymphocyte = 12.2 %

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล แผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบบวมแดง หรือมีเลือดซึม สัญญาณชีพปกติ
น้ำคาวปลาใน 1-3 วันแรกเป็นสีแดง ไม่มีกลิ่นเหม็น มารดาเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2-3 ชั่วโมง WBC ไม่เกิน
25,000 cell

กิจกรรมการพยาบาล ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล สังเกตลักษณะอาการบวมแดงของ
แผลผ่าตัด ปริมาณ สี กลิ่น และชนิดของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากท่อระบายสารคัดหลั่งและน้ำคาวปลาช่องคลอด
กระตุ้นให้มารดาลุกเดินบ่อย ๆ วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง แนะนำไม่ให้แคะแกะเกาแผลและไม่ให้แผลเปียก
น้ำ แนะนำการทำความสะอาดร่างกายหลังคลอดโดยอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง อาบโดยใช้ขันหรือฝักบัว และการ
ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ล้างจากบริเวณด้านหน้าไป แนะนำให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก
4 ชั่วโมง หรือเมื่อชุ่มผ้าอนามัย แนะนำให้รับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล เน้นโปรตีน ดูแล
ให้ได้รับยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ Ceftriaxone 2 gms. IV. OD Metronidazole 500 mg. IV.
q 8 hrs. ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัด โดยใช้เทคนิค
สะอาดปราศจากเชื้อ และเปลี่ยนจากติดยาสเตอร์เป็นเทกเกอร์เด็ม (Tegaderm film) ดูแลสายสวนปัสสาวะ
ไม่ให้สายหักพับงอ และอยู่ต่ำกว่าระดับเวยเสมอ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประเมินผลการพยาบาล แผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบบวมแดง ไม่มีเลือดซึม สัญญาณชีพปกติ
น้ำคาวปลาใน 1-3 วันแรกเป็นสีแดง ไม่มีกลิ่นเหม็น WBC ไม่เกิน 22,000 cell

ข้อเสนอแนะกรณีศึกษา มีดังนี้

1. พยาบาลแผนกฝากครรภ์

ต้องประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ และปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดและ
ส่งต่อข้อมูลในระบบ ให้กับพยาบาลห้องคลอด และสูติแพทย์ โดยเฉพาะกรณีศึกษารายนี้มีภาวะ Multiparty
ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้การตกเลือดหลังคลอดได้

2. พยาบาลแผนกห้องคลอด

2.1) ต้องมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญในการประเมินความเสี่ยงและปัจจัยที่จะทำให้เกิด
การตกเลือดหลังคลอด และเตรียมเลือดสำหรับกรณีที่ต้องใช้เลือด

2.2) ในระยะคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดต้องประเมินการหดตัวของมดลูก และให้การ
พยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามมาตรฐาน

3. พยาบาลแผนกหลังคลอด

3.1) เมื่อสงสัยว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด หยุดให้เลือด ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ประเมินอาการผู้ป่วย สัญญาณชีพ ประเมินความรุนแรงและภาวะฉุกเฉิน ดูแลระดับประคองให้ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ เฝ้าระวังปัสสาวะออกน้อย หาสาเหตุในเบื้องต้นโดยการเช็คเลือดและผู้ป่วยถูกคนหรือไม่ ให้เลือดผิดหมู่หรือไม่ ดูภาวะ hemolysis เบื้องต้นโดยการปั่น hematocrit เพื่อดูสีพลาสมา

3.2) คนไข้ที่มีภาวะ TRALI with TACO ควรทำระบบการแจ้งเตือน (pop up) ประวัติ transfusion reaction ให้ทุกกลุ่มงานเห็น เพื่อจะได้เฝ้าระวังการให้เลือดครั้งต่อไปของผู้ป่วยรายนี้ควรส่งผู้ป่วยทำ Echocardiogram เพื่อประเมิน heart function

3.3) คนไข้ที่เป็น multiparty เป็น risk factor หนึ่งของการเกิดภาวะ TRALI ดังนั้นควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะ TRALI แม้ว่าจะได้รับเลือดเป็นครั้งแรกก็ตาม

3.4) การ Early detection ภาวะ transfusion reaction โดยเฉพาะจาก TRALI และ TACO หากผู้ป่วยจะแจ้งว่ารู้สึกเหนื่อย แน่นหน้าอก ควรหยุดให้เลือดทันที แจ้งแพทย์เพื่อประเมินอาการตรวจร่างกายผู้ป่วยหาสาเหตุทุกครั้ง และควรทำ CXR ร่วมด้วย

3.5) ในการให้เลือดผู้ป่วยทุกครั้งควรให้ผ่านการใช้เครื่องควบคุมอัตราการหยด

สรุป

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดาหลังคลอด การประเมินปัจจัยที่จะส่งเสริมการตกเลือดเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะสามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้ หากเกิดการตกเลือดหลังคลอดแล้ว การดูแลรักษาเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยเฉพาะการให้เลือดเป็นการพยาบาลที่สำคัญสำหรับมารดาที่มีภาวะตกเลือดเลือด ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดโดยเฉพาะภาวะภาวะ TRALI with TACO ซึ่งส่งผลทำให้มารดามีภาวะการหายใจล้มเหลวได้ การวินิจฉัยให้เร็วที่สุด และการรักษาอย่างทันท่วงที การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการทำงาน ทีมในการทำงาน รวมทั้งการประเมินสภาพของมารดาหลังคลอดของพยาบาลที่ทันท่วงที และรายงานแพทย์ได้อย่างเหมาะสม การประสานที่ดีของทีมงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจช่วยเหลือได้รวดเร็วถูกต้อง และเหมาะสมทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะการตกเลือดหลังคลอดได้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. (2565). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.

2563.

โรงพยาบาลพระมงกุฎ, คณะกรรมการอนุกรรมการประกันคุณภาพการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
กองการพยาบาล. (2561). แนวปฏิบัติการให้เลือดโรงพยาบาลพระมงกุฎ.

ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน.

วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,
6(2), 146-157.

- โรงพยาบาลสุรินทร์, กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม. (2563). *แนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ ตกเลือดหลังคลอด*.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2557). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาท ผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(2), 155-162.
- สภาอากาศไทย, ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ, คณะกรรมการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต. (2558). *คู่มือ แนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต*. สภาอากาศไทย.
- อรัญ หาดยงยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137-143.
- อุดมวรรณ วันศรี, และณัฐรินทร์ สกลนิจิวัฒน์. (2562). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด*. วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
- Briley, A., Seed, P. T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., Poston, L., Tribe, R. M., & Bewley, S. (2014). Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum haemorrhage and progression to severe PPH: A prospective observational study. *BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(7), 876–888. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12588>
- Devendra, B. N., Seema, K. B., & Kammappa, K. A. (2015). Episiotomy wound hematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS)*, 14(9), 8-11.
- Mattson, S., & Smith, J. E. (Eds.). (2016). *Core curriculum for maternal-newborn nursing* (5th ed.). Saunders/Elsevier.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2014). Pain management during childbirth. In *Foundation of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed., pp. 278-303). Elsevier Saunders.
- Perry, E. S., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Winson, D. (2010). Postpartum complications. In *Maternal Child Nursing Care* (4th ed., pp. 576-608). Mosby Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing, care of the child bearing & childrearing family* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. (2012.) *Primary postpartum hemorrhage. Queensland maternity and neonatal clinical guideline*. The State of Queensland (Queensland Health) 1996-2023. <http://www.health.qld.gov.au/qcg>
- Su C. W. (2012). Postpartum hemorrhage. *Primary care*, 39(1), 167–187. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2011.11.009>
- World Health Organization. (2020). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage*.

บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

เมธาวินี ชุมทอง, พ.ย.ม.*

พรรณงาม วรรณพฤกษ์, พ.ย.ม.**

นงศ์นุช คุณะโคตร, พ.ย.ม.***

ธัญยาดี โกวศลย์ดิลก, พ.ย.ม.*

Received: May 28, 2023

Revised: October 1, 2023

Accepted: October 1, 2023

บทคัดย่อ

ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน และเนื้อสมองตาย ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น ส่วนผู้ที่รอดชีวิตอาจมีความพิการที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านระยะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย สามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเนื้อหาได้เน้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่แรกเริ่มไปจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ บทบาทในการคัดกรองผู้ป่วย การประเมินอาการทางระบบประสาท การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ การจัดการความดันโลหิต การดูแลระบบทางเดินหายใจและการให้ออกซิเจน การให้สารน้ำ การดูแลการรับประทานอาหาร การดูแลการขับถ่าย และการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เน้นการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการประเมินความเสี่ยงและความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันรวมถึงข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน บทบาทพยาบาล การพยาบาล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: pannngam2772@gmail.com

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

The Role of Nurse in Nursing Care for Patients with Acute Ischemic Stroke

Methawinee Khumthong, M.S.N.*

Panngam Wannapuek, M.S.N.**

Nongnuch Kunakote, M.S.N.***

Tanyawadee Kosundilok, M.S.N.*

Abstract

Acute cerebral ischemia results in cerebral hypoxia and subsequent cerebral necrosis which elevates mortality rates. Survivors may have disabilities that affect their and their family's lifestyle. This article aims to present the roles of nurses and multidisciplinary teams to care, under nursing standards, for patients with acute cerebral ischemia, helping patients to undergo this critical phase safely, to be discharged and rehabilitated at home, and to have quality of life. The core content focuses on nursing roles in caring for patients physically and mentally from admission to discharge from a hospital. Those include roles in screenings, neurological assessments, intracranial pressure control, blood pressure management, respiratory care and oxygen administration, fluid balance, dietary considerations, excretion management, and physical mobility. For health education, before discharge, we provide suggestions for patients and caregivers based on the health belief model to assess risk and health beliefs that raise the perceived susceptibility of having acute cerebral ischemia. In addition, we provide information for transferring patients to suitable healthcare facilities.

Keyword: Acute ischemic stroke, The role of nurses, Nursing care

*Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: panngam2772@gmail.com

*** Registered nurse, Professional Level, Sanpasitthiprasong Hospital

บทนำ

หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทำให้เลือดไม่สามารถเข้าไปเลี้ยงที่เนื้อสมอง มีผลให้สมองขาดออกซิเจนจึงเกิดภาวะเนื้อสมองตาย ทุก 1 นาที ที่เซลล์สมองขาดเลือดจะมีเซลล์สมองตายประมาณ 1 ล้านเซลล์ ทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทั่วโลกเสียชีวิต หากได้รับการรักษาช้าเซลล์สมองจะตายมากขึ้น นำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ (World Stroke Organization, 2022) และเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของความพิการในระยะยาว พบผู้ป่วยในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางมากถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั่วโลก ประชารณมากถึง 1 ใน 6 คน จาก 15 ล้านคนซึ่งเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควร สูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นอันดับ 5 ในคนที่มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี (ทรงชัย ชินวัตนกุล, 2563) สำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันจะอยู่ในสัดส่วนราว 70% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยเสียชีวิตราว 5.8 ล้านคน โดยผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มต่อปีเพิ่มขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ภาวะที่มีสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปสมอง อาจเกิดจากการตีบหรืออุดตันในเส้นเลือดของสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Powers et al., 2019) ดังนั้น เซลล์สมองถูกทำลายและการทำหน้าที่ของร่างกายที่ส่วนนั้นสูญเสียควบคุมอย่างเฉียบพลันและนำไปสู่ความพิการ หรือเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ในปัจจุบันการรักษาที่ได้รับการยอมรับและเป็นมาตรฐานการรักษา ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ทางหลอดเลือดดำ ยาที่ใช้คือ Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ซึ่งมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพของการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายในเวลา 4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ (Onset) ถือว่าระยะเวลานี้เป็น “ชั่วโมงทอง” รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ทำให้ช่วยให้เนื้อสมองของผู้ป่วยถูกทำลายน้อยลง (ทรงชัย ชินวัตนกุล, 2563)

อาการของสมองขาดเลือดเฉียบพลัน มีอาการอ่อนแรงของแขนขาครึ่งซีกมักจะเกิดทันที และใช้เวลาไม่นานจนอาการคงที่ แต่ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการอ่อนแรงเป็นอย่างช้า ๆ ใช้เวลาเป็นชั่วโมงถึงวัน เนื่องจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดค่อย ๆ มีขนาดใหญ่ขึ้น มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น อาจจะตามองไม่เห็นข้างหนึ่ง หรือกรอกตาไปข้างใดข้างหนึ่งไม่ได้ หรือเห็นภาพซ้อน ชาซีกใดซีกหนึ่ง มึนงง ทรงตัวไม่ได้ เดินเซ พูดไม่ชัด พูดอ้อแอ้ ไม่เข้าใจคำพูด บางคนพูดไม่ได้ ซึมลง จนกระทั่งหมดสติ อาการของสมองขาดเลือดขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด และขนาดของสมองที่ขาดเลือด นอกจากนั้น ยังอาจจะมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการปวดศีรษะ ซึม หรือชัก (Kleindorfer et al., 2021) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Non modifiable risk factors) และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) โดย ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ ชาติพันธุ์ พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจชนิดที่มีการเต้นแบบสั่นพริ้ว (Atrial fibrillation) (จินดารัตน์ ชัยอาจ และ ประทุม สร้อยวงศ์, 2564) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2 เท่า ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงคาโรติด การสูบบุหรี่ โรคเบาหวานภาวะไขมันในเลือดสูง การมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย

ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะ 72 ชั่วโมงแรก (Virani et al. 2020) โดยการพัฒนากระบวนการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลผ่านระบบช่องทางด่วน (Stroke fast tract) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการรักษารอคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด เป็นไปตามมาตรฐานสากล เพื่อช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้อย่างชัดเจน (Powers et al., 2019) เป็นผู้ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยมีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย การคัดกรอง (เมธาวิณี ขุมทอง, 2557) การประเมินทางระบบประสาท การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ การจัดการความดันโลหิต การดูแลระบบทางเดินหายใจและการให้ออกซิเจน การให้สารน้ำ การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ การจัดการเรื่องการขับถ่าย การเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562) สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีคุณภาพ การรักษาฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีประสิทธิผลสูงขึ้น ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

หลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เป้าหมายในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตาม Guideline Cardio-pulmonary resuscitation (CPR) 2020 (Cheng et al., 2020) คือ เพื่อลดการบาดเจ็บของสมองให้น้อยที่สุดและเพื่อให้ฟื้นสภาพให้ได้มากที่สุดเนื่องจากเวลาเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาโรคจึงยังคงใช้ “the 8 D’s of Stroke Care” (National Health Care Provider Solution, 2019) แบ่งลำดับขั้นตอนการรักษา ได้แก่

1. Detection ให้คำแนะนำและความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับสัญญาณเตือนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ตามหลัก "B-E-F-A-S-T" (อังคณา บุญศรี และสุกัญญา ทองบุพผา, 2563) ประกอบด้วย

B - Balance การทรงตัวผิดปกติ ไม่สามารถทรงตัวได้ หรือเวียนศีรษะบ่อย ร่วมกับเดินเซ

E - Eye ตามัวหรือมองไม่เห็นอย่างเฉียบพลันหรือลานสายตาผิดปกติ

F - Face ภาวะหน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว มุมปากตก

A - Arm แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ไม่มีแรงหรือขาอย่างเฉียบพลันที่ แขนหรือขาซีกใดซีกหนึ่ง มือหยิบของแล้วร่วงตก

S - Speech การพูดและการใช้ภาษาล้มเหลวเฉียบพลันลิ้นแข็ง พูดไม่ออก พูดไม่ชัดหรือพูดลำบาก พูดไม่เป็นคำ พูดตะกุกตะกัก

T - Time เวลา เมื่อเกิดอาการข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบไปโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดทันที หรืออย่างช้าคือภายใน 4 ชั่วโมง เพราะจะช่วยให้มีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลายและทัน่วงที่ ช่วยลดภาวะสมองตาย การพิการ และเสียชีวิตได้มากกว่า

2. Dispatch ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการทันทีที่มีการโทรแจ้ง

3. Delivery ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การส่งการรถพยาบาล การค้นหาและคัดกรองส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถประเมินอาการผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และเคลื่อนย้ายนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

4. Door การประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็ว

5. Data หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อนำไปสู่ขบวนการการวินิจฉัยแยกโรคอย่างรวดเร็วทันที (CT scan, neurological exams, LAB) และใช้เป็นข้อมูลในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ได้ทันเวลา

6. Decision ผู้เชี่ยวชาญสามารถตัดสินใจในการรักษาเฉพาะได้

7. Drug แนวทางในการรักษาด้วยยาเฉพาะโรค คือยาละลายลิ่มเลือด

8. Disposition การส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยหนักได้รวดเร็ว

นอกจากนี้การประสานการให้คำแนะนำและความรู้แก่ชุมชน การเตรียมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับโรงพยาบาล และการจัดให้มีหน่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะทำให้ผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์ และคณะ, 2564)

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (ทิพย์ลดา บุญชัย, 2562) ประกอบด้วย การรักษาทั่วไปและการรักษาเฉพาะ

1. การรักษาทั่วไป ได้แก่

1.1 การดูแลระบบทางเดินหายใจ ควรให้ออกซิเจนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันทุกราย เนื่องจากปริมาตรออกซิเจนในเลือด ที่เพียงพอช่วยป้องกันไม่ให้เนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายมากกว่าเดิม

1.2 การดูแลระบบหัวใจและความดันโลหิต การควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ รวมทั้งการรักษาระดับความดันโลหิตให้สูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย และการรักษาระดับปริมาณ cardiac output ให้เพียงพอถือว่าจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

1.3 การให้สารน้ำและการดูแลระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มจะขาดน้ำได้ง่าย

1.4 การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย อุณหภูมิร่างกายที่สูงเกินไปปกติมีผลทำให้บริเวณของสมองขาดเลือดกว้างขึ้นและทำให้ผลการรักษาแย่ลง

2. การรักษาเฉพาะภาวะที่สมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่

2.1 การรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษา คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA: recombinant tissue plasminogen activator) ในผู้ป่วยที่มีอาการ และอาการแสดงของภาวะที่มีสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Hyper-acute ischemic stroke) ที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามต่อการให้ยา และมีอาการในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง เมื่อติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าสามารถลดความพิการและความผิดปกติของระบบประสาทได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติสงสัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ควรรับมาโรงพยาบาลเร็วที่สุด

2.2 การให้ยาด้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่มีอาการไม่เกิน 48 ชั่วโมง ควรได้รับยาแอสไพรินทันทีเพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

2.3 การให้ยาด้านเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) ส่วนใหญ่มีการให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (heparin) อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาภาวะที่มีสมองขาดเลือดเฉียบพลันโดยวัตถุประสงค์ของการให้ heparin นี้ไม่ได้ออกฤทธิ์สลายลิ่มเลือดแต่ทำให้กระบวนการแข็งตัวของเลือดเสียไปไม่สามารถจับตัวเป็นลิ่มได้และพบว่ามีอัตราตายจากเลือดออกในสมองได้สูง

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจำเป็นต้องรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมงตามสถานะอาการของผู้ป่วย (Bhaskar et al., 2018) ด้วยระบบ Fast Track จะเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยจากบ้าน การนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก จนกระทั่งฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่กลับมาเป็นซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และเพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำ และทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรที่พบผู้ป่วยเป็นคนแรก ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน บทบาทพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีดังนี้

1. การคัดกรอง พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การประเมินภาวะเร่งด่วน อาการสงสัยมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (ปากเบี้ยว เดินเซ แขนขาอ่อนแรง เกิดภายใน 4.5 ชั่วโมง) ต้องนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ให้ทันกับเวลาที่มีจำกัดของผู้ป่วยที่จะสามารถให้การรักษาด้วยยาได้ ก่อนที่สมองจะเสียหายจากการขาดเลือด การปฏิบัติการพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วยสงสัยสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การวางแผนจำหน่าย และการประเมินผล ทำให้ประหยัด ลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ ทำให้ระยะเวลาของการได้ทำ CT scan ลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้น เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และความพิการ ลดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดตามมาภายหลังได้ (เมธาวิณี ขุมทอง, 2557) บทบาทพยาบาลคือสามารถประเมินอาการผู้ป่วยที่บ่งบอกพยาธิสภาพของโรคได้ เพื่อนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงที่ทันเวลา (ส่ง CT brain ส่ง Lab และปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 30 นาที)

ตัวอย่างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke Fast Track

ภาพที่ 1

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke Fast Track

ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ช ☐ หญิง HN	
วันที่..... ถึง ER เวลา น. เริ่มมีอาการตั้งแต่เวลาน. (onset)	
ประเมินภาวะเร่งด่วน	V/S: Temperature°C Pulse/min Respiration/min Blood Pressure...../..... mmHg O ₂ Sat.....% E.....V.....M..... Pupil.....การแพ้ยา..... ☐ DTX.....mg%
	ซักประวัติ ☐ ปากเบี้ยว ☐ แขนข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เดินเซ ☐ พูดไม่ชัด ☐ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ☐ ตามองเห็นภาพซ้อน ☐ ตาข้าง.....มีม่านที่ขึ้นใด ☐ เกิดในระยะเวลา 3 - 4.5 ชั่วโมง ปัจจัยเสี่ยง ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ โรคหัวใจ ☐ การสูบบุหรี่ ☐ อ้วน ☐ อาการแรกเริ่ม.....
ส่งต่อ Acute Ischemic Stroke	Code Stroke Fast Track /เอกสาร Code Stroke ประทับ Stroke Fast Track ☐ ระบุความรุนแรงเป็น ESI ระดับ 1 ☐ กดกริ่ง 1 ครั้ง ☐ ย้ายเข้าห้องกู้ชีพ ☐ รายงานแพทย์ ER ☐ แพทย์ ER ตรวจเวลา.....น. ☐ CT (ภายใน 20 นาที) ☐ เจาะเลือด (ได้ผลภายใน 35 นาที)
	☐ Consult 2 nd Neuro Med (แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมประสาท) เวลา.....น. ตรวจเวลา.....น.

การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น	☐ เวลา.....น. On O ₂ Canula 2-4 LMP/min ☐ เวลา.....น. เจาะ Lab CBC , BUN , Cr , PT , PTT , INR , Electrolyte , cross match 1 Tube ☐ เวลาน. On 0.9 % NSS 1000 cc vein 2 เส้น ☐ เวลาน. ให้ยา rt-PAmg rt-PAmg (10%) ให้ IV ภายใน 1 นาที rt-PA mg (90%) หยดทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง
การวางแผนจำหน่าย	☐ ประสาน ICU med/ ICU surg / ICU Neuro surg เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย ☐ ประสาน OK CASE ☐ เตรียมเครื่องมือในการนำส่งผู้ป่วย ☐ เตรียมพยาบาลนำส่งขณะเคลื่อนย้าย ☐ แจ้งญาติถึงความจำเป็นในการ Admitted
การประเมินผล	☐ ความรู้สึกตัว ☐ สัญญาณชีพ ☐ อาการเปลี่ยนแปลง ☐ การมีเลือดออก..... Diagnosis : ข้อวินิจฉัยโรค Admitted : รักษาในโรงพยาบาล
	Diagnosis..... ☐ Admitted..... ผู้บันทึก.....

หมายเหตุ. จาก “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน” โดย เมธาวินี ชุมทอง, 2557, วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 5(1), น. 13-20.

2. การประเมินระบบประสาท (Neurological assessment) บทบาทพยาบาลในการประเมินระบบประสาทผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมองสามารถกระทำได้โดยใช้ NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) เป็นเครื่องมือใช้ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินจากระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของตา การมองเห็น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า กำลังของกล้ามเนื้อแขน กำลังของกล้ามเนื้อขา ภาวะของกล้ามเนื้อที่ทำงานไม่ประสานงานกัน การรับความรู้สึก ความสามารถด้านภาษา การออกเสียง ความผิดปกติทางการพูด คะแนน NIHSS อยู่ในช่วง 0 ถึง 42 โดยคะแนนที่สูงบ่งชี้ว่ามีความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างรุนแรงมากขึ้น ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Initial acute ischemic stroke severity) จำแนกภาวะความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน NIHSS < 5 หมายถึงมีภาวะความรุนแรงของโรคเล็กน้อย (Mild stroke severity) คะแนน NIHSS 5-14 หมายถึงมีภาวะความรุนแรงของโรคปานกลาง (Mild to moderately severe stroke severity) คะแนน NIHSS 15-24 หมายถึงมีภาวะความรุนแรงของโรครุนแรง (Severe stroke severity) คะแนน และ NIHSS 25-42 หมายถึงมีภาวะความรุนแรงของโรครุนแรงที่สุด (Very severe stroke severity) จากการศึกษาของ Nilanont et al. (2010) พบว่า ถ้าค่าคะแนน NIHSS เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีผลทำให้ลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลถึงร้อยละ 21 ดังนั้น พยาบาลควรศึกษาและอบรมการประเมินทางระบบประสาทโดยใช้ NIHSS ที่ถูกต้อง ฝึกการประเมินโดยใช้ NIHSS ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ผู้ชำนาญทางระบบประสาทก่อนในระยะแรก และฝึกตรวจบ่อย ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น

3. การควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure control) พยาบาลสามารถป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) โดยการจัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ระวังไม่ให้คอพับไปกดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่บริเวณคอ (Carotid artery) รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่แนวปกติของร่างกาย หลีกเลี่ยงการก้มหรือเงยศีรษะ การหมุนคอมากเกินไป และหลีกเลี่ยงการงอสะโพก ประเมินสัญญาณชีพและการประเมินอาการทางระบบประสาท (Neurological signs) ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้แบบประเมินกลาสโกว์โคมาสกอว์ (Glasgow Coma Score : GCS) ใช้ประเมินระดับความรู้สึกตัวประกอบด้วย การลืมตา (Eye opening) การสื่อภาษา (verbal response) และการเคลื่อนไหว (Motor response) หากคะแนนลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ควรรีบรายงานแพทย์ ควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ให้มีไข้เกิน 38.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้ยาากลุ่มสเตียรอยด์ เช่น เดกซามิथाโซน (Dexamethasone) เพรดนิโซโลน (Prednisolone) เพื่อลดภาวะสมองบวม (Shao et al., 2015) ดูแลให้ยากันชัก สังเกตอาการของความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ Cushing response ซึ่งผู้ป่วยจะมีระดับความดันเลือด Systolic เพิ่มขึ้น > 20 มิลลิเมตรปรอท และมี Pulse pressure กว้าง หัวใจเต้นช้า หายใจไม่สม่ำเสมอ หรือแบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้อาจพบอาการอาเจียน ปวดศีรษะ ชัก สังเกตอาการ Brain herniation เช่น แขนขาอ่อนแรง การรับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงครึ่งซีก ขนาดของรูม่านตาไม่เท่ากัน ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง สูญเสีย Oculocephalic หรือ Oculovestibular และ Reflexes ประเมินระดับน้ำตาลไม่ควรสูงเกิน 150 mg % เพราะทำให้บริเวณสมองมีเนื้อตายเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เช่น การไอ การจาม การเบ่งถ่าย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลทุกครั้ง ดูแลไม่ให้มีอาการท้องผูก

4. การจัดการความดันโลหิต (Blood pressure management) มีการจัดการความดันโลหิตโดยไม่ควรลดความดันโลหิตเร็วเกินไป เพราะจะทำให้สมองขาดเลือดมากขึ้น แต่หากความดันโลหิตมากกว่า 220/120 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการให้ยาลดความดันโลหิต ควรเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ภายใน 2 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นวัดทุก 30 นาทีใน 6 ชั่วโมงต่อมา และวัดทุก 1 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา โดยดูแลระดับความดันโลหิตให้ความดันซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 180 มม.ปรอท ความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 105 มม.ปรอท (Hong, 2017) ติดตามค่าออกซิเจนและค่าก๊าซต่าง ๆ ในกระแสเลือด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาละลายลิ่มเลือด คือ การมีเลือดออกในสมอง ซึ่งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

5. การดูแลระบบทางเดินหายใจ และการให้ออกซิเจน ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินจากระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ระงับการอุดกั้นทางเดินหายใจจากภาวะต่างๆ ควรจัดท่าผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้าง เพื่อป้องกันการสูดสำลักเสมหะหรือน้ำลายลงปอดในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือมีปฏิกิริยา ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในทางเดินหายใจลดลง เสี่ยงต่อการเกิดการสำลัก อาจจำเป็นต้องช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าร้อยละ 95 (Sim et al., 2014) และถ้าดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ไม่ควรนานเกิน 15 วินาที เพราะถ้านานกว่านี้อาจทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ

6. การให้สารน้ำ (Hydration) (นิภาพร บุตรสิงห์, 2562) มีการประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วย เช่น เยื่อบุปากริมฝีปากแห้ง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย อัตราการหายใจเร็ว ชีพจรเต้นเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะสีเข้ม ความเข้มข้นของปัสสาวะเพิ่มขึ้น > 1.030 (Urine specific gravity) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (0.9% NSS) อย่างเพียงพอเพื่อคงระบบไหลเวียนโลหิตให้ปกติ หลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล

7. การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการ เมื่อแพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้ ควรประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโดยเร็ว (Early swallowing assessment) (Morgado-Pérez et al., 2023) ด้วยการทดสอบ Gag reflex โดยให้ผู้ป่วยอ้าปาก และใช้ไม้กดลิ้นกดบริเวณหลังคอ ประเมินปฏิกิริยาการขย้อนและทดสอบการกลืนโดยใช้มีวาทที่คอของผู้ป่วยบริเวณ Larynx และบอกให้กลืนน้ำลาย หากสามารถกลืนได้จะสามารถกลืนการเคลื่อนไหวบริเวณ Larynx ได้ ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก ควรรายงานแพทย์และส่งต่อนักกิจกรรมบำบัด และดูแลความสะอาดในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความอยากรับประทานอาหาร และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ปอด เน้นอาหารที่มีไขมันต่ำ ธัญพืช อาหารที่มีกากใย จำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง และโปรตีนสูงที่ย่อยง่าย เช่น ปลา ไข่ รวมทั้งประเมินความเสี่ยงของภาวะขาดน้ำ

8. การดูแลเรื่องการขับถ่าย (Bladder and bowel management) ควรมีประเมินการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ ความสามารถในการถ่ายปัสสาวะ ความถี่ วัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะที่คั่งค้างอย่างถูกต้อง โดยใช้ Bladder scanner (เครื่องวัดปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่หลังการปัสสาวะ) หรือใช้สายสวนปัสสาวะ (Son et al., 2017) สอนผู้ป่วยในการฝึกการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยสอนการขมิบก้ามเนื้อหูรูด ครั้งละประมาณ 5 วินาที และหยุดขมิบ 10 วินาที ทำซ้ำให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ ช่วยลดคลั่งหน้าท้องและเหนื่อหัวเหน่า ด้วยแรงพอสสมควรพร้อมทั้งออกแรงเบ่ง สอนให้ผู้ป่วยฝึกบริหารให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรงโดยทำยกกันขึ้นลงวันละหลาย ๆ ครั้ง ๆ เพื่อช่วยให้ปัสสาวะได้มากขึ้นและมีปัสสาวะเหลือค้างน้อยที่สุด ดูแลไม่ให้มีอาการท้องผูกมากเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้แรงเบ่งซึ่งเป็นการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ โดยการรับประทานอาหารที่มีกากใย

การดื่มน้ำ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวเพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ควรประเมินลักษณะ ช่วงเวลาการขับถ่ายปกติ ช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระตามเวลาเป็นประจำทุกวัน หากผู้ป่วยมีอาการท้องเสียหรือถ่ายอุจจาระเหลว ควรรายงานแพทย์

9. การเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobilization) ควรมีการส่งเสริมการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (early mobilization) ด้วยการลุกนั่งหรือลงจากเตียง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พยาบาลควรประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยก่อนว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่แย่งภายหลังจากเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือไม่ (ประเมินความรู้สึกตัว แขนขาอ่อนแรง ชาบริเวณ ใบหน้า หรือบริเวณข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย สูญเสียทักษะการพูด และการมองเห็น (เพียงข้างเดียว) เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหว แต่ใน 24 ชั่วโมงแรกต้องให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงจนกว่าอาการทางระบบประสาทจะคงที่ (Powers et al., 2019) ถ้าอาการทางระบบประสาทและระบบแรงดันกำซาบของเลือดไปยังสมองคงที่แล้ว (hemodynamic) จึงส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการลุกนั่ง หรือลงจากเตียง (Bernhardt et al., 2017) โดยพยาบาลต้องคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในขณะเคลื่อนไหวร่างกาย

10. การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคทางสมองมักมีความวิตกกังวลจากการสูญเสียสมรรถภาพโดยไม่ทันคาดคิดทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้า (Kirchberger et al., 2022) ขาดการควบคุมอารมณ์ ทำให้โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย ขึ้นอยู่กับพื้นฐานและภาวะโรคของแต่ละบุคคล ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ทั้งกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิตแย่งลง มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ดังนั้นการให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการให้กำลังใจ การจัดกิจกรรมสนทนา และการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีตามคำแนะนำของแพทย์และนักกายภาพบำบัดจึงเป็นวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมอง มีโอกาสที่จะถูกละเลยการประเมินดูแลทางด้านจิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์จะให้ความสนใจกับการรักษาภาวะวิกฤตทางด้านร่างกายที่มองเห็นได้ชัดเจนมากกว่าความกังวลทางใจหรือภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยซึ่งเป็นอาการทางจิตใจที่ไม่แสดงออกอย่างชัดเจน ซึ่งจะส่งผลกระทบยาวต่อชีวิต ของผู้ป่วย พยาบาลควรเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งแสดงออกทางใบหน้า ท่าทาง คำพูด สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ปลอดภัยและให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ฟังผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นมีความเข้าใจแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ เพื่อทราบความในใจซึ่งคุกคามจิตใจ และช่วยเหลือให้เกิดความผ่อนคลายให้มีส่วนร่วมในการวางแผนกับทีมฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้รู้สึกสนุกกับกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือทำกิจกรรมเป็นกลุ่มให้เกิดอารมณ์ร่วม เกิดความสนุกสนาน

11. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน บทบาทของพยาบาลต้องเริ่มจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ และประเมินถึงความเชื่อในแต่ละด้านที่มีอยู่เดิม ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประโยชน์ของการปฏิบัติ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ศักยภาพของตนเองเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมในการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องให้คำแนะนำในเรื่อง

11.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาล ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ และปรับเปลี่ยนไม่ได้ ซึ่งการป้องกันที่ดีที่สุดคือการลดปัจจัยเสี่ยง โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนี้

- ควบคุมน้ำหนัก ไม่ปล่อยให้เกินโรคอ้วน ประเมินจากค่า BMI ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมกมาย รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง

- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นผัก ผลไม้ที่มีกากใยสูง หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารรสเค็มจัด สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น

- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมน้ำหนัก ช่วยให้ไขมันในเลือดและความดันโลหิตลดลง ได้ โดยควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลางอย่างน้อย 10 นาที 4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิก ระดับเข้มข้นอย่างน้อย 20 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน

- เลิกบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเองการพบแพทย์ก็เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ

- ลดปริมาณแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายไม่ควรดื่มเกินวันละ 2 แก้ว และผู้หญิงไม่เกินวันละ 1 แก้ว

- ควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค แนะนำให้มาพบแพทย์หากมีอาการเตือน เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน ชาตามแขนและขา (Kleindorfer et al., 2021)

- การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อค้นหาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

11.2 อธิบายผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เศรษฐกิจเพื่อให้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

11.3 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งข้อดี ข้อเสียในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

11.4 ค้นหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาแนวทางจัดการกับอุปสรรคที่มีได้อย่างเหมาะสม

11.5 ประเมินปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

11.6 ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

11.7 การสร้างความตระหนัก (Stroke awareness) และการแจ้งเตือน (Stroke alert) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่อการรักษาได้ทันเวลา ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (Activate stroke fast track)

11.8 แจ้งช่องทางด่วน สำหรับการเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเริ่มสังเกตเห็นอาการเตือน B-E-F-A-S-T หรือไม่แน่ใจ ให้โทรแจ้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน "1669" ได้ทันที ถ้าผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน หน่วยบริการ "1669" จะออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุทันที ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track ได้ก่อนถึงโรงพยาบาล ส่งผลให้ระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นกับทุกเพศทุกวัย หากสงสัยว่ามีอาการให้รีบนำส่งโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที (270 นาที) ดังนั้น เวลาและความรวดเร็วคือปัจจัยสำคัญ ในการรักษาเนื้อสมองไม่ให้ตายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และสิ่งสำคัญแรก คือ การรู้เร็วถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองรวมถึง การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่อการรักษาได้เร็วที่สุดเพื่อรักษาเนื้อสมองให้มีความเสียหายน้อยที่สุดและกลับมาทำงานได้อย่างปกติ โดยที่ไม่มีความพิการเกิดขึ้น เมื่อรักษาหายเป็นปกติแล้ว ควรหมั่นดูแลสุขภาพป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อไม่ให้โรคหลอดเลือดสมองกลับมาเป็นซ้ำอีก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำ และทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยเฉพาะในภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงจำเป็นต้องศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้อย่างลึกซึ้งและพัฒนาทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานการพยาบาล และส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น ลดความพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้หายจากการเจ็บป่วยเร็วขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่สนับสนุนการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลันที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน เริ่มตั้งแต่ประเมินคัดกรองระดับความรุนแรงผู้ป่วยที่สงสัยว่าที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ให้ได้รับการตรวจจากแพทย์ทันที การพยาบาลเบื้องต้น การให้การพยาบาลที่เร่งด่วนทันเวลา การวางแผนจำหน่าย และการประเมินผล การดูแลให้คำแนะนำขณะรักษาอยู่โรงพยาบาลและเมื่ออยู่ที่บ้าน รวมทั้งการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2564).

สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563.

<https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistics2563.pdf>

จินดารัตน์ ชัยอาจ, และประทุม สร้อยวงศ์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน ประทุม สร้อยวงศ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (หน้า 327-342). โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทรงชัย ชินวัฒนกุล. (2563, 31 มกราคม). *โรคหลอดเลือดสมองตีบ แตก ตัน ยิ่งรู้เร็ว ยิ่งมีโอกาสรอด*. บริษัทสมิติเวช จำกัด (มหาชน).

<https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/โรคหลอดเลือดสมอง>

ทิพย์ลดา บุญชัย. (2562). *Acute Stroke management. Neurology for Non-neurologist* [PowerPoint presentation].

http://www.neurothai.org/media/news_file/332-Stroke_management_for_non_neuro-20190821120527.pdf

นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(3), 15-29.

เมธาวินี ขุมทอง. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 5(1), 13-20.

วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์, วราภรณ์ ลีลา, และอนันต์ฐา พงษ์บริบูรณ์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ปลอดภัย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 5(1), 44-50.

อังคณา บุญศรี, และสุกัญญา ทองบุปผา. (2563). ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ stroke digital service. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 5(3), 36-44.

Bernhardt, J., Godecke, E., Johnson, L., & Langhorne, P. (2017). Early rehabilitation after stroke. *Current Opinion in Neurology*, 30(1), 48–54.

<https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000404>

Bhaskar, S., Stanwell, P., Cordato, D., Attia, J., & Levi, C. (2018). Reperfusion therapy in acute ischemic stroke: dawn of a new era?. *BMC neurology*, 18(1), 8.

<https://doi.org/10.1186/s12883-017-1007-y>

- Cheng, A., Magid, D. J., Auerbach, M., Bhanji, F., Bigham, B. L., Blewer, A. L., Dainty, K. N., Diederich, E., Lin, Y., Leary, M., Mahgoub, M., Mancini, M. E., Navarro, K., & Donoghue, A. (2020). Part 6: Resuscitation Education Science: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142 (16_suppl 2), S551–S579.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000903>
- Hong K. S. (2017). Blood pressure management for stroke prevention and in acute stroke. *Journal of stroke*, 19(2), 152–165. <https://doi.org/10.5853/jos.2017.00164>
- Kirchberger, I., Wallner, F., Linseisen, J., Zickler, P., Ertl, M., Naumann, M., & Meisinger, C. (2022). Factors associated with early and late post-stroke fatigue in patients with mild impairment. Results from the Stroke Cohort Study Augsburg. *Frontiers in neurology*, 13, 852486. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.852486>
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P. M., Santangeli, P., Sharrief, A. Z., Smith, S. C., Jr, Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(7), e364–e467.
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>
- Morgado-Pérez, A., Coll-Molinos, M., Valero, R., Llobet, M., Rueda, N., Martínez, A., Nieto, S., Ramírez-Fuentes, C., Sánchez-Rodríguez, D., Marco, E., Puig, J., & Duarte, E. (2023). Intensive rehabilitation program in older adults with stroke: Therapy content and feasibility-preliminary results from the BRAIN-CONNECTS study. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4696. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064696>
- National Health Care Provider Solutions. (2019). *The 8 Ds of stroke care*.
<https://www.careercert.com/articles/stroke/the-8-ds-of-stroke-care/>
- Nilanont, Y., Phattharayuttawat, S., Chiewit, P., Chotikanuchit, S., Limsriwilai, J., Chalernpong, L., Yamkaew, N., Lirathpong, N., Anprasertporn, P., Komoltri, C., Prayoonwiwat, N., & Pongvarin, N. (2010). Establishment of the Thai Version of National Institute of Health

Stroke Scale (NIHSS) and a validation study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93 (Suppl 1), S171–S178.

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A Guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), e344–e418.

Shao, L., Hong, F., Zou, Y., Hao, X., Hou, H., & Tian, M. (2015). Hypertonic saline for brain relaxation and intracranial pressure in patients undergoing neurosurgical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, 10(1), e0117314.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117314>

Sim, J., Gray, R., Nevatte, T., Howman, A., Ives, N., & Roffe, C. (2014). Statistical analysis plan for the Stroke Oxygen Study (SO₂S): a multi-center randomized controlled trial to assess whether routine oxygen supplementation in the first 72 hours after a stroke improves long-term outcome. *Trials*, 15, 229. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-229>

Son, S. B., Chung, S. Y., Kang, S., & Yoon, J. S. (2017). Relation of Urinary Retention and Functional Recovery in Stroke Patients During Rehabilitation Program. *Annals of rehabilitation medicine*, 41(2), 204–210. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.2.204>

Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Kwan, T. W., Lackland, D. T., Lewis, T. T., ... American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2020). Heart disease and stroke statistics-2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), e139–e596.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>

World Stroke Organization. (2022). *Stroke annual report 2022*.

https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Annual_Report_2022.pdf

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กำหนดตีพิมพ์วารสารราย 6 เดือน (2 ฉบับต่อปี) ยินดีรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ตลอดจนผลงานและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านสุขภาพ และการศึกษาพยาบาล โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word โดยบันทึกไฟล์เป็นชนิด Word 97-2003 Document (.doc) ขนาดตัวอักษร 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษบน-ล่าง ซ้าย-ขวา 2.54 เซนติเมตร รายการอ้างอิงไม่เกิน 40 รายการ ความยาวทุกรายการจำนวนไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหน้าจัดกึ่งกลาง ขนาดอักษร 16
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง พร้อมทั้งระบุอักษรย่อคุณทางการศึกษา และให้ใช้เชิงอรรถ สัญลักษณ์ดอกจัน (* : Asterisk) เป็นตัวยกย้ออักษรย่อคุณ เชิงอรรถท้ายหน้าให้พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ระบุ * ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักให้เพิ่ม E-mail
4. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดอักษร 16 (ปกติ)
8. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมา 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้นๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และได้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้นๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย
- บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- บทนำ
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

- บทความภาษาไทย
- บทความภาษาอังกฤษ
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้การอ้างอิงรูปแบบ APA Style Format Reference, 7th edition

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้การอ้างอิงระบบนาม-ปี (Name-year system) โดยระบุชื่อผู้แต่ง และปีพิมพ์ โดยมีรายละเอียดการอ้างอิงในเนื้อหา ดังนี้

1) ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วน ผู้แต่งคนไทยที่มียศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552)

.....(McCargo, 2002)

2) ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาติในวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

3) ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. (สำหรับผู้แต่งชาวต่างประเทศ) เช่น นรากร สารีแท้ และคณะ (2562).....

..... (Pratkanis et al., 1989)

4) การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

.... สอดคล้องกับผลการศึกษามานะ จันทรคำ (2562) และจันทรา บัวสาม (2559)....

....หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน จรรยา, 2560; ศิริวรรณ มีคุณ, 2548)

....การวัดที่มีประสิทธิภาพ (Johnson & Joseph, 1989; Steve et al., 2000)

5) การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ให้ระบุชื่อสกุลของผู้เขียนต้นฉบับ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ปีพิมพ์ จากนั้นเอกสารภาษาไทยให้ใช้คำว่า อ้างถึงใน และเอกสารภาษาต่างประเทศให้ใช้คำว่า as cited in จากนั้นตามด้วยชื่อสกุลของผู้เขียนที่นำมาอ้างอิงในงานของตนเอง ดังตัวอย่าง

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่ง และรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการ ปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและ การ แปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายใน องค์กร” (สมยศ นาวิการ, 2527 อ้างถึงใน ชิณญ์ พันธุ์เจริญ, 2560)

In 1996, According to Kaplan and Norton, the implementation of the Balanced Scorecard allows the organization to be managed successfully. It support the deployment of business strategies, meeting customer needs, and the visibility of process problem. (Anan, 1989 as cited in Jason, 2015)

การเขียนรายการอ้างอิง

การลงรายการชื่อผู้แต่ง

กรณีผลงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 20 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน

กรณีผลงานที่มีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , . . . ก่อนชื่อคนสุดท้าย โดยมีรูปแบบการลงรายการดังนี้

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19, . . . ชื่อคนสุดท้าย. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

รูปแบบการเขียนรายการอ้างอิง

1. หนังสือ

1.1 หนังสือทั่วไป

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). *พลังวัฒนธรรม*. สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W, & White, E. B. (1979). *The elements of style* (3rd ed.). Macmillan.

1.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. <https://doi.org/เลข DOI>

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

2. บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทหรือชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (หน้าที่ปรากฏบทความ). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุปราณี แจ้บำรุง.(2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน สุปราณี แจ้บำรุง (บรรณาธิการ),ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546 (หน้า 21-26). โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge University Press.

3. วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

รูปแบบภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

ประวิต เอราวรรณ์. (2549). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Jung, M. S. (2014). A structural equation model on core competence of nursing students [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

วิทยานิพนธ์และคุณิพนธ์ จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์.

URL.

ตัวอย่าง

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65704>

วิทยานิพนธ์และคุณิพนธ์ที่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. (หมายเลข UMI หรือเลขลำดับอื่นๆ) [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

4. รายงานการวิจัย/รายงาน ที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์ทอภิมาน (Meta-analysis). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5. บทความวารสาร

5.1 บทความในวารสารรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

สาธิต เมืองสมุทร, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกลมเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ์ เณลิมชัยวัฒน์, ฤทัย เรื่องธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธิาสินธ์. (2562). ผล

ของตำราอาหารไทยมีอยู่กลางวันที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กรวยเรียน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัด
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครนายก. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี, 13(1), 284-301
Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin
syntax. *Pigology : Current issues in Pig Latin research*, 26(2), 247-289.

5.2 บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เลข DOI

ตัวอย่าง

การุณย์ ประทุม (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมานความ
เป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและระยะ
ยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

5.3 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ [ฉบับพิเศษ], เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ ลัญฉวรรณะกร และจิตทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมี
วิจารณญาณของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพ
ทางการอ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
[ฉบับพิเศษ], 46(4), 1-17.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/152108>

5.4 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ฉบับเพิ่มเติม

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับเพิ่มเติม เลขของฉบับที่), เลขหน้า
บทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ณิชพร เจริญวานิชกร และ ไพโรจน์ น่วมนุ้ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้น
แบบอย่างและกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และ
ความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์*
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 47 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 88-100.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/232424>

6. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/วัน/เดือน). ชื่อคอลัมน์. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, 23 กุมภาพันธ์). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.

Brody, J. E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. *The New York Times*.

<https://www.nytimes.com>

7. เว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี, วัน/เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL

ตัวอย่าง

อัศริมา สุ่มมาตย์. (2553). Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*.

http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

8. ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(ปี,/วัน/เดือน)/ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน. หน้า/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของ

โรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม

139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.

การส่งต้นฉบับ

1. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>
2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)
3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี และฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

1. อาจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th
2. อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว E-mail: thawatchai@bcnsurin.ac.th
3. กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน
3. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
4. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
5. ผู้วิจัยไม่สามารถนำบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่อยู่ในกระบวนการพิจารณา/แก้ไขในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น และหากนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น จะต้องชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน จำนวน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

