



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564
VOL.1 NO.1 JANUARY - APRIL 2021

ISSN XXXX-XXXX (ONLINE)

HUA HIN MEDICAL JOURNAL

หัวหินเวชสาร

นิพนธ์ต้นฉบับ

- Promoting Clinical Nursing Practice Guideline on Mechanical Ventilation Program on Incidence of Ventilator Associated-Pneumonia among head Injured Patients
โปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
Jiranuwat Chansungnoen, Nuntaya Sane, Waranee Sumrit, Jarunee Jantaraduek, Pramjai Jantara, Inghathai Damchut
- Caregiver Burden and Associated Factors Among Caregivers of Patient with Chronic Kidney Disease at Chetsamian Hospital
ความทุกข์ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี
Phakpoom Manutworakit
- A Study on Life Skills of Undergraduate Nursing Students Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province
การศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
Atiya Sarakshetrin, Atcharawadee Sriyasak, Chularat Howham, Suthanan Kunlaka

บทความฟื้นฟูวิชาการ

- Nursing care of the patients with Pressure injury: Nurse's Role
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล
Phakamard Pheetarakorn
- The Nursing Roles and the Implementation of Communication Approach for Health Literacy Promotion in Women with Gestational Diabetes Mellitus
บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวทางสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
Rapeepan Narkbubpha, Pailin Thungthin, Somchit Nuchanart
- Using Music to Reduce Anxiety in Labor
การใช้ดนตรีลดความวิตกกังวลในระยะคลอด
Orranid Nikom, Piyanuch Promsaka Na Sakolnakorn





หัวหินเวชสาร: วารสารวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษา ทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้ พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ สาขาต่างๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการศึกษา ค้นคว้า และเป็นแหล่งวิทยาการความรู้ด้านสาธารณสุข ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

นพ.นิรันดร์	จันทร์ตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
พญ.ศิระชา	แช่เนี้ยว	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นพ.ณัฐ	รัตนโกสัย	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
พญ.อภิรดี	โชติกิตติพงศ์	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
พว.สิริมา	แสงสุวรรณ	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
อาจารย์นิตยา	จันทร์เรือง มหาผล	บรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นางมยุรี	จงศิริ	กองบรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.สุนัย	จันทร์ฉาย	บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม

บรรณาธิการ

นพ. ธนพล	ทรงธรรมวัฒน์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ. นวลนาง	กายสอน	โรงพยาบาลหัวหิน
ภญ. สุธารส	ปริญญานุวัฒน์	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายจิรพัฒน์	อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน
-------------	------------	-----------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ	รัชดาพรธนาธิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.วรรณรา	ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ดร.ผกาพรรณ	จันทร์เพิ่ม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.มาศโมฬี	จิตวิริยธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พัชรินทร์	สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
พญ.หัตถยา	ตันติพงศ์	โรงพยาบาลชลบุรี
นพ.ปิยณัฐ	จังกณานันท์	โรงพยาบาลราชบุรี
ทพญ.พิชานัน	ศรีสมหมาย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.ภญ.กรัณรัตน์	ทิวถนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ดร.ศุภามณ	จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
อาจารย์อ้อมขวัญ	ทิมนกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
นายศุภชัย	ศรภักยานิช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
พญ.พรชนัน	ดุริยะประพันธ์	โรงพยาบาลหัวหิน
นกก.วันเพ็ญ	เหลื่องนฤทัย	โรงพยาบาลหัวหิน
พว.จาริณี	ศรีประเสริฐ	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้จัดการ

นางสาวเพียงพิศ	เฟื่องฟู	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาวทิพากร	แสงศรี	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาววันวิสา	ชูศิริ	โรงพยาบาลหัวหิน

เจ้าของ โรงพยาบาลหัวหิน

สำนักงาน 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110
โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 แฟกซ์ 032-547350

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม – เมษายน) (พฤษภาคม – สิงหาคม) (กันยายน – ธันวาคม)

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

1. อลิศรา แสงวิรุณ สุจริต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.ดร.ทพญ.นัจชลี ศรีมณีกาญจน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวอรรพรรณ ขวัญศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวพุทธิราภรณ์ หังสนัส	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรพลัย บุญเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัณฑ์รัตน์ ทิวถนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
7. อาจารย์ ดร.ปาริชาติ ทาโน	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
8. นางศุภามณ จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
9. อาจารย์ อ้อมขวัญ ทิมนกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
10. ทพญ.พิชานัน ศรีสมหมาย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
11. ดร.สุเมธ ธูดาราทระกุล	มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สอาด บรรเจิดฤทธิ์	มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด
13. อาจารย์พรรณทิพา เวชรังสี	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
14. พ.ต.ท.หญิงปาริชาติ สุขสวัสดิพร	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
15. นางสาวสมจิตต์ สีนุชชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
16. นางสาวอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
17. ดร.จินตนา ทองเพชร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
18. ดร.ปริญญารักษ์ ธนะบุญปวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
19. ดร.หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
20. นายบุญเสริม เนยสูงเนิน	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก
21. ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
22. พญ.พัชรินทร์ เกียรติกังวาฬไกล	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
23. พญ.ประไพ ดันประเสริฐ	โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
24. นพ.ปิยณัฐ จังคณานันท์	โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
25. รศ. พญ.ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ	โรงพยาบาลศิริราช
26. พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
27. พญ.หัตถยา ดันติพงศ์	โรงพยาบาลชลบุรี
28. นางสาวสุวลี เหมวงษ์	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
29. นายนิวัช ศรีวิไลวัชร	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
30. ดร.พัชรินทร์ คำนวล	โรงพยาบาลพะเยา
31. นพ.ธนพล ทรงธรรมวัฒน์	โรงพยาบาลหัวหิน
32. พญ.นวลนาง กายสอน	โรงพยาบาลหัวหิน
33. พญ.พรชนัน ดุริยะประพันธ์	โรงพยาบาลหัวหิน

บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)
อย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ หัวหินเวชสาร

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารวิชาการ หัวหินเวชสาร เป็นวรรณกรรม
ของผู้เขียนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลหัวหิน และกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความเพื่อการศึกษาแต่ให้อ้างอิง
แหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการลงตีพิมพ์ใน
วารสารวิชาการ หัวหินเวชสาร กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการ โรงพยาบาลหัวหิน 30/2
ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

เว็บไซต์ หัวหินเวชสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

เบอร์โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908

บทบรรณาธิการ

เป็นที่น่ายินดีที่ หัวหินเวชสาร (Hua Hin Medical Journal) หรือ วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล (เดิม) ได้ทำการเปลี่ยนชื่อวารสารใหม่ซึ่งยังคงไว้ซึ่งเนื้อหาทางวิชาการที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ โดยทางคณะผู้จัดทำได้ดำเนินการตีพิมพ์บทความเป็นระยะเวลาเข้าสู่ ปีที่ 6 โดยวารสารฉบับแรกของปี 2564 (มกราคม-เมษายน) ทางวารสารยังคงเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชนภายในเล่มประกอบไปด้วยนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และ ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรังเกียจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี บทความพื้นฟูวิชาการทั้งสิ้น 4 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล, บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวทางการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการใช้ดนตรีลดความวิตกกังวลในระยะคลอด

ถึงแม้สถานการณ์ของโรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะยังคงไม่คลี่คลายในช่วงระยะเวลาอันใกล้นี้ทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ประพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา และคณะทำงานทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่ามีส่วนร่วมในการจัดทำหัวหินเวชสาร (Hua Hin Medical Journal) ฉบับนี้ให้สำเร็จด้วยดี หวังว่าทางผู้ที่สนใจทุกท่านจะได้ความรู้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขในประเทศไทยต่อไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

- Promoting Clinical Nursing Practice Guideline on Mechanical Ventilation Program on Incidence of Ventilator Associated-Pneumonia among head Injured Patients 1

โปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

Jiranuwat Chansungnoen, Nuntaya Sanee, Waranee Sumrit, Jarunee Jantaraduek, Pramjai Jantara, Inghathai Damchut
- Caregiver Burden and Associated Factors Among Caregivers of Patient with Chronic Kidney Disease at Chetsamian Hospital 11

ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี

Phakpoom Manutworakit
- A Study on Life Skills of Undergraduate Nursing Students Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 22

การศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Atiya Sarakshetrin, Atcharawadee Sriyasak, Chularat Howharn, Suthanan Kunlaka
- บทความพื้นฟูวิชาการ**
- Nursing care of the patients with Pressure injury: Nurse's Role 33

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล

Phakamard Pheetarakorn
- The Nursing Roles and the Implementation of Communication Approach for Health Literacy Promotion in Women with Gestational Diabetes Mellitus 49

บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวทางการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Rapeepan Narkbubpha, Pailin Thungthin, Somchit Nuchanart
- Using Music to Reduce Anxiety in Labor 64

การใช้ดนตรีลดความวิตกกังวลในระยะคลอด

Orranid Nikom, Piyanuch Promsaka Na Sakolnakorn

โปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จิราณวัฒน์ ชาญสูงเนิน¹, นันทยา เสนีย์², วราณี สัมฤทธิ์³,

จรุณี จันทดิก⁴, เปรมใจ จันท⁵, อิงหทัย คำจุติ⁶

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และการใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแบบประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=1.042$, $p<.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, เครื่องช่วยหายใจ, ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ, ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

Promoting Clinical Nursing Practice Guideline on Mechanical Ventilation Program on Incidence of Ventilator Associated-Pneumonia among head Injured Patients

Jiranuwat Chansungnoen¹, Nuntaya Sane²,
Waranee Sumrit³, Jarunee Jantaraduek⁴, Pramjai Jantara⁵, Inghathai Damchut⁶
Boromarajonani College of Nursing, Trang

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effect of promoting clinical nursing practice guidelines on ventilation associated-pneumonia program on the Incidence of Mechanical Ventilation among head Injured Patients. The samples are head Injured Patients on mechanical ventilation in 24 hours that was 40 qualified cases. 20 cases were the control group, 20 cases were the experiment group by considering to similarity on the Glasgow coma score were at the same level and intubation of the head injury patients. The control group received routine nursing care. The experimental group derived the Promoting Clinical Nursing Practice Guideline on ventilation associated-Pneumonia program. The instruments were a program for promoting nursing practice guidelines for patients using mechanical ventilator on the occurrence of pneumonitis in head injury patients, consisting of 4 steps: 1) Build relationships, 2) planning activities for prevention of pneumonitis in head injury patients with mechanical ventilator, 3) practice in treating head Injured Patients on mechanical ventilation and 4) evaluation of practice. Demographic data sheet and Incidence of Mechanical Ventilation questionnaire. The Incidence of Mechanical Ventilation questionnaire was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .92. Data were analyzed using an independent t-test.

The results: Incidence of Mechanical Ventilation among head Injured Patients score of the experiment group after the program less than the control group with the statistically significant ($t=1.042$, $p<.05$)

Keywords: Promoting Clinical Nursing Practice Guideline program/ Mechanical Ventilation/ ventilation associated-Pneumonia/ head Injured Patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilation associated-pneumonia: VAP) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่มีอุบัติการณ์สูงทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา¹ และที่สำคัญคือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเกิดภายหลังการใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้ว 48 ชั่วโมง² มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 20-50 และพบว่าจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสัมพันธ์กับอัตราการเกิดปอดอักเสบ^{3,4,5} และจากรายงานการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในปี 2015 ของ Center for Disease Control and Prevention พบว่ามีการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 32⁶ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถึงร้อยละ 30-50⁷ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรง มีพยาธิสภาพที่สมองทำให้หมดสติไม่รู้สีกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวลดลงมีการหายใจที่ผิดปกติ⁸ จึงจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อคงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่เพียงพอ ในขณะเดียวกันการใช้เครื่องช่วยหายใจจะขัดขวางกลไกการป้องกันตนเองตามธรรมชาติ เช่น การกลืนและการขย้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยอาเจียนและสูดสำลักเชื้อจุลินทรีย์จากปากหรือคอผ่านหลอดลมเข้าสู่ปอด นอกจากนั้นการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่าผู้ป่วยหายใจเอาละอองที่มีเชื้อจุลินทรีย์เข้าไปในปอดซึ่งเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์บนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ละอองฝอยของยาบำบัดทางเดินหายใจทำให้เชื้อแพร่กระจายเข้าสู่ปอดโดยรวมไปกับอากาศในท่อช่วยหายใจและมีการแพร่กระจายของเชื้อจุลินทรีย์ตามระบบเลือดหรือระบบน้ำเหลือง ซึ่งเกิดหลังการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นของร่างกาย⁹ และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปอดอักเสบ เช่น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษาและการดูแล และปัจจัยด้านบุคลากรเป็นต้น^{9,10} และพบว่าการสัมผัสผ่านมือบุคลากรที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคโดยตรงในกรณีที่ไม่ได้ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปอดอักเสบตามมาด้วยเช่นกัน¹¹ จากสาเหตุข้างต้นส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ควรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย¹²

ปัจจุบันได้มีการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติ WHAP เพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจขึ้น ซึ่งประกอบด้วยมาตรการ 4 มาตรการ ได้แก่ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Wean Patient: W) การล้างมือ (Hand Hygiene: H) การป้องกันการสูดสำลักเชื้อก่อโรคเข้าทางเดินหายใจส่วนล่าง (Aspiration Precautions: A) และการป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ (Prevent contamination: P) ป้องกันโดยการดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน การดูดเสมหะ การดูแลให้อาหารทางสายยางและการดูแลความสะอาดของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ^{13,14,15} ซึ่งได้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งภายในประเทศและต่างประเทศส่วนใหญ่ พบว่าการใช้แนวปฏิบัติสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจได้¹⁶ และพบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วย

หายใจลดลงจาก 11.8 ครั้งต่อ 1,000 วัน ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 4.0 ครั้งต่อ 1,000 วัน ใช้เครื่องช่วยหายใจ¹⁷ ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้แนวคิดของ Girvin¹⁹ ประกอบด้วย การประเมินประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแล การให้ความรู้ การพัฒนาทักษะและการปฏิบัติ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่หลากหลายมาพัฒนาให้เป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพที่ดีต่อไป และส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการเกิดปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองตามแนวคิดของ Burn และ Grove¹⁸ ที่ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน แต่ละกลุ่มไม่น้อยกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ซึ่งการศึกษานี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ป่วยและระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับเดียวกันและเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและไม่มีการบาดเจ็บอื่นๆ ร่วมด้วย
3. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อปอดอักเสบมาก่อนได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย
4. ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเท่านั้น ไม่เกิน 24 ชั่วโมง
5. ผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมให้การดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ภายหลังที่ได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว ประกอบด้วย อายุ เพศ สาเหตุของการบาดเจ็บ ระดับความรู้สึกตัวและการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น แบบประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวปฏิบัติเดิมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Girvin¹⁹ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่หลากหลายเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะการป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง (เอกสารหมายเลข 12/2561) ผู้วิจัยได้ประสานงานกับทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องชี้แจง

วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติจากพยาบาลก่อนแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ที่ได้รับโปรแกรมร่วมกับได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติจากพยาบาล ซึ่งเป็นพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในทีมเดียวกัน

3. ขั้นตอนประเมินผล ผู้วิจัยได้ประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบประเมินและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยการใช้โปรแกรม SPSS สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน พบว่ามีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน พบว่ามีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 35

ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 100 สาเหตุการได้รับบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจร คิดเป็นร้อยละ 100 มีการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากร้อยละ 100

2. จากการทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.600 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.200 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังสิ้นสุดการทดลองสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การเกิดปอดอักเสบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คะแนนการเกิดปอดอักเสบ	0.200	.894	0.600	1.465	38	1.042

p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.600 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.200 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังสิ้นสุดการทดลองสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ดูแลต่อการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.600 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.200 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการศึกษา พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้ง สอดคล้องกับที่มีการศึกษาก่อนหน้า พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰⁻²⁶ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย การล้างมือที่มีประสิทธิภาพก่อน-หลังสัมผัสผู้ป่วย การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน การดูดเสมหะ การดูแลให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดของอุปกรณ์

เครื่องช่วยหายใจ การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว สามารถช่วยลดและหรือป้องกันการเกิดปอดอักเสบ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถช่วยลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ จึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลทั้งที่มีหน้าที่ในด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคุณภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลประจำวันในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้มีความเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการหายาเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว นำไปสู่การลดการเกิดปอดอักเสบและระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

2. ด้านการบริการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ให้กับพยาบาล เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญให้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อไป

3. ด้านการศึกษาวิจัยส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูล เพื่อศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบการดูแลโดยสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่น ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะเวลานานขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีวิธีการวิจัยแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง

4. ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ทันสมัย

บรรณานุกรม

1. ยุพาวรรณ อารีพงษ์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการใส่เครื่อง High-flow nasal cannula. วารสารหัวหินสุขภาพ 2562; 4(2): 1-10.
2. พนิดา กาวินา, ทองปาน เงือกงา, ศรีสุตา อัศวพลังกุล. ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารกองการพยาบาล 2560; 44: 34-57.
3. Hadi D. K, Amir E. Z, Abolfazl F, et al. The Importance of Oral Hygiene in Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia (VAP): A Literature Review. International Journal of Caring Sciences 2014; 7: 12-23.
4. Thomas, M. F. Risk factors and prevention of hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia in adults. [Internet] 2014. [cited 2019 November 28] Available from: <https://somepomed.org/articulos/contents/mobipreview.htm?23/23/23920/abstract/5>
5. Bouadma L, Mourvillier B, Deiler, V, et al. A multifaceted program to prevent ventilator-associated pneumonia: Impact on compliance with preventive measures. Critical Care Medicine 2010; 38(3): 789-796.
6. Center for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event. [Internet] 2020. [cited 2020 April 10] Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/6pscvapcurrent.Pdf>
7. Bronchard R, Albaladejo P, Brezac G, et al. Early onset pneumonia: Risk factor and consequences in head trauma patients. Anesthesiology 2004; 100: 234-239.
8. ศรีจันทร ธนเจริญพัทธ์, อุษา วงษ์อนันต์, ศศิธร ศิริกุล, จิรัญญา กาญจนโษษย์, อุษา กลิ่นขจร. การพัฒนาโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558; 33(2): 83-91.
9. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลและสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2552.
10. จารุวรรณ รัตติโชติ. การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศูนย์. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
11. National Guideline Clearinghouse. Prevention of Ventilator-associated Pneumonia. [Internet] 2011. [cited 2019 November 28] Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=36063&search=guideline+ventilator+associ>

12. ยูนิดา อารามรมย์. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558; 2(3): 144-158.
13. NHSN. Ventilator Associated Pneumonia Putting it all Together. [Internet] 2008. [cited 2019 November 28] Available from: http://www.hanys.org/ihi_campaign/upload/080416_greene.pdf
14. Centers for Disease Control and Prevention. Ventilator-associated pneumonia (VAP) events. [Internet] 2009. [cited 2019 November 28] Available from: www.cdc.gov/nhsn
15. American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated and Healthcare-associated Pneumonia. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2005; 171: 388-416.
16. ลดาวัลย์ ฤทธิกุลลาฐ, ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง. ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. พยาบาลสาร 2558; 42(พิเศษ): 95-104.
17. นาดยา คำสว่าง, ปัญญา เกื้อณดั่ง, กาญจนา อรรถาษิต, สาหร่าย บุญแสน. ผลการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการพัฒนา VAP Bundle Care. พุทธชินราชเวชสาร 2561; 35(1): 31-39.
18. Burn N, Glove S.K. Nursing research. 5th ed. U.S.A.: W.B. Saunders Company; 2005.
19. Girvin J, Coaching improving job performance and satisfaction. Nursing Times 1999; 95(50): 55-57.
20. เบญจวรรณ นครพัฒน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์. [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
21. ประภาดา วัชรนาถ, อำภพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารเกื้อการณ์ 2558; 22(1): 144-155.
22. เอื้อใจ แจ่มศักดิ์, อำภพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(4): 79-87.
23. ชนิตา ตีสงวน. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลระยอง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2556; 16(1): 67-77.

24. สุกัญญา โพนนอก, อำภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงจากหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558; 26: 94-106.
25. วินิตย์ หลงละเลิง, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจในภาวะวิกฤต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558; 27(1): 98-113.
26. อุบลรัตน์ วิสุทธินันท์, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน. ผลการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและรุนแรงต่อการเกิดแผลกดทับและภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559; 17(3): 33-41.

ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี

ภาคภูมิ มนัสวรกิจ

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่รักษาด้วยยา โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาความชุกของความรู้สึกเป็นภาระ และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลคนไข้โรคไตเรื้อรัง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง จำนวน 75 คน ใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคไต 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1เอ 4) แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระของซาริค เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึง ธันวาคม 2563 โดยค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ไคสแควร์ และการวิเคราะห์โลจิสติกส์

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบความชุกของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีความสัมพันธ์ในการเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย และจำนวนยาที่รับประทาน ปัจจัยของผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วย

สรุป: ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตมากกว่าครึ่งเกิดความรู้สึกเป็นภาระ โดยจำนวนชั่วโมงต่อวันและระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกเป็นภาระได้ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยนี้จะ เป็นประโยชน์ในการเป็นแนวทางให้ทุกภาคส่วนได้เห็นปัญหาและความสำคัญของผู้ดูแลและหาแนวทางช่วยเหลือต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษานี้อาจได้ผลลัพธ์ที่ต่างออกไปในการศึกษาในสถานที่อื่นเนื่องจากปัจจัยแวดล้อมที่ต่างออกไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ความรู้สึกเป็นภาระ

Caregiver Burden and Associated Factors Among Caregivers of Patient with Chronic Kidney Disease at Chetsamian Hospital

Phakpoom Manutworakit

Abstract

Objective: to estimate prevalence and associated factors among caregivers of patients with chronic kidney disease at Chetsamian Hospital

Methods: This study was a descriptive cross-sectional study aimed to estimate prevalence and associated factors among caregivers of patients with chronic kidney disease. The study recruited 75 caregivers, who participated in this study by purposive sampling. Data were collected by using self-report questionnaire, including 1) general information of the patients and caregivers, 2) chronic kidney knowledge disease test, 3) Beck Depression Inventory (Thai version) and 4) Zarit Burden Interview (Thai version). The statistics, including percentage, mean, standard deviation, chi-square and binary logistic regression analysis were applied for analysis.

Results: Sixty percent of the caregivers of patients with chronic kidney disease experienced caregiver burden. The factors significantly related to caregiver burden were: time since the onset of illness, number of drugs the patient has taken, inadequate income, number of hours of caregiving service, time since the onset of caregiving service, with statistical significance $P < 0.05$. The factors predicting stress were number of hours of caregiving service, time since the onset of caregiving service.

Conclusion: The prevalence of caregiver burden was found in more than half of the participants. The study shows that number of hours of caregiving service and time since the onset of caregiving service can predict the burden. The result from this study inform healthcare providers and multidisciplinary teams aware of the importance of caregivers. In order to provide proper management. However, external validity should be of particular concern when interpreting the results.

Keyword: Caregiver, Burden, Patient with chronic kidney disease

บทนำ

ผู้ให้การดูแล (caregiver) หมายถึงบุคคลที่ให้การดูแลด้านต่างๆ ตั้งแต่การให้การดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน จนถึงการดูแลที่ซับซ้อนแก่ผู้ได้รับการดูแล เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง เมื่อผู้ให้การดูแลมีหน้าที่การให้ดูแลแก่ผู้ได้รับการดูแล ซึ่งเป็นหน้าที่ใหม่และนอกเหนือจากหน้าที่ปกติ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยพบว่าผู้ให้การดูแลมักมีสุขภาพด้านร่างกายแย่กว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ให้การดูแล และกลุ่มที่เป็นผู้ให้การดูแลมักพบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การดูแลถึง 2 เท่า¹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้การดูแลมักมีการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การดูแลเนื่องจากผู้ให้การดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองลดลง พักผ่อนลดลง เลือกรับประทานอาหารลดลง ผู้ให้การดูแลจะเกิดภาวะเครียดได้ง่าย เนื่องจากการให้การดูแลเป็นงานที่ต้องจัดการแทบทุกด้านแก่ผู้ได้รับการดูแลตั้งแต่เรื่องสุขภาพและเรื่องอื่นๆ เช่น การจัดการเรื่องการเงิน ผู้ให้การดูแลยังเกิดภาวะวิตกกังวลได้ง่ายกว่า ความกลัว ความรู้สึกผิดว่าตนเองให้การดูแลได้ไม่ดี ความจำระยะสั้นเสื่อมลง ในระยะยาวจะส่งผลให้ผู้ให้การดูแลเป็นโรคซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก² รวมถึงประเทศไทย โดยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยภาวะโรคไตเรื้อรังมากขึ้นอย่างชัดเจน และมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้^{3,4} โดยผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรง แล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจนอาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver burden) หรือถึงกับหมดไฟในการดูแลไปเลย (Caregiver burnout)⁵ โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด caregiver burden ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษา,

การอยู่ร่วมกับผู้ได้รับการดูแล, อารมณ์ซึมเศร้า, การจัดการความเครียด, การรับรู้ความทุกข์ใจของผู้ได้รับการดูแล, ระยะเวลาในการดูแล, ความเครียดทางการเงิน, การไม่มีทางเลือกในการต้องมาเป็นผู้ให้การดูแล เป็นต้น¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาของ Athina Paschou⁶ พบว่าภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกเป็นภาระของคู่ครองคู่สมรสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศกรีซ การศึกษา ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของณัฐพงศ์ เป็นลาภ⁷ พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 44.9 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่การมีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย การรักษาโดยการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับการรับประทานยา และความไม่เพียงพอของรายได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาของนิรชา ภูวนารักษ์⁸ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 40.9 โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวต่ำ ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายมากและผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์⁸

ทั้งนี้พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังยังมีน้อย นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งมีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลใหญ่ในเมือง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและเห็นความสำคัญในการศึกษาในหัวข้อนี้ เพื่อที่จะนำผลการวิจัย วางแผนหาแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความทุกข์ของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลคนไข้โรคไตเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล แบ่งเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนยาที่รับประทาน โรคประจำตัวร่วมอื่นๆ ความสามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล การช่วยเหลือทางสังคมจากทั้งภาครัฐบาลหรือเอกชน ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วย

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) ประชากรคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 75 คน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึง ธันวาคม 2563 โดยงานวิจัยฉบับนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดราชบุรี เลขที่ RbPH REC 038/2563

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่อายุ 18 ขึ้นไป ที่เป็นผู้พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน และผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังและเป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเป็นญาติ
2. สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้าง หรือรางวัลตอบแทน
- ขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยของเครซีและ

มอร์แกน โดยใช้ค่าวิกฤตระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และยอมรับระดับความคาดเคลื่อนที่ 0.05

$$N = x^2 Np (1-p) / e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)$$

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95=3.841

N = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษและขึ้นทะเบียน ณ คลินิกโรคไต จำนวน 92 คน

E = ระดับความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้=0.05

P = อัตราการเกิดเหตุการณ์=0.449 (ความชุกของภาวะความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁷)

จากข้อมูลข้างต้นสามารถคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้เท่ากับ 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคร่วมอื่นๆ จำนวนยาที่รับประทาน และความสามารถในการดูแลตัวเอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้โรคประจำตัว

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วย และการได้รับการช่วยเหลือทางสังคม

2. แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคไต

ใช้แบบทดสอบวัดความรู้เรื่อง “อาหารสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง” สร้างโดย นารีสา แสนใจวุฒิ⁹ ประกอบด้วยคำถามสองตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบทดสอบ (r) มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.48 และค่าความยากง่าย (p) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.33-0.50 โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder Richardson

3. แบบทดสอบความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview Thai version) สร้างโดย Dr. Steven H. Zarit นำมาพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตา อุทศิริ และคณะ¹⁰ ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ โดยคะแนน รวมอยู่ในช่วง 0-88 คะแนน ความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Reliability Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.92 แบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับให้เท่ากัน ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-20 หมายถึง ปกติ ไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระ

ช่วงคะแนน 21-40 หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 41-60 หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 61-88 หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระระดับรุนแรง

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1A (Beck Depression Inventory IA(BDI-IA) แปลเป็นภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์ มุกดา ศรีรงค์¹¹ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาค่าความตรงของเครื่องมือต้นฉบับ (Content Validity) เท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Reliability Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.92 ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 84.6% ค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 86.4%

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม Package for Social Science Statistic (SPSS) โดยนำข้อมูลทั่วไปมาวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป

ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังโดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square และหาปัจจัยพยากรณ์การเกิดความรู้สึกเป็นภาระโดยใช้สถิติ Binary Logistic regression โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.7 และเพศชาย ร้อยละ 37.3 อยู่ในช่วงอายุ 61-80 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.7 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.69 ปี อายุุน้อยที่สุดเท่ากับ 22 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 95 ปี โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 46.7 และผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังโดยคิดเป็นร้อยละ 97.3 มีจำนวนยาที่รับประทานน้อยกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 56 ในส่วนของการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ทุกอย่างและดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40 และ 33.3 ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศหญิงร้อยละ 69.3 และเพศชายร้อยละ 30.7 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.88 ปี อายุุน้อยที่สุดเท่ากับ 21 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 83 ปี มีสถานภาพสมรสเป็นคิดเป็นร้อยละ 58.7 ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.7 และมีมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 24 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท และ 10,001-15,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 36 และ 16 ตามลำดับ โดยที่ลักษณะความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 37.3 และไม่เพียงพอไม่เป็นหนี้ คิดเป็นร้อยละ 28 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 62.7 และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ในสัดส่วนร้อยละ 57.3 โดยส่วนใหญ่จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแล

ผู้ป่วยใน 1 วัน คือ 5-8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 41.3 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 9.93 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมานานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 และไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 80

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่เหลือมีระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.3

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 70.7 และพบผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระ คิดเป็นร้อยละ 60 โดยแบ่งเป็นระดับต่ำร้อยละ 53.3 ระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square (n=75)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแล	ความรู้สึกเป็นภาระ				X ²	P value
	ไม่รู้รู้สึกเป็นภาระ		รู้สึกเป็นภาระ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ปี)					13.872	0.001**
< 5ปี	21	60.0	14	40.0		
6-10ปี	8	33.3	16	66.7		
> 10ปี	1	6.3	15	93.8		
2.จำนวนยาที่รับประทานของผู้ป่วย (ชนิด)					6.905	0.032*
<5	22	52.4	20	47.6		
6-10	8	26.7	22	73.3		
>10	0	0	3	100		

6.7 ตามลำดับ และพบว่าผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระคิดเป็นร้อยละ 40

จากตารางที่ 1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และจำนวนยาที่รับประทานมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนโรคประจำตัวร่วมอื่นๆ การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล การช่วยเหลือทางสังคมจากทั้งภาครัฐบาลหรือเอกชน ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลและระดับความรู้เรื่องอาหารเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square (n=75) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแล	ความรู้สึกเป็นภาระ				X ²	P value	
	ไม่รู้สึกเป็นภาระ		รู้สึกเป็นภาระ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
3.โรคประจำตัวอื่นๆของผู้ป่วย					3.082	0.079	
มี	2	100	0	0.0			
ไม่มี	28	38.4	45	61.6			
4.โรคประจำตัวของผู้ดูแล					0.152	0.697	
มี	12	42.9	16	57.1			
ไม่มี	18	38.3	29	61.7			
5.ความเพียงพอของรายได้					12.286	0.006**	
เพียงพอ เหลือเก็บ	8	61.5	5	38.5			
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	61	21.4	22	78.6			
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	13	61.9	8	38.1			
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	3	23.1	10	76.9			
6.จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน					15.528	0.000**	
<4 ชั่วโมง	12	80.0	3	20.0			
5-8 ชั่วโมง	6	29.4	25	80.6			
9 ชั่วโมงขึ้นไป	12	41.4	17	58.6			
7.ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้ป่วย(ปี)					10.685	0.005**	
<5	19	54.3	16	45.7			
6-10	6	18.8	26	81.3			
>10	5	62.5	45	37.5			
8.ภาวะซึมเศร้า ไม่มี	20	37.7	33	62.3	0.386	0.534	
มี	10	45.5	12	54.5			
9.ระดับความรู้โรคไตเรื้อรัง	ต่ำ	0	0.0	0	2.250	0.134	
	กลาง	13	52.0	12	48.0		
	สูง	17	34.0	33	66.0		
10.ความช่วยเหลือทางสังคม					0.347	0.556	
มี	5	33.3	10	66.7			
ไม่มี	25	41.7	35	58.3			
11.ความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย					3.167	0.367	
ดูแลตนเองได้ทุกอย่าง	14	46.7	16	53.3			
ดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่	8	32.0	17	68			
ดูแลตนเองได้บางอย่าง	7	50.0	7	50.0			
ไม่สามารถดูแลตนเองได้	1	16.7	5	83.3			

*P<0.05 , **P<0.01

จากตารางที่ 2 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ใช้สถิติ logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วยวิธี forward likelihood ratio แล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 5-8 ชั่วโมง และ 9 ชั่วโมงขึ้นไป

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Binary Logistic regression analysis

ตัวแปร	B	S.E.(B)	p-value	Adjusted OR	95% CI of OR	
					Lower	Upper
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย						
5-8 ชั่วโมง	3.431	.933	0.000**	30.915	4.965	192.481
9 ชั่วโมงขึ้นไป	2.312	.872	0.008**	10.094	1.826	55.796
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(ปี)						
6-10 ปี	1.955	.715	0.006**	7.065	1.740	28.693

*P<0.05 , **P<0.01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความรู้สึกเป็นภาระคิดเป็นร้อยละ 60 แบ่งเป็นความรู้สึกเป็นภาระระดับต่ำร้อยละ 53.3 ความรู้สึกเป็นภาระระดับกลาง ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยในการทำแบบทดสอบวัดความรู้สึกเป็นภาระ เท่ากับ 24.01 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มความรู้สึกเป็นภาระระดับต่ำ โดยอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวและอาศัยอยู่ด้วยกันอยู่เดิมแล้ว จึงรู้สึกว่าหน้าที่ของคนในครอบครัวในการดูแลกันยามเจ็บป่วย หรือบางคนคิดว่าเป็นการแสดงความกตัญญูและตอบแทนบุญคุณ นอกจากนี้ครอบครัวในสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายและอาศัยอยู่ในชุมชน จึงมีสมาชิกในครอบครัวคนอื่นและเพื่อนบ้านช่วยแบ่งเบาภาระที่นอกเหนือจากการ

มีความเสี่ยงในการเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่า 30.915 และ 10.094 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงดูแลน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดความรู้สึกเป็นภาระ มากกว่า 7.065 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ระยะเวลาดูแลต่ำกว่า 6 ปี

ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่อาจไม่รู้สึกเป็นภาระมากนักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพงศ์ เป็นลาภ⁷ ที่ศึกษาเรื่องความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี คะแนนความรู้สึกเป็นภาระโดยเฉลี่ยเท่ากับ 20.47 จัดอยู่ในความรู้สึกเป็นภาระระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 38.4 โดยร้อยละ 55.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระและผู้ป่วยส่วนมากมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับต่ำ

เมื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทาน จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยมาของผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เนื่องจากปัจจัยข้างต้นมักส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการพักผ่อนและเวลาส่วนตัวของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการพักผ่อนและดูแลตัวเองลดลง ส่งผลต่อการเกิด ความเหนื่อยล้าสะสมจนเกิดความเครียดได้ซึ่งผล การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ของเฟื่องฟ้า สีสวย¹² ที่พบว่าจำนวน ชั่วโมง ในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความเกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง โดยอธิบายว่าการที่ผู้ดูแลต้องดูแลโรคเรื้อรังที่ ต้องอาศัยการดูแลหลายด้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เวลานานจะส่งผลให้ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ความเครียด รู้สึกเป็นภาระมากขึ้นได้ และสอดคล้อง กับการศึกษาของ Jensen และคณะ¹³ ที่ได้ศึกษา ความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าจำนวน ชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันนานจะส่งผลให้ผู้ดูแล เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

ความเพียงพอของรายได้มีความเกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากและไม่สามารถ ประกอบอาชีพได้แล้ว ทำให้ผู้ดูแลต้องเป็นผู้หารายได้ หลักในการดูแลทั้งในแง่การรักษาและการดำรงชีพ ซึ่งทำให้กลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ต้องใช้เวลาส่วน ใหญ่ในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ส่งผลให้เวลา ส่วนใหญ่หมดไปกับการทำงานและดูแลผู้ป่วย จนเกิด ความความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลขึ้นได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรชา ภูวนารักษ์⁸ และ Tosun ZK¹⁴

ส่วนปัจจัยด้านภาวะอารมณ์ซึมเศร้าและ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังนั้น จากการศึกษาไม่พบ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่ง ขัดแย้งกับการศึกษาของ รสรณ์รติ ภาคภากร¹⁵ และ Smi Choi-Kwon¹⁶ ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัย ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม

ก็ตามอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป รวมถึงบริบท สิ่งแวดล้อมที่ต่างกันและโรคความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน

สรุป

ผลการศึกษาพบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี ความรู้สึกเป็นภาระ คิดเป็นร้อยละ 60 และส่วนใหญ่ มีความรู้สึกเป็นภาระระดับต่ำร้อยละ 53.3

พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็น ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้แก่ จำนวนยาที่ รับประทานของผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรค ไตเรื้อรังของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ จำนวน ชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาตั้งแต่เริ่ม ในการดูแลของผู้ดูแล

ส่วนความสามารถการดูแลตนเองในกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วย ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล การช่วยเหลือ ทางสังคมจากทั้งภาครัฐบาลหรือเอกชน ภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแล และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของ ผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ซึ่งถ้าหากความเครียดเหล่านี้ไม่ได้รับการ ดูแล ติดตามหรือได้รับการช่วยเหลือในทางที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลกระทบต่อให้ระดับความเครียดและความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแลมีระดับที่สูงขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิด ปัญหาทางจิตใจของผู้ดูแลและผู้ป่วยตามมาได้ ดังนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความสำคัญ และเฝ้าระวังความรู้สึกเป็นภาระ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลตลอดจนการให้การดูแล ช่วยเหลือและประคับประคองด้านจิตใจให้แก่ผู้ดูแล ในการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม

บรรณานุกรม

1. อรพรรณ พุ่มณิไชติ. การดูแลผู้ให้การดูแล (caring of the caregiver) [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine, Prince of Songkla University [cited 2020 Sep 21]. Available from: https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/Caring_of_the_Caregiver/index2.html
2. Chronic Kidney Disease in the United States, 2021 [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-resources/CKD-national-facts.html>
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังประเทศไทย ปีงบประมาณ; 2560.
4. Ketsarin Bunrod. Factor association for changing stage in Chronic Kidney Disease, Chaiya Hospital, Surat-Thani . Reg11MedJ [Internet]. 2019Jul.1 [cited 2022Sep.7];33(3):367-78. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/216063>
5. สายพิน หัตถิรัตน์. เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว. [Internet]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [cited 2020 Sep 21]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4
6. Paschou A, Damigos D, Skapinakis P, Siamopoulos K. The Relationship between Burden and Depression in Spouses of Chronic Kidney Disease Patients. *Depress Res Treat*. 2018 May 13;2018:8694168.
7. Penlap N RT. Stress and associated factors among caregivers of chronic kidney disease patients at Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J*. 2016;60(4).
8. Poovatanaruk N, Nakawiro P. Prevalence and Associated Factors of Caregiver Burden among Stroke Patients. *JPMAT* [Internet]. 2020May12 [cited 2022Sep.7];10(1):1-11. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/242188>
9. Saenchaiwut N. Production of Food Knowledge Handbook for Chronic Kidney Disease Patients [Thesis]. Bangkok: Siriraj Hospital; 2013.
10. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. *J Nurs Educ*. 2011;4(1):62–75.
11. มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย รามคำแหง, 2522.
12. Amika K, Dangdomyouth P, Aumtane A. Selected Factors Relating to Quality of Life among Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia at Home. *J Police Nurse Vol*. 2015;7:129–40.

13. Jensen S, Given B. Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer*. 1993 Nov;1(6):321-5
14. Kurtulus Tosun Z, Munire Temel P. Burden of caregiving for stroke patients and the role of social support among family members: An assessment through home visits. *Int J Caring* [Internet]. 2017;10(3):1696–704. Available from: https://www.internationaljournalofcaring-sciences.org/docs/65_8_tosun_10_3.pdf
15. Pakpakorn R, Kanchanatawan B CN. Prevalence and associated factors of depression in caregivers of patients with stroke at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of Public Health Nursing*. 2015;59(4).
16. Choi-Kwon S, Kim HS, Kwon SU, Kim JS. Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(5):1043–8.

การศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อติญาณ์ ศรีเกษตริน¹, อัจฉรวาตี ศรียะศักดิ์²,
จุฬารัตน์ หัวหาญ³, สุทธนันท์ กัลละ⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

วิธีการศึกษา: การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสำรวจ (survey research) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2562 จำนวน 182 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินทักษะชีวิตของนักเรียนวัยรุ่น หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ independent t-test

ผลการศึกษา: นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.02$, $SD=.34$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M=4.07$, $SD=.35$) รองลงมา ได้แก่ ทักษะด้านการเผชิญอารมณ์ และด้านความคิด ($M=3.99$, $SD=.43$; $M=3.88$, $SD=.42$) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

สรุป: นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนทักษะด้านการเผชิญอารมณ์ และการคิด รองลงมาจากทักษะด้านสังคม โดยพบว่านักศึกษาที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันมีคะแนนทักษะชีวิตไม่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตดังกล่าวให้สูงขึ้น โดยจัดกิจกรรมสนับสนุนทั้งในและนอกหลักสูตร

คำสำคัญ: ทักษะชีวิต นักศึกษาพยาบาล

A Study on Life Skills of Undergraduate Nursing Students

Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

Atiya Sarakshetrin¹, Atcharawadee Sriyasak²,

Chularat Howharn³, Suthanan Kunlaka⁴

Abstract

Objectives: This descriptive study is aimed to study life skills of nursing students and compared mean scores of life skills among nursing students with different demographic factors.

Methods: This was a survey research. The sample groups in the study were Year 1-4 nursing students studying at Prachomklao college of Nursing Phetchaburi Province, academic year 2019, with the total number of 182 students. The research instruments were the life skills assessment of adolescent students. The instrument reliability was obtained with Cronbach's alpha value of .91. The data was presented using mean and standard deviation and the difference of mean scores of life skills among nursing students were tested by independent t-test.

Results: The result show that nursing students have high overall life skills ($M=4.02$, $SD=.34$), with the highest individual mean in social skills ($M=4.07$, $SD=.34$), followed by emotional coping and thinking skills, respectively ($M=3.99$, $SD=.43$; $M=3.88$, $SD=.42$). When compared the mean scores of the life skills among the nursing students with different characteristics, there in no significant association differences between life skills average score and demographic characteristics.

Conclusions: The nursing students of Prachomklao college of nursing Phetchaburi province have high overall life skills. While the score of emotional coping and thinking skills were lower than social skills. Additionally, there is no differences in the life skills average score between the students who have difference demographic characteristics. Associated factors and causes should be further explored in order to improve the skills. Moreover, the institutes should emphasize on providing curricular and extracurricular activities to improve both skills as well.

Keywords: Life skills, Student nurse

บทนำ

ทักษะชีวิตเป็นทักษะที่มีความสำคัญในการใช้ชีวิตปัจจุบันที่มีความซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยทักษะชีวิต หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตเป็นองค์รวมซึ่งรวมถึงการคิด วิเคราะห์ และการปฏิบัติการของมนุษย์ในชีวิตจริง¹ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการจัดการหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิตเป็นทักษะภายในที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบไปด้วย 1) ทักษะด้านสังคม หมายถึง ความสามารถต่างๆ ในการเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น 2) ทักษะด้านการคิด หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบความคิดและ 3) ทักษะด้านการเผชิญทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้ที่จะจัดการกับอารมณ์ตนเอง²

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม วัยรุ่นส่วนใหญ่อยากรู้ อยากลองและหาประสบการณ์ใหม่ ซึ่งศตวรรษที่ 21 เป็นยุคของข้อมูลและเทคโนโลยีทุกอย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นยุคที่โลกต้องการผู้ที่สามารถปรับตัว และรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างสร้างสรรค์ สำหรับวัยรุ่นแล้วทักษะชีวิตจึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มขีดความสามารถการรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง เป็นผู้เริ่มสร้างสรรค์ รู้จักควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นความสามารถในการปรับตัวและพฤติกรรมเชิงบวกที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับความต้องการและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ วัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตจะมีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้ มีความหวัง และหาโอกาสในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ยากลำบาก สามารถคิดวิเคราะห์และสร้างสรรค์สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สร้างความสัมพันธ์ที่ดี รู้จักเอาใจใส่ผู้อื่นและสามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้เป็นอย่างดี

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น และเป็นวัยรุ่นในช่วงศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ชอบความท้าทาย มีวิถีชีวิตที่ทันสมัย นิยมใช้วิธีการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีความคิดเป็นของตัวเอง คิดเร็ว ทำเร็ว⁴ การเข้ามาศึกษาในวิชาชีพพยาบาลส่งผลให้นักศึกษาต้องมีการปรับตัวหลายอย่างทั้งในช่วงการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ และการใช้ชีวิตในวิทยาลัยที่มีกฎระเบียบต่างๆ ตลอดจนการฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาภาคปฏิบัติที่ต้องมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล อาจส่งผลต่อการใช้ชีวิตในวิทยาลัยและพฤติกรรมทำให้การพยาบาล นักศึกษาพยาบาลบางส่วนไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าวได้ บางคนมีการแสดงความคิดเห็นบนสื่อสังคมออนไลน์ในทางที่ไม่เหมาะสมเกิดผลกระทบต่างๆ ตามมา ทั้งต่อตัวนักศึกษาความน่าเชื่อถือและความเป็นวิชาชีพ ในขณะที่บางรายเลือกที่จะใช้การแก้ปัญหาในทางที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาด้านการใช้ชีวิต ปัญหาด้านการเรียน ปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต เป็นต้น ดังนั้น การพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะชีวิตจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในปัจจุบัน⁵

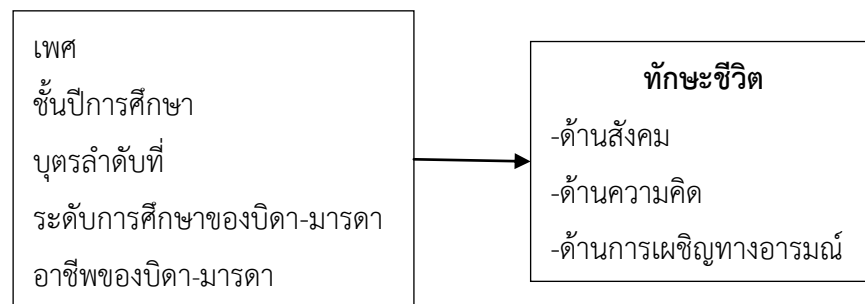
ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการศึกษาพยาบาลจึงสนใจศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษาที่ต้องพัฒนาทั้งวิชาการและวิชาชีพ เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลที่จบออกไปมีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี สามารถให้บริการ

ตอบสนองความต้องการของประชาชนและระบบ
สุขภาพอย่างเหมาะสมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะ
ชีวิตระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มี
ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสำรวจ
(survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน
สิงหาคม-ตุลาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา คือ นักศึกษา
พยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัย
พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา
2562 จำนวน 436 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้โปรแกรม G*power ค่าขนาดอิทธิพล กำหนด
ค่า α เท่ากับ .05, power ที่ .80 กำหนดการทดสอบ
เป็นสองทาง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 คน คัดเลือก
กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มในแต่ละระดับชั้นอย่างเป็น
สัดส่วน (Proportional stratified random sampling)
ได้กลุ่มตัวอย่างของนักศึกษาพยาบาลสุ่มแต่ละชั้นปี

สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร
บัณฑิตอยู่ในระดับต่ำ
2. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีปัจจัย
ส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของทักษะชีวิต
แตกต่างกัน

ชั้นปีที่ 1 จำนวน 42 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 36 คน
ชั้นปีที่ 3 จำนวน 59 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 45 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ
ชั้นปีการศึกษา บุตรลำดับที่ ระดับการศึกษาของ
บิดา-มารดา อาชีพของบิดา-มารดา ตัวแปรตาม ได้แก่
ทักษะชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่
เพศ ชั้นปีการศึกษา บุตรลำดับที่ ระดับการศึกษาของ
บิดา-มารดา อาชีพของบิดา-มารดา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะชีวิตของนักเรียน
วัยรุ่น โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สกล วรเจริญศรี⁶
(2550) ซึ่งได้พัฒนาแบบประเมินทักษะชีวิตใน
นักเรียนวัยรุ่นที่มีวัยเดียวกันกับนักศึกษาพยาบาล
และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าโมเดล
การวิเคราะห์องค์ประกอบทักษะชีวิต มีค่าความ

เหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถวัดองค์ประกอบของทักษะชีวิตได้

แบบประเมินทักษะชีวิตประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 67 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านสังคม จำนวน 37 ข้อ แยกเป็น 5 องค์ประกอบย่อยได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ทักษะการให้ความร่วมมือ และทักษะการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น 2) องค์ประกอบด้านความคิด ประกอบไปด้วย ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ แยกเป็น 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการแก้ปัญหา และ 3) องค์ประกอบด้านการเผชิญทางอารมณ์ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ แยกเป็นองค์ประกอบย่อย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการเผชิญความโกรธ ทักษะการควบคุมดูแลตนเอง ลักษณะการตอบคำถามประกอบไปด้วย จริ่งที่สุดให้ 5 คะแนน ส่วนใหญ่จริงให้ 4 คะแนน จริงพอประมาณให้ 3 คะแนน จริงเพียงเล็กน้อยให้ 2 คะแนน และไม่จริงเลยให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดทักษะชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นมาทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้น ปี 1-4 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 ความเชื่อมั่นรายองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสังคมเท่ากับ .88 ด้านความคิดเท่ากับ .82 และด้านการเผชิญกับอารมณ์เท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยและได้รับอนุญาตให้ติดประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนนักศึกษาให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทักษะชีวิตโดยแนบ QR code สำหรับเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยการตอบแบบวัดทักษะชีวิตที่เตรียมไว้โดยใช้ Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อาชีพของบิดา-มารดาด้วยการทดสอบค่าที่ independent t-test

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ชั้นปี, บุตรลำดับที่, ระดับการศึกษาของบิดา-มารดา ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของข้อมูลโดยใช้สถิติ Analysis of Variance (ANOVA)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN04/2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.4) เป็นบุตร คนแรก (ร้อยละ 45.1) บิดาจบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา (ร้อยละ 41.8) รองลงมา คือระดับ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.3) มารดาจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.1) รองลงมาคือระดับ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.5) บิดาประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 33.0) รองลงมาคือลูกจ้าง (ร้อยละ 25.3) และมารดาประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 29.7) รองลงมาคือลูกจ้าง (ร้อยละ 15.4) ดังแสดงในตาราง ที่ 1, 2 และ 3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเพศ ชั้นปี บุตร ของกลุ่มตัวอย่าง (n=182)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
เพศหญิง	170	93.4
เพศชาย	12	6.6
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	42	23.1
ชั้นปีที่ 2	36	19.8
ชั้นปีที่ 3	59	32.4
ชั้นปีที่ 4	45	24.7
บุตรลำดับที่		
1	82	45.1
2	72	39.6
3	22	12.1
4	5	2.7
5	1	0.5

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลระดับการศึกษาของบิดา-มารดา (n=182)

ข้อมูลส่วนบุคคล	บิดา		มารดา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	76	41.8	82	45.1
มัธยมศึกษา	66	36.3	61	33.5
อนุปริญญา	10	5.5	11	6.0
ปริญญาตรี	20	11.0	22	12.1
ไม่ระบุ	10	5.4	6	3.3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลอาชีพของบิดา-มารดา (n=182)

ข้อมูลส่วนบุคคล	บิดา		มารดา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
เกษตรกร	60	33.0	54	29.7
ลูกจ้าง	46	25.3	28	15.4
รับราชการ	21	11.5	19	9.9
รับจ้าง	4	2.2	3	1.6
อาชีพอิสระ	31	16.7	56	30.8
ว่างงาน	4	2.1	17	9.3
ไม่ระบุ	16	8.8	6	3.3

นักศึกษามีทักษะชีวิตทั้งโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.02$, $SD=.34$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทักษะด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับสูง ($M=4.07$, $SD=.35$) รองลงมาคือ ทักษะด้านการเผชิญอารมณ์ และด้านความคิด ($M=3.99$, $SD=.43$; $M=3.88$, $SD=.42$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะชีวิตจำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=182)

ทักษะชีวิต เรียงตามลำดับคะแนนสูง-ต่ำ	Mean	S.D.	ความหมาย
ทักษะด้านสังคม	4.07	.35	สูง
ทักษะการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น	4.24	.54	สูง
ทักษะการติดต่อสื่อสาร	4.18	.40	สูง
ทักษะการให้ความร่วมมือ	4.16	.44	สูง
ทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง	3.89	.45	สูง
ทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม	3.85	.45	สูง
ทักษะด้านความคิด	3.88	.42	สูง
ทักษะการตัดสินใจ	4.03	.53	สูง
ทักษะการแก้ปัญหา	3.70	.45	สูง
ทักษะการเผชิญทางอารมณ์	3.99	.43	สูง
ทักษะการควบคุมดูแลตนเอง	4.12	.48	สูง
ทักษะการเผชิญความโกรธ	3.86	.56	สูง
ทักษะการจัดการความเครียด	3.85	.56	สูง
ทักษะชีวิตโดยรวม	4.02	.34	สูง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ ชั้นปี บุตรลำดับที่ อาชีพบิดา/มารดา ระดับการศึกษาของบิดา/มารดาไม่มีแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อาชีพ ของบิดา-มารดาด้วยการทดสอบค่าที่ independent t-test

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	t	p-value
เพศ					
ชาย	12	4.05	.30	.34	.74
หญิง	170	4.02	.34		
อาชีพบิดา (n=176)					
มีเงินเดือนประจำ	99	4.03	.35	.27	.79
ไม่มีเงินเดือนประจำ	67	4.01	.32		
อาชีพมารดา (n=176)					
มีเงินเดือนประจำ	130	4.04	.34	1.04	.30
ไม่มีเงินเดือนประจำ	46	3.93	.32		

หมายเหตุ: จำนวนตัวอย่างที่ไม่เท่ากับ 182 เนื่องจากข้อมูลของอาชีพของบิดาและมารดา มีการกระจาย จึงจัดกลุ่มอาชีพของบิดาและมารดาเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มอาชีพที่มีเงินเดือนประจำ ได้แก่ กลุ่มข้าราชการ และลูกจ้าง และกลุ่มที่ไม่มีเงินเดือนประจำ ได้แก่ รับจ้าง เกษตรกร อาชีพอิสระ และว่างงาน วิเคราะห์ข้อมูลแบบ exclude cased listwise ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุอาชีพ จะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชั้นปี บุตรลำดับที่ อาชีพของบิดา-มารดา ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของข้อมูลโดยใช้สถิติ Analysis of Variance (ANOVA) (n=182)

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	F	p-value
ชั้นปี					
ชั้นปีที่ 1	42	4.10	.34	2.03	.11
ชั้นปีที่ 2	36	4.05	.33		
ชั้นปีที่ 3	59	4.01	.31		
ชั้นปีที่ 4	45	3.93	.37		
บุตรลำดับที่ (n=176)					
1	82	4.02	.36	.20	.82
2	72	4.03	.35		
3 ขึ้นไป	82	3.99	.22		
ระดับการศึกษาของบิดา (n=173)					
ประถมศึกษา	76	4.02	.30	.48	.62
มัธยมศึกษา	76	4.04	.38		
ปริญญาตรี	21	3.96	.30		
ระดับการศึกษาของมารดา (n=176)					
ประถมศึกษา	82	4.04	.31	1.23	.29
มัธยมศึกษา	72	4.03	.38		
ปริญญาตรี	22	3.91	.30		

หมายเหตุ: จำนวนตัวอย่างที่ไม่เท่ากับ 182 เนื่องจากวิเคราะห์ข้อมูลแบบ exclude cased listwise ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุอาชีพ จะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

อภิปรายผล

1. ทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีทักษะชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน สะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพระจอมเกล้า มีทักษะทางสังคม ความคิดและการเผชิญอารมณ์ได้ดีเช่นเดียวกับการศึกษาทักษะชีวิตนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตั้ง ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตอยู่ในระดับสูงทั้งภาพรวมและรายด้าน^{5,6} ต่างจากการศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตั้ง ซึ่งใช้กรอบแนวคิดประเมินทักษะชีวิตประกอบด้วยทักษะ 12 ด้าน ที่อยู่ในระดับปานกลาง⁷ อย่างไรก็ตามวิจารณ์ พานิช⁸ กล่าวว่าทักษะชีวิตมีการพัฒนาตั้งแต่ประณมไปจนถึงมหาวิทยาลัย โดยส่งเสริมตามพัฒนาการของสมอง เนื่องจากทักษะชีวิตไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่เกิดจากการที่มีผู้สอนกระตุ้นและอำนวยความสะดวก ในการเรียนรู้ทำให้มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพกับผู้อื่น ระบุอารมณ์ทางลบและสถานการณ์กดดัน ตลอดจนจัดการควบคุมได้ ช่วยให้ นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจ มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เข้าใจตนเองและผู้อื่น สามารถลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า⁹ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลเป็นวัยรุ่นตอนปลายที่ การเรียนรู้และทักษะเหล่านี้มาบ้างแล้วจึงทำให้มีทักษะชีวิตอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของทักษะชีวิต รายด้านพบว่า ทักษะชีวิตด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ย สูงที่สุด ($M=4.07$, $SD=.35$) รองลงมาเป็นทักษะด้าน การคิดและการเผชิญอารมณ์ เนื่องจากอยู่ในยุคสังคม ดิจิทัล มีความพิเศษในการเป็นผู้เชี่ยวชาญและเรียนรู้

เทคโนโลยีได้อย่างรวดเร็วจากโลกสังคมออนไลน์⁴ การที่วัยรุ่นมีความรู้ความสามารถในการติดต่อ สื่อสารที่ดี มีการแสดงออกที่กับบุคคลอื่นได้อย่าง เหมาะสมจะช่วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข¹⁰ ซึ่งการที่นักศึกษาพยาบาล มีทักษะชีวิตด้านสังคมที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำความรู้จักกันและกัน เกิดความรู้สึกไว้วางใจ เข้าใจตนเอง ยอมรับผู้อื่นและ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน⁶ การศึกษาที่ผ่านมาของสกว.เนตร ไทรแจ่มจันทร์ จารุวรรณ สกุลคู อรรถพร โพธิสุข และจตุพล ยงศรี¹¹ พบว่าทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลทหารอากาศ ด้านแก้ปัญหาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดหลังจากการ จัดหลักสูตรฝึกอบรมทักษะชีวิต ดังนั้นวิทยาลัย พยาบาลพระจอมเกล้าอาจจัดหลักสูตรเสริมเพื่อช่วย ให้นักศึกษาพัฒนาทักษะด้านการแก้ปัญหาและการ เผชิญอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น

2. คะแนนเฉลี่ยของทักษะชีวิตระหว่างนักศึกษา พยาบาลที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิต ระหว่างนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ สะท้อนให้เห็น ว่าทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลไม่ได้เกิดจาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ลำดับการเป็นบุตรใน ครอบครัว อาชีพและการศึกษาของบิดามารดา เป็นไป ในทิศทางเดียวกับการศึกษาทักษะชีวิตนักศึกษา พยาบาลในประเทศอินเดีย ที่พบว่าทักษะชีวิตไม่มี ความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล¹² การพัฒนาทักษะ ชีวิตสามารถทำได้ผ่านวิธีการเสริมสร้างสมรรถนะ จากกิจกรรมที่ได้กระทำ การสังเกตจากประสบการณ์ ของบุคคลอื่น รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น ตลอดจนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการ เรียนรู้อย่างเป็นระบบ¹³ ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลอาจ

ส่งเสริมผ่านวิธีการบรรยาย การสร้างสถานการณ์จำลอง การให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และการลงมือทำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่านักศึกษามีทักษะชีวิตด้านการเผชิญทางอารมณ์และการคิดรองจากทักษะชีวิตด้านสังคม จึงควรมีการศึกษาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตในสองด้านดังกล่าวให้สูงขึ้น ผ่านกิจกรรมทั้งในและนอกหลักสูตร เนื่องจากเป็นทักษะที่สำคัญในการเป็นพยาบาลวิชาชีพและการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และเป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉพาะบางปัจจัยจึงควรมีการศึกษาทักษะชีวิตในภาพรวมของสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพการผลิตบุคลากรซึ่งจะนำไปสู่การจัดการเรียนการสอนพัฒนาทักษะชีวิตที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

บรรณานุกรม

- Pipattanawong W. Life skill of Thai teen in 21st Century. PAYAP UNIVERSITY JOURNAL 2014; 24(2): 39-63.
- Voracharoensri S. A study of life skills and a training group model construction for developing life skills of adolescent students. [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2007
- Keawtong S. Some factor affecting to skills of Mathayomsuka V students in the Secondary education service office area II. Veridian E-Journal 2013; 6(3): 443 - 460.
- Phothidara Y. Nursing Education Management: For Student Generation Y. Journal of Nursing Science & Health 2011; 34(2): 61-69.
- Jiramanaswong A, Howharn C, Wannatawee P. A Study on Life Skills of Undergraduate Nursing Students Boromarajonani College of Nursing, Surin, Nursing Public Health and Education Journal 2020; 21(1): 139-165.
- Janjaroen K, Nakaramontree S. The Relationship between social support and life skills among nursing students. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016; 3(2): 85-99.
- Khumtorn L, Suwanvela S. The relationship between social support and life skills among Nursing students in Boromarajonani college of Nursing, Trang. Journal of Department of Health Service Support 2019; 14(1): 54 - 68.
- Panich V. A way to create learning for students in the 21st century. Bangkok: Sosri-Saritwong Foundation. 2012.
- Phuipha T, Bunthumporn N, Vuthiarpa S. The effect of a life-skill training program on the depressive symptoms of senior high school students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19(Special): 89- 98.

10. Sota J. Concepts theories and application for health behavioral development. Khon Kaen: Faculty of Public Health Khon Kaen University.2011.
11. Saichamchan S, Skulkhu J, Potisuk A, Yongsorn C. Development of training program to enhance life skills for the Royal Thai Air Force nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015; 16(2): 21-29.
12. Buvaneswari R, Sylvia J. Assessment of life skills among first year B.Sc. nursing students of selected nursing college, Tamilnadu. International Journal of Advanced Research 2017; 5(9): 1007-1011.
13. Sirited P. Life skill improvement and the prevention of adolescent risky sexual behaviors. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19(Supplement): 10-15

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล

ผกามาศ พิธีรากร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวที่เกิดในโรงพยาบาล คือ การเกิดแผลกดทับซึ่งเป็น 1 ใน 10 ตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลโดยตรงของโรงพยาบาลทั่วโลก โดยผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เช่น การติดเชื้อ ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับแต่ไม่ทำให้สถิติการเกิดแผลกดทับลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลต้องสูญเสียทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับทำให้น้ำหนักถูกทำลายน้อยลง เมื่อเทียบกับการใช้มาตรฐานการดูแลทั่วไป พยาบาลจึงควรเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ โดยมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับและลดการใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย บทความนี้ผู้เขียนจึงนำเสนอสาระสำคัญในหัวข้อต่อไปนี้ คือ ความหมาย ระดับของแผลกดทับ เครื่องมือประเมินแผลกดทับ บทบาทการพยาบาล การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลสภาพผิวหนังและการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ: การพยาบาล, แผลกดทับ, หลักฐานเชิงประจักษ์

Nursing care of the patients with Pressure injury: Nurse's Role

Phakamard Pheetarakorn

Registered Nurse, Senior Professional level,

Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province.

Abstract

Pressure ulcers is the most common complication in impaired mobility patients. All hospital around the world has been used pressure ulcers as one of the quality indicators of skin nursing care. Infection is the most common major complication of pressure ulcers. Although the hospital has clinical practice guidelines in pressure ulcers, but the rate is still high. Moreover, the presence of a pressure ulcer can increase the length of a patient's hospital stay and the cost of resources. Using evidence-based nursing practice can prevent the tissue damage and reduce incidence of pressure ulcers more than standard care. Nurses should learn to use clinical practice guideline to prevent pressure ulcers effectively. This will help to reduce rate of pressure ulcers and resources in patient care. This article reviews the definition, degree of pressure ulcers, assessment tools, nurses' role, nutrition, skin care, and enhanced the knowledge and the skill of pressure ulcers among nursing staff, patients and caregivers.

Keywords: Nursing care, Pressure injury, Evidence Based Nursing

บทนำ

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่ว่าจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเอง เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) หรือผู้ป่วย stroke ซึ่งร่างกายบางส่วนอ่อนแรง สูญเสียประสาทสัมผัส สูญเสียการรับรู้สึกไปบางส่วนหรือทั้งหมดเกิดจากการได้รับยาหรือการทำการหัตถการ การตรวจรักษาต่างๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวชั่วระยะเวลาหนึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นคือแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล 1 ใน 10 ตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผิวหนังผู้ป่วยของพยาบาลโดยตรง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั่วโลก ความชุกในการเกิดแผลกดทับจากผู้ป่วย 1,366,848 คน คิดเป็น 12.8% และอุบัติการณ์การเกิด คิดจากผู้ป่วย 681,885 คน เท่ากับ 5.4 ต่อ 10,000 คน/วัน และระดับของแผลกดทับที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด คือระดับที่ 1 (43.5%) และระดับที่สอง (28.0%)¹ ตำแหน่งของร่างกายที่พบบ่อยที่สุดที่ได้รับผลกระทบจากความเสียหายจากแรงกด คือกระเบนเหน็บ (28%-36%) สันเท้า (23%-30%) และก้นกบ (17%-20%)² ซึ่งจะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ ประกอบกับมีแรงเฉือนแรงเสียดทานจากการพลิกตัวหรือเลื่อนผู้ป่วย ส่วนปัจจัยด้านชีวภาพ คือ อายุที่มากขึ้น สรีรวิทยาและการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อรวมถึงการไหลเวียน ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นที่แตกต่างกัน³ นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านทรัพยากร คือ พยาบาลภาระงานมาก ทำให้พยาบาลเหนื่อยล้า เครียด การมีอัตรากำลังไม่เพียงพอ (83.1%) ขาดแคลนอุปกรณ์และแหล่งสนับสนุน (67.7%) ผู้ทำงานไม่มีความรู้และไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอ (63.2%)^{4,5} ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Dorien De Meyer⁶ ศึกษาความรู้ของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกัน

แผลกดทับพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันน้อยที่สุด (42.7%), สาเหตุ (45.6%) และการป้องกันสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (46.6%) และยังสอดคล้องกับ Usher และคณะ⁷ เสนอว่านักเรียนพยาบาลมีทัศนคติการการดูแลแผลกดทับที่ระดับสูง (78%) แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันเพื่อลดระยะเวลาและจำนวนแรงกด แรงเฉือน (51%) และยังมีความมั่นใจระดับต่ำเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ปัจจุบันมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาล (Evidence Based Nursing) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์นี้เป็นกระบวนการที่จัดทำขึ้น เพื่อการรวบรวม ดีความ ประเมินและวิเคราะห์งานวิจัยที่ถูกต้องและมีนัยสำคัญทางคลินิก ไม่ได้เกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ใหม่ แต่เป็นการนำเอาหลักฐานที่มีอยู่แล้วไปใช้กับการตัดสินใจทางคลินิก กาปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้การเชื่อมโยงการวิจัยและทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติและจัดหาข้อมูลทางการพยาบาลที่ขับเคลื่อนด้วยงานวิจัยที่เชื่อถือได้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

บทความนี้ ผู้เขียนจึงนำเสนอสาระสำคัญในหัวข้อต่อไปนี้ ความหมายและระดับของแผลกดทับ ระดับของแผลกดทับ เครื่องมือประเมินแผลกดทับ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ และกรณีศึกษาเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ อันจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการและประสิทธิภาพในการดูแลของทีมสุขภาพ

ขอบเขตของเรื่อง

บทความนี้มีขอบเขตในการแสดงเนื้อหาในเรื่อง ความหมายและระดับของแผลกดทับ ระดับของแผลกดทับ เครื่องมือประเมินแผลกดทับ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ และกรณีศึกษา

1. ความหมายและระดับของแผลกดทับ

Pressure injury เป็นชื่อเรียก แผลกดทับ ซึ่งถูกเปลี่ยนโดยสถาบัน National Pressure Ulcer Advisory Panel หรือ NPUAP ในปี ค.ศ. 2016 จากการประชุมร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญเรื่องแผลในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ข้อสรุปในการเปลี่ยนคำนิยามแผลกดทับเพื่อให้ตรงกับลักษณะของผิวหนังที่ถูกทำลาย แผลกดทับจึงหมายถึง การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือ เนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง มักจะพบบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีเครื่องมือแพทย์กดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมีหรือไม่มีรอยฉีกขาดบางครั้งอาจรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นผลมาจากแรงกดที่รุนแรงและ/หรือระยะเวลาที่ถูกกดนาน ร่วมกับแรงเสียดสี ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงเสียดสีขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนเลือด โรคร่วมและสภาวะของผิวหนัง นอกจากนี้ยังมีแผลกดทับที่เกิดจากการเสียดสีกับเครื่องมือแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ หน้ากากออกซิเจน สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น^{8,9}

1.1 ระดับของแผลกดทับ แบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ และ 2 ลักษณะ^{8,9} ดังนี้

แผลกดทับระดับ 1 ผิวหนังยังไม่ฉีกขาดแต่มองเห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (non-blanchable erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูกอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมีลักษณะแข็งหรือนุ่ม ขึ้นอุณหภูมิผิวหนังอาจอุ่นหรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณข้างเคียง

แผลกดทับระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนัง

บางส่วน (partial-thickness skin loss) ลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาดแต่เป็นตุ่มน้ำใสหรือตุ่มน้ำปนเลือดจางๆ ตุ่มน้ำอาจแตกหรือยังไม่แตกก็ได้ ลักษณะแผลอาจเป็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้นหรือแผลแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย ซึ่งแผลกดทับระดับ 2 จะไม่รวมแผลกลุ่มที่เกิดจากการระคายเคืองจากปัสสาวะหรืออุจจาระ หรือแผลที่เกิดจากการฉีกขาดอื่นๆ เช่น แผลที่เกิดจากผิวหนังฉีกขาด, แผลไฟไหม้, น้ำร้อนลวกและแผลถลอก

แผลกดทับระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนัง

ทั้งหมด (full-thickness skin loss) มองเห็นลึกถึงชั้นไขมันแต่ยังไม่เห็นกระดูกเอ็นและกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายปิดอยู่แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย หรืออาจมีโพรงใต้ขอบแผล

แผลกดทับระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนัง

ทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งสามารถมองเห็นกระดูกเอ็นหรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วน ส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผลสามารถมองเห็นกระดูก กระดูกอ่อนและเอ็น หรือสามารถลำพองกระดูกได้ ความลึกของแผลกดทับระดับ 4 จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดเช่น บริเวณจมูก หู ตาตุ่มและส่วนหลังของศีรษะบริเวณท้ายทอยซึ่งบริเวณนี้จะไม่มียื่นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังลักษณะของแผลระดับ 4 จะตื้นและสามารถมองเห็นชั้นกล้ามเนื้อเอ็นหรือกระดูกและในกรณีที่มีมองเห็นหรือคลำได้กระดูกอ่อน

แผลกดทับที่ไม่ทราบความลึกและไม่สามารถระบุระดับตามการแบ่งระดับ 4 ระดับข้างต้นสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ^{8,9} ดังนี้

ลักษณะที่ 1 unstageable มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นผิวแผลทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง จึงทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้ จะสามารถระบุระดับแผลกดทับได้เมื่อ

กำจัดเนื้อตายออกแล้ว และให้ระบุระดับแผลกดทับตามการสูญเสียของชั้นผิวหนังที่มองเห็น

ลักษณะที่ 2 deep tissue injury เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาดหรือฉีกขาดแล้วสีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้มหรือสีเลือดนกงมน้ำตาล ผิวหนังอาจมีลักษณะเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงเสียดสี ทำให้เกิดความเจ็บปวดผิวหนังแข็งหรือนุ่มขึ้นและอุณหภูมิอาจอุ่นหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง ลักษณะดังกล่าวจะทำให้ระบุระดับที่ชัดเจนได้ยากขึ้นในผู้ป่วยที่มีผิวสีเข้ม¹⁰

ตารางที่ 1 ตารางระดับและลักษณะของแผลกดทับ

แผลกดทับ	การสูญเสียเนื้อเยื่อ	ลักษณะการประเมินที่พบ
แผลกดทับระดับ 1	ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด	- รอยแดงเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนิ้วมือกด - แผลมีสีชมพูหรือสีแดง
แผลกดทับระดับ 2	สูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนมองเห็นชั้นหนังแท้	- ไม่พบเนื้อเยื่อใหม่ - ไม่พบเนื้อตาย - มีตุ่มน้ำใสหรือตุ่มน้ำใสที่แตก
แผลกดทับระดับ 3	สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดมองเห็นชั้นไขมัน	- มองเห็นชั้นไขมันในแผล - มองไม่เห็นชั้นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก - อาจพบเนื้อเยื่อใหม่สีแดง - อาจพบเนื้อตาย
แผลกดทับระดับ 4	สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	- มองเห็นและตรวจพบชั้นเนื้อเยื่อพังผืดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก - อาจพบเนื้อตาย
แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้	สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	- ถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง - ไม่สามารถระบุความรู้สึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้ - สีผิวเป็นสีแดงเข้มหรือสีม่วง
แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก	ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาดหรือผิวหนังฉีกขาดเกิดเป็นแผล	- รอยแดงเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนิ้วมือกด - ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าฉีกขาดเห็นแผลเป็นสีดำหรือตุ่มน้ำมีเลือดอยู่ข้างใน
แผลกดทับบริเวณเยื่ออุ้ง	มีหรือไม่มีการสูญเสียเยื่ออุ้ง	- พบบริเวณเยื่ออุ้งร่วมกับการมีประวัติใช้อุปกรณ์แพทย์ในตำแหน่งที่เกิดแผล
แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์	แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยหรือดูแลรักษา ลักษณะของแผลกดทับจะมีรูปแบบหรือรูปร่างเหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช้	

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ Medical Device Related Pressure Injury

แผลกดทับที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยหรือการดูแลรักษา โดยส่วนใหญ่ลักษณะของแผลกดทับจะมีรูปแบบหรือรูปร่างเหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช้ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นควรระบุระดับของแผลตามระบบการระบุระดับของแผลกดทับ

จากข้อมูลข้างต้นสรุปเป็นตารางระดับและลักษณะของแผลกดทับได้ ดังตารางที่ 1

2. เครื่องมือประเมินแผลกดทับ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับมีหลายชนิด แต่ละเครื่องมือมีความยากง่ายในการใช้งาน ความไวและความจำเพาะในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับได้ต่างกัน โดยปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ที่นำมาใช้พัฒนาเป็นเครื่องมือต่างๆ ประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวหรือทำกิจกรรม 2) การมีเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ รวมถึงโรคเบาหวาน และ 3) สภาวะของผิวหนัง¹¹ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง ที่สามารถใช้ได้ทุกลักษณะของสถานพยาบาล เนื่องจากแต่ละที่มีปัจจัยย่อยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดแผลกดทับที่แตกต่างกัน และเครื่องมือที่พัฒนามาก็มาจากลักษณะของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน โดยบทความนี้ผู้เขียนจะนำเสนอถึงแบบประเมินของบราเดน, นอร์ตันและวอเตอร์โลว์¹² ดังนี้

แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale) แบบประเมินนี้มีตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ 1) ความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายของผู้ป่วย 2) ระดับความเปื่อยขึ้นของผิวหนัง 3) ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม 4) ความสามารถในการทำกิจกรรมและความสามารถในการควบคุมและการเปลี่ยนแปลงท่าทางของร่างกาย 5) การได้รับอาหารเกี่ยวกับปริมาณที่ได้รับ เน้นปริมาณโปรตีนและการได้รับอาหารเสริม 6) แรงเสียดทานจากการดึงลากและเนื่องจากการเลื่อนไหล ในการประเมินในแต่ละตัวแปรมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-23 คะแนน ค่าคะแนนที่เริ่มบอกว่าเสี่ยงคือ 18 คะแนน หากประเมินความเสี่ยงได้คะแนนยิ่งน้อยจะยิ่งมีความเสี่ยงมาก

แบบประเมินนอร์ตัน (The Norton Risk Assessment Scale) ในปี 1989 Doreen Norton ได้ศึกษาไว้เรียกว่า Norton Scoring System การประเมิน

ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ 1) ภาวะสุขภาพทั่วไป 2) การรู้สติและการรับรู้ 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 4) ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนแขนขาของผู้ป่วย 5) ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ แต่ละตัวแปรแบ่งออกเป็น 4 ระดับความรุนแรง ค่าคะแนนยิ่งน้อยแสดงว่ามีความเสี่ยงสูง มีช่วงคะแนนเริ่มบอกว่ามีความเสี่ยงคือ ≤ 14 คะแนน แบบประเมินนี้ขาดการประเมินด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดแผลกดทับ การนำไปใช้จึงต้องเพิ่มเติมข้อมูลด้านโภชนาการ

แบบประเมินของวอเตอร์โลว์ (The Waterlow Scale) เป็นแบบประเมินชนิดใช้ตัวแปรทั้งหมด 11 ตัวแปร คือ 1) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 2) ความสามารถในการกลั้นอุจจาระและปัสสาวะ 3) สภาพผิวหนังโดยทั่วไป 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย 5) เพศ 6) อายุ 7) ภาวะโภชนาการ 8) โรคประจำตัว 9) ความพร้อมทางระบบประสาท 10) ผลจากการได้รับการผ่าตัดหรือการบาดเจ็บ และ 11) การได้รับยาบางชนิด ได้แก่ cytotoxics, ยาสเตียรอยด์ โดยแต่ละตัวแปรจะมีค่าคะแนน 0-8 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือคะแนนรวมมากกว่า 10 คะแนน แสดงว่าเริ่มมีความเสี่ยง คะแนนรวมมากกว่า 15 คะแนน แสดงว่ามีความเสี่ยงสูง คะแนนรวมมากกว่า 20 คะแนน แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงมาก พบว่าวิธีการชนิดนี้ค่อนข้างยุ่งยากมาก เนื่องจากตัวแปรที่ใช้นำมาวัดและรายละเอียดต้องนำมาคำนวณ ค่าคะแนนที่ใช้ไม่มี ความต่อเนื่องในแต่ละตัวแปรที่นำมาวัด

จากการศึกษาพบว่า แบบประเมินแผลกดทับทั้ง 3 แบบนี้มีความไวต่อการทำนายค่าความเสี่ยง Braden Scale=85.71%, Norton Scale=53.48% และ Waterlow Scale=23.07% ตามลำดับ และ ROC อยู่ที่ 0.696 (Braden), 0.672 (Norton) และ 0.579 (Waterlow)¹³ จะเห็นได้ว่าการใช้แบบประเมินของบราเดนมีความไวในการทำนายการเกิดแผล

กตัญญูมากกว่าแบบประเมินชนิดอื่น การที่เครื่องมือมีความไวมากแสดงว่าเครื่องมือนั้นสามารถทำนายการเกิดแผลกดทับที่เป็นจริงได้เร็วกว่า พยาบาลควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับภายในระยะเวลา 4 ชั่วโมงตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเมื่อรับย้ายผู้ป่วยไว้ดูแลในหอผู้ป่วย และมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง คือ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเมื่อแรกรับ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับซ้ำในทุกวันและทุกครั้ง

ตารางที่ 2 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

Level 1 Experimental designs	Level 1.a Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs) Level 1.b Systematic review of RCTs and other study designs Level 1.c RCT Level 1.d Pseudo-RCTs
Level 2 Quasi-experimental designs	Level 2.a Systematic review of quasi-experimental studies Level 2.b Systematic review of quasi-experimental studies and other lower study designs Level 2.c Quasi-experimental prospectively controlled study Level 2.d Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study
Level 3 Observational - Analytic designs L	Level 3.a Systematic review of comparable cohort studies Level 3.b Systematic review of comparable cohort and other lower study designs Level 3.c Cohort study with control group Level 3.d Case-controlled study Level 3.e Observational study without control group
Level 4 – Observational – Descriptive studies	Level 4.a Systematic review of descriptive studies Level 4.b Cross-sectional study Level 4.c Case series Level 4.d Case study
Level 5 - Expert opinion and Bench research	Level 5.a Systematic review of expert opinion Level 5.b Expert consensus Level 5.c Bench research/single expert opinion

เมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การทำความเข้าใจ สะอาดร่างกาย การพลิกตัวเปลี่ยนท่า และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ ทุก 24 ชั่วโมง

3. ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานสถาบัน The Joanna Briggs Institute ได้จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานมีรายละเอียด¹⁴ ดังตารางที่ 2

4. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

จากการประสบการณ์การทำงานและการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลมีบทบาทหน้าที่และแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับมีหลากหลายและแตกต่างกันจึงมีความจำเป็นในการศึกษางานวิจัยและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ การสืบค้นงานวิจัยใช้การสืบค้นด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูล PubMed CINAHL และโดยใช้คำสืบค้นดังนี้ Nursing care, Pressure injury, Evidence Based Nursing โดยเป็นผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2020 ได้งานวิจัยจากการสืบค้นจำนวน 6 เรื่อง ซึ่งผู้เขียนได้เรียบเรียงรายละเอียดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ดังนี้

4.1 การประเมิน ลักษณะผิวหนังซึ่งลักษณะเฉพาะของผิวหนังที่ต้องคำนึงถึงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การมีรอยแดงที่ไม่หาย แม้ว่าจะลดแรงกดไปแล้ว การเกิดตุ่มพองตื้นน้ำใส ผิวหนังซีด อุ่นร้อน บวม ลักษณะแข็งเป็นไต ต้องมีการประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับและบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่านอน และหากพบรอยแดงปรากฏอยู่แม้ว่าไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้วซึ่งปกติรอยแดงควรหายไปภายใน 30 นาที มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยให้บ่อยขึ้น¹⁵ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับได้พัฒนามาจากการรวบรวมปัจจัยเสี่ยงและให้คะแนน เพื่อช่วยในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแต่ละราย และนำไปใช้ในการช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น การดูแลสภาพผิวหนังและการให้สารอาหาร

4.2 การป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสีและแรงเฉือน การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่าทาง (repositioning) ที่ถูกต้องตามมาตรฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องนั้น ต้องมีการจัดทำทางผู้ป่วย เช่น ท่านอน ต้องจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่าสองข้างและตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับการยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอยส่วนการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคงกึ่งหงาย โดยให้เอียง 30 องศา กับแนวระนาบ ซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้เองและที่ต้องนอนบนเตียงตลอด ส่วนการเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วยการพลิกตัวทุก 2, 3 หรือ 4 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ของแผลกดทับไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจะได้รับการพลิกตัวมากที่สุดในช่วงกลางวันและเย็น และมีความถี่ในการพลิกตัวน้อยที่สุดในช่วงกลางคืน¹⁶ (ระดับ 5.a) การเพิ่มระยะเวลาพลิกตะแคงตัวจากทุก 2 ชั่วโมงตามมาตรฐาน จากพลิกตะแคงตัวทุก 3 ถึง 4 ชั่วโมง จะต้องมีการเพิ่มต้นทุนสูงขึ้นในด้านเวลาของผู้ให้บริการ

การใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ของลมสามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ ทำให้ปริมาณแรงกดที่หลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ จึงสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ แต่ชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลมนั้นนอกจากจะช่วยกระจายแรงกดแล้ว ยังสามารถลดระยะเวลาของแรงกดที่กระทำต่อหลอดเลือดฝอยได้ด้วย ดังนั้นการใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดทั้ง 2 ชนิดเป็นเพียงส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและพบว่าการใช้เตียงนอนลมหรือเตียงนอนที่อัดอากาศแบบไฮบริด อาจลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับได้เมื่อเทียบกับเตียงนอน

ของโรงพยาบาลมาตรฐานแต่การนอนเตียงนอนลมสบายน้อยกว่าที่นอนของโรงพยาบาลมาตรฐาน¹⁷ (ระดับ 1.a) ที่นอนน้ำจะนอนสบายที่สุด สามารถเลือกที่นอนที่ทำจากโฟมหรือเตียงนอนลมก็ได้และพบว่าแรงกดบนพื้นผิวเบากระหว่างเบาที่ทำจากโฟมหรือเบาลมไม่แตกต่างกันทั้งชนิดและยี่ห้อ แม้ว่าการใช้ที่นอนลมและที่นอนที่ทำจากโฟมจะใช้งบประมาณสูง แต่สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญซึ่งคุ้มทุนในระยะยาว อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลมากขึ้นโอกาสการเกิดแผลกดทับก็จะเพิ่มขึ้น

4.3 การดูแลภาวะโภชนาการ บาดแผลเป็นสาเหตุสำคัญที่อาจนำไปสู่ความพิการหรือการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมการหายของแผล เนื่องจากสารอาหารที่สมดุลช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางวิชาชีพที่สามารถให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับควรดูแลการรับประทานอาหาร โดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีนเพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับควรได้รับคือ 1.25-1.5 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วันและควรได้รับสารอาหาร 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน คาร์โบไฮเดรตและไขมันจะช่วยในการเสริมสร้างพลังงานให้เซลล์และจำเป็นต่อการรวมตัวของเม็ดเลือดขาวหากเกิดภาวะการขาดคาร์โบไฮเดรตและไขมันจะมีการสลายโปรตีนเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงาน¹⁸ เกลือแร่ที่จำเป็นประกอบด้วยโซเดียมโปตัสเซียมคลอไรด์แคลเซียมและฟอสฟอรัสมีความสำคัญต่อการสร้างคอลลาเจนและกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อเป็นสารที่ใช้ในการคงไว้ซึ่งการทำงาน¹⁹ สังกะสีเป็นสารที่มีส่วนร่วมในกระบวนการจำลองสาย RNA ซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อระยะงอกขยายของเซลล์ในภาวะปกติร่างกายต้องการสังกะสีจากอาหาร

15 มิลลิกรัม/วัน เมื่อมีแผลร่างกายต้องการสังกะสีจำนวน 225 มิลลิกรัมต่อวัน²⁰ ภาวะการขาดสังกะสีทำให้เกิดเลือดขาวชนิด lymphocyte ทำงานผิดปกติทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อ²¹ วิตามินซีมีความสำคัญในการรวมตัวของคอลลาเจนช่วยต่อต้านการติดเชื้อสังเคราะห์คอลลาเจน สร้างเส้นเลือดฝอยใหม่และสร้างความแข็งแรงของเส้นเลือดไม่เปราะแตกง่ายนอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในการทำงานของนิวโทรฟิลซึ่งหากขาดวิตามินซีจะทำให้ความเสี่ยงในการเกิดแผลติดเชื้อเพิ่มขึ้นและรุนแรงมากขึ้น²² ส่วนวิตามินเอช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจนและการงอกขยายใหม่ของเซลล์กระตุ้นให้ macrophage มารวมตัวกันที่รอบแผลเพิ่มมากขึ้น เช่น ลดการติดเชื้อของแผลและสารน้ำจะช่วยให้การคงสภาพระบบการไหลเวียนเลือดและส่งเสริมความสมบูรณ์ของผิวหนังดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างน้อย 2,500 มิลลิลิตรต่อวัน หากไม่มีข้อบกพร่องอื่น^{18,19}

4.4 การดูแลสภาพผิวหนัง ค่าความเป็นกรดต่าง เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมการเกิดแผลกดทับและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความชื้น โดยพบว่าผิวหนังที่เกิดความชื้นจากการสัมผัสอุจจาระและปัสสาวะจะทำให้ความเป็นกรดต่างบริเวณผิวหนังรอบทวารหนักเพิ่มขึ้น โดยเอนไซม์ในอุจจาระจะเปลี่ยนยูเรียในปัสสาวะให้เป็นแอมโมเนียและมีสารเคมีบางชนิดที่ทำให้ค่าความเป็นกรดต่างเพิ่มขึ้น ทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองได้ง่ายและความสามารถในการต้านเชื้อแบคทีเรียลดลง ปกติผิวหนังจะมีเกราะป้องกันเชื้อโรคเมื่อผิวหนังมีค่าความเป็นกรดต่างระหว่าง 5.4-5.9 การควบคุมความชื้น มีผลทำให้ความชื้นของผิวหนังลดลงโดยผู้ป่วยได้รับการเช็ดทำความสะอาดผิวหนังและเปลี่ยนแผ่นรองซับทันทีหลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที²³ (ระดับ 2.d) นอกจากนี้ การทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการชะล้างสิ่งสกปรก

คราบไขมันและไม่สามารถควบคุมสารเคลือบผิวหนังให้มีความเหมาะสม ดังนั้นการเลือกใช้สบู่เหลวสำหรับทารกซึ่งมีค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ในช่วง 5.2–5.5 ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อยมีผลดีต่อการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนัง²⁴ (ระดับ 2.d) การใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังที่มีส่วนผสมของซิงค์ออกไซด์ทาเคลือบผิวหนังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลผื่นแดงจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ สามารถลดอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของแผลผื่นแดงระยะแรกได้ และการใช้โคลด์ครีม (Cold cream) ร่วมกับการพยาบาลตามมาตรฐานพบว่าผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับทั้งก่อนและหลังการทดลอง เพราะโคลด์ครีมมีคุณสมบัติช่วยให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ใช้ทาผิวหนังที่แห้งถึงผิวแห้งมากกว่าปกติป้องกันผิวแห้งแตก และทำให้ผิวหนังนุ่มมีส่วนผสมของ Oil phase คิดเป็น 63.64 กรัม และ Water phase คิดเป็น 27.42 กรัม เป็นยาที่ผสมกับน้ำหรือตัวยาซึ่งเป็นของเหลวได้ง่าย ผสมเข้ากับยารักษาโรคผิวหนังทั่วไปได้ คงตัวดีไม่เปลี่ยนแปลงง่ายและตัวยาถูกดูดซึมได้ดีกว่ายาพื้นชนิดเป็นมัน ช่วยให้ผิวหนังเคลือบปิดผิวหนังใช้มากในเครื่องสำอาง²⁵ (ระดับ 2.b)

4.5 การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การดูแลแผลกดทับนั้นจะเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนและรายละเอียดมากในเรื่องของการจัดแบ่งระดับของการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลแผลหรือนักศึกษามีความเข้าใจและสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้จะมีผลต่อการหายของแผลที่ดีและทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจากการศึกษาผลการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในด้านการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลเรื่องอาหารและน้ำดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและปฏิบัติการเกิดแผลกด

ทับในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาของกลุ่มทดลองน้อยลง²⁶ (ระดับ 2.b) และจากการศึกษาที่ผ่านมามีรูปแบบการดูแลแผลกดทับที่หลากหลายทั้งในการสอน การฝึกทักษะ การติดตาม เยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ การติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ในยุค 4.0 ญาติผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ด้วยอุปกรณ์ที่พกพาง่ายมีทุกบ้าน อาทิ การใช้สมาร์ทโฟนในการสืบค้นข้อมูลสื่อความรู้ต่างๆ ทางสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันยุคทันสมัย เกิดเครือข่ายการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ดูแล การใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีจุดแข็งทำให้สามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้โดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาที่สถานบริการ เป็นช่องทางที่เข้าถึงการดูแลติดตาม สามารถติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้โดยตรง ตลอดเวลาไม่จำกัดระยะทาง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อการสอนเสมือนจริงในการดูแลแผลกดทับนั้นนักศึกษามีความรู้ในเรื่องของแผลกดทับหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อสูงกว่าก่อนเรียนและมีทักษะการปฏิบัติการดูแลแผลกดทับในระดับดี²⁷

4.6 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ การทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวลและล้างทำความสะอาดแผลอย่างทั่วถึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยขจัดสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ซึ่งสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้จะเป็นทำให้แผลหายช้า อย่างไรก็ตาม สิ่งขับหลังปกติจากแผลจะประกอบด้วยสารที่ช่วยต่อต้านเชื้อโรคเป็นตัวที่ช่วยปกป้องแผลโดยช่วยทำความสะอาดและให้ความชุ่มชื้นแก่แผล ซึ่งนำไปสู่การหายของแผล แต่สิ่งขับหลังที่มากเกินไปจะทำให้ผิวหนังรอบๆ แผลเปื่อยยุ่ย ซึ่งเป็นอาหารของแบคทีเรียส่งผลให้แผลมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น กระบวนการทำแผลประกอบด้วย การเลือกน้ำยาทำความสะอาดแผล

และวิธีการชำระล้างแผล ยาเข้าสู่แผลในการทำ ความสะอาด ควรระวังโอกาสเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่แผลกดทับจากผลของการใช้น้ำยาและวิธีการทำแผล²⁸ จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการดูแลสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาได้ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ²⁶ อีกทั้งรูปแบบการพัฒนาทักษะการดูแลแผลมีอิทธิพลต่อการหายของแผลมีประสิทธิผลในการช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าในการหายของแผลด้วยความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพผู้ป่วยและญาติซึ่งมีการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเมื่อกลับไปดูแลที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และตระหนักถึงการดูแลแผลกดทับมากยิ่งขึ้น แผลหายเร็วขึ้นและไม่เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น²⁹ และพยาบาลจะต้องมีการสอนให้ความรู้เรื่องขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ ความสะอาดแผลได้แก่การล้างมือ ก้อน ขูดทำแผล จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้ และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับให้เหมาะสมกับลักษณะของแผลในแต่ละระดับในผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม³⁰

5. กรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 82 ปี วินิจฉัย Urinary Tract Infection with Pneumonia with Pressure Ulcer

อาการสำคัญ ไข้ หนาวสั่น ชีพจร 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติว่ามีแผลกดทับที่หลังหลายตำแหน่ง แผลมีพังผืดสีดำ มีกลิ่นเหม็น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Infected Pressure Ulcer ทำ Debridement และเข้ารับการรักษาที่ตึก ศัลยกรรมชาย 5 วัน และให้กลับบ้านได้

5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น ชีพจร 130/min ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V3M1 ความดันโลหิต 130/80 mmHg. ชีพจร 89/min อัตราการหายใจ 22/min อุณหภูมิ 38.8°C แพทย์สั่งเจาะ DTX=95 mg/dl Lactate=1.2 mmol/L, WBC count=12,370 cells/cu.mm., Urine analysis over 100, Na⁺ 130 mEq/L แพทย์สั่งให้ 0.9% NaCl 1000 ml IV rate 80 mL/hr.

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วย Old CVA status Bed ridden เมื่อ 20 ปี ก่อนมีประวัติล้มแล้วพบหลอดเลือดในสมองแตกเข้ารับการ รักษา ต่อมาผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เดินได้โดยใช้ Walker Bar 4 เดือน ต่อมาผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เดินไม่ได้และนอนติดเตียง

อาการปัจจุบัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ E4V3M1 On NSS Lock ไว้ที่แขนด้านซ้าย no phlebitis มีแผลกดทับบริเวณขวา ขนาด 3*3*1cm, บริเวณก้นกบขนาด 7*13*3cm, สะโพกขวา 3*5*1cm, สะโพกซ้าย 5*6*2cm, retained foley's catheter urine สีเหลืองใสไม่มีตะกอน ความดันโลหิต 172/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส O2 saturation 96%

ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ระบบครอบครัว ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัว 5 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย ลูกสาว ลูกเขย หลานสาวหลานเขย โดยมีลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลักและเป็นหัวหน้าครอบครัว ก่อนเข้ารับการ รักษาผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง ลูกสาวทำงานนอกบ้านจะมาป้อนข้าวให้ตอนกลางวันและไปทำงานต่อและตอนเย็นจะกลับมาช่วยเช็ดตัวและป้อนข้าว

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

(Foundational capabilities and disposition)

ผู้ป่วยสามารถทำตามสั่งได้บางอย่าง เช่น กำมือ มีทักษะในการเรียนรู้โดยการมองตามแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ทั้งหมด การทำหน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัสทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่น และรับรสปกติ สามารถรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ นิสัยประจำตัวเป็นคนใจเย็นเฉย ไม่ค่อยพูดและยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริงว่าไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component)

ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองต่อโรคที่อยู่บ่อย ไม่สามารถควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองได้ขาดแรงจูงใจที่จะกระทำการในการดูแลตนเอง ไม่สามารถแสวงหาความรู้เพื่อที่จะดูแลตัวเองได้ ไม่สามารถใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำในการดูแลตนเองได้และไม่สามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

การรักษาที่ได้รับ

Ceftazidime 2gm. IV q 8 hr., Clindamycin 600 mg. IV q 8 hr, Fluimucil 1 ซอง PO tid pc, Guaifenesin 1 tab PO qid pc, Dextromethorphan 1 tab PO qid pc, Paracetamol (500 mg) 1 tab PO prn q 4-6 hr.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

มีแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวตนเองลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติบอกว่า “ช่วยตัวเองไม่ได้เลยพลิกตัวเองก็ไม่ได้”

O: ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้

มีแผลกดทับบริเวณขวา ขนาด 3*3*1 cm

แผลกดทับระดับ 2

มีแผลกดทับบริเวณก้นกบขนาด 7*13*3 cm

แผลกดทับระดับ 4

มีแผลกดทับบริเวณสะโพกขวา 3*5*1 cm

แผลกดทับระดับ 2

มีแผลกดทับบริเวณสะโพกซ้าย 5*6*2 cm

แผลกดทับระดับ 3

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้แผลกดทับหายเร็วขึ้นและป้องกันการติดเชื้อของแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน แผลกดทับแดงดีแต่ยังไม่เป็นหนอง ไม่มีเนื่อตาย ไม่มีกลิ่นเหม็น ขอบแผลเล็กลง ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับและบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่านอนและหากพบรอยแดงปรากฏอยู่แม้ว่าไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้ว ซึ่งปกติรอยแดงควรหายไปภายใน 30 นาทีที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยให้บ่อยขึ้น

2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

3. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย กำหนดเวลาการเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงอย่างน้อยอย่างสม่ำเสมอทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการกดทับและช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้น ลดการลุกลามของแผลกดทับและบันทึกลักษณะความผิดปกติของผิวหนัง (ระดับ 3.d)¹⁶

4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่าสองข้างและตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับการยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอย ไม่แนะนำให้ใช้ถุงมือใส่น้ำรองบริเวณส้นเท้าเพราะจะทำให้เพิ่มแรงกดทับขึ้น

ถึงร้อยละ 12.5 ส่วนการจัดทำนึ่งให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะตรง 90 องศาใช้หมอนหนุนด้านหลังไม่ให้ผู้ป่วยเอียงและไม่ควรนั่งเกิน 60 นาที (ระดับ 3.d)¹⁶

5. ดูแลและแนะนำญาติใช้ผ้าขาวเตียงรองตัวผู้ป่วยและยกตัวผู้ป่วยด้วยผ้าขาวเตียงเพื่อป้องกันผิวหนังของผู้ป่วยเสียดสีกับที่นอน และให้มีคนช่วยเปลี่ยนท่าหลีกเลี่ยงการลากดึง (ระดับ 3.d)¹⁶

6. ใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลมสามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ ทำให้ปริมาณแรงกดที่หลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ (ระดับ 3.d)¹⁷

7. ดูแลและแนะนำญาติให้อาหารให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอประกอบด้วย โปรตีนจากอกไก่บด ปลาหรือไข่ คาร์โบไฮเดรตและไขมัน ข้าว ถั่ว งา กล้วยน้ำว้า ฟักทองผักใบเขียวต่างๆ น้ำตาล น้ำมันถั่วเหลือง เกลิอีน เสริมวิตามินจากผลไม้ เช่น ส้ม องุ่น ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหาร 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน (ระดับ 2.d)¹⁸ แนะนำให้ญาติใช้แอปพลิเคชันช่วยคำนวณอาหารที่จำเป็นต่อวัน เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับซึ่งเป็นระบบการทำงานที่สามารถเข้าใช้งานได้ทั้งทางเว็บไซต์และทางโทรศัพท์ (Android/ iOS) ทำให้ญาติมีการจัดเตรียมอาหารที่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบถ้วน ส่งผลทำให้ระดับอัลบูมินสูงขึ้น ทำให้ภาวะโภชนาการดีขึ้น (ระดับ 1.d)³¹

8. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานน้ำอย่างน้อย 2,500 มิลลิลิตรต่อวัน กระตุ้นให้ทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง น้ำจะช่วยในการคงสภาพที่ดีของการไหลเวียนเลือดและส่งเสริมสภาพที่ดีของผิวหนัง (ระดับ 2.d)^{18,19}

9. ดูแลทำแผลให้ถูกวิธีเพื่อส่งเสริมการหายของแผลโดยใช้สาลิซึบ น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดแผลอย่างเบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออก

นอกข้างนอกแผลปิดด้วย vasaline gauze ในแผลระดับ 2 และทา Silver Sulfadiazine cream หรือใช้ก๊อชซูป 0.9% Normal saline solution ปิดแผลและปิดทับด้วย Vaseline gauze และเปลี่ยนก๊อชเมื่อแห้งหรือ 2-4 ชั่วโมงในแผลระดับ 3 (ระดับ 2.d)³²

10. ดูแลและแนะนำญาติให้สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของผู้ป่วย หากขับถ่ายให้ดูแลเช็ดทำความสะอาดผิวหนังและเปลี่ยนแผ่นรองซับทันทีหลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที (ระดับ 2.d)²⁴

11. ดูแลและแนะนำญาติทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำและเลือกใช้สบู่เหลวสำหรับทารกซึ่งมีค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ในช่วง 5.2-5.5 ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อยมีผลดีต่อการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนัง (ระดับ 2.d)²⁴

12. กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านพยาบาลควรให้ความรู้เน้นย้ำกับผู้ดูแลในด้านการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ แนะนำสื่อสังคมออนไลน์เพื่อได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันยุคทันสมัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดต่อกันทางแอปพลิเคชันไลน์มีส่วนร่วมของการดูแลผู้ป่วยในกรณีที่มีปัญหาหรือต้องการขอคำปรึกษา (ระดับ 2.b)²⁷

การประเมินผล แผลกดทับแดงดีแห้งไม่พอง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นเหม็น ขนาดแผลเท่าเดิมทุกตำแหน่ง อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้น

สรุป

แผลกดทับยังเป็นปัญหาที่สำคัญและมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้น ขณะที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งพยายามหาแนวทางป้องกันที่เหมาะสม เนื่องจากแต่ละแห่งมีบริบทต่างกันทั้งด้านทรัพยากรบุคคล ความรู้ อุปกรณ์ ดังนั้นการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาล (Evidence Based

Nursing) จึงมีความสำคัญในการป้องกันแผลกดทับ โดยบทบาทของพยาบาลประกอบด้วย ประเมินแผลกดทับ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลสภาพผิวหนังและการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ เริ่มตั้งแต่ด้านการศึกษา เช่น การเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลป้องกันแผลกดทับในนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานควรเลือกให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาลหรือสถานศึกษาเพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

บรรณานุกรม

1. Zhaoyu Li a, Frances Lin, Lukman Thalib and Wendy Chaboyer. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalized adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2020;103546: 1-13.
2. Ricci JA, Bayer LR and Orgill DP. Evidence-based medicine: the evaluation and treatment of pressure injuries. *Plast Reconstr Surg*. 2017; 139(1): 275e–286e.
3. Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., et al. A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(10): 2222-2234.
4. Whitty, J, A., McIlmms, E., Bucknall, T., Webster, J., Gillespie, B. M., Banks, M., et al. The cost-effectiveness of a patient-centred pressure ulcer prevention care bundle: Findings from the INTACT cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; 75: 35-42.
5. Etafal, W., Argaw, Z., Gemechu, E., & Melese, B. Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. *BMC Nursing*. 2018; 17(14): 1-8.
6. Dorien D. M. et al. Knowledge of nurses and nursing assistants about pressure ulcer prevention: A survey in 16 Belgian hospitals using the PUKAT 2.0 tool. 2019 ;28(2): 59-69.
7. Usher, K., Woods, C., Brown, J., Power, T., Lea, J., Hutchinson, M., et al. Australian nursing students' knowledge and attitudes towards pressure injury prevention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 81, 14-20.
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Na-tional Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and update the stages of pressure injury. Apr 13; 2016.
9. National Pressure Ulcer Advisory Panel, Euro-pean Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide, Retrieved September 10; 2018.
10. Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. Revised national pressure ulcer

- advisory panel pressure injury staging system. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2016; 43(6), 585–97.
11. Richardson A, Barrow I. Part 1: Pressure ulcer assessment-the development of Critical Care Pressure Ulcer Assessment Tool made Easy (CALCULATE). *Nurs Crit Care*. 2015; 20:308-14.
 12. Anthoy, D., Parboteeah, S., Saleh, M. & Papannikolaou, P. Norton, Waterlow and Braden Scores: a Review of the Literature and a Comparison Between the Scores and Clinical Judgement. *Journal Clinic Nursing*. 2008; 17(5): 646-653.
 13. Lenka Satekova, Katarína Ziakova and Renata Zeleníková. Predictive validity of The Braden scale, Norton scale and Waterlow scale in Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015; 6(3): 283–290.
 14. The Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito FineColour Printers. Retrieved May 1, 2016 from <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/summary/reviewersmanual.2014.pdf>
 15. จิณพิชญชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล The Nurses Role and Pressure Ulcers: Challenge in Prevention and Management. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 2555; 20(5): 478-490.
 16. รุจภา เจริญนโปทัยและสุวิมล แสนเวียงจันทร์. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ *Nursing practice guidelines for the prevention of pressure ulcers*. *วารสารพยาบาล*. 2561; 67(4): 53-61.
 17. พรทิพย์ สาริโส,ปิยะภร ไพธสนธิ์และอโณทัย เฉลิมศรี.ประสิทธิผลการป้องกันการเกิดแผลกดทับของทีนอนชนิดไม่มีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลม : การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2559; 31(3): 83-96.
 18. Tonni, S., & Wali, A. Dietary considerations of wound healing in Ayurveda. *J Nutr Food Sci*. 2013; 3(5): 1-4.
 19. นงนุช หอมเนียม. บทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 2557; 6(2). 235-249.
 20. มาลี งามประเสริฐ. โภชนาการกับการหายของแผลกดทับ.ใน *ยุคตี เกตสัมพันธ์. บรรณาธิการ. การดูแลแผลกดทับศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่1), ไทยเอฟเฟคท์สตูดิโอ 2552.กรุงเทพฯ. 211. น.81-90.*
 21. สิริรัตน์ฉัตรชัยสุดา, ปรางทิพย์อุจะรัตน์และณัฐสุรางค์บุญจันทร์, 2550, ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล,พิมพ์ครั้งที่ 3,เอ็นพีเพรส, กรุงเทพฯ, 360 น.
 22. กมลวรรณ เจนวิถีสุข. Basic Wound Healing and Wound Bed Preparation กระบวนการหายของแผลและหลักการรักษา. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*. 2556; 228: 10-17.

23. สายฝน ไทยประดิษฐ์, วิชา แซ่เจี๋ยและเพลินพิศ
ฐานิวัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมควบคุม
ความชื้นของผิวหนังต่อความสมบูรณ์
แข็งแรงของผิวหนัง และการเกิดแผลกดทับ
ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด
แผลกดทับ. วารสารสภาการพยาบาล.
2557; 29(1): 43-54.
24. จันทนา เกลี้ยงพร้อมและ สุรศักดิ์ พุฒนิขชัย.
การป้องกันผิวหนังถูกทำลายในผู้สูงอายุ
Prevention of Skin Breakdown in the
Older Person. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย
พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;
4(3): 249-258.
25. สดใส สิ่งคงสิน, ณะศรา สัมพันธ์รัตน์และศิริภา
ชื่นตระกูล. ผลของการใช้โคลด์ครีมทา
ผิวหนังต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
ระยะแรก ในผู้ป่วยที่ติดเตียงช่วยเหลือ
ตัวเองไม่ได้หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลชลประทาน. วารสารพยาบาล.
2019; 68(4): 49-55.
26. ศิริกัญญา อูสาหพิริยกุล, ศากุล ช่างไม้และวินัส
สินหกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย
สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาต่อ
ความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแล
เพื่อป้องกันแผลกดทับ. วารสารคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;
27(4): 21-31.
27. สุธาสนี เจียประเสริฐ, นวพร ดำแสงสวัสดิ์, จิชา
ภรณ์ ยกอินและบุญประจักษ์ จันทรวิน.
การป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองที่บ้าน: ประสพการณ์การพัฒนาญาติ
ผู้ดูแลในยุค 4.0. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563; 28(1): 105-115.
28. ประภาพร ดองโพธิ์. ประสิทธิภาพของการใช้แนว
ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผล
กดทับ. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
2558.
29. จิณพิชญชา มะมม. ผลของรูปแบบการพัฒนา
ทักษะการดูแลต่อการหายของแผลในผู้ป่วย
ที่มีแผลกดทับ. วารสารวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี. 2556; 21(7): 609-619.
30. ศจีมาศ จันทรงาม. การสร้างมาตรฐานการ
พยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการ
ดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน.
มหาวิทยาลัยบูรพา. 2550.
31. ประกายเพชร วินัยประเสริฐ และ จิณพิชญชา
มะมม. การพัฒนาแอปพลิเคชันช่วยคำนวณ
อาหารที่จำเป็นต่อวัน(NuTu-App) เพื่อ
ส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีแผล
กดทับ Development the Required
Daily Nutrition Applications (NuTu-
App) to Promote Nutrition Status
in Patients with Pressure Ulcers. 2018;
27(3): 485-498.
32. Baranoski, S & Ayello, E.A. Wound care
essentials: Practice principles.
4^{ed}. Philadelphia: Wolters Kluwer. th.
2016.

บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวทางการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

รพีพรรณ นาคบุบผา¹, ไพลิน ถึงถิ่น², สมจิตร นุชนารถ³

อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี¹⁻²,

หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลหัวหิน³

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ถือเป็นความผิดปกติที่สำคัญในระหว่างตั้งครรภ์ การควบคุมภาวะเบาหวานขึ้นอยู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจและการใช้ข้อมูล ที่นำไปสู่การส่งเสริมการมีสุขภาพดีของตนเองและทารก หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางลบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อทารก เช่น ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ภาวะทารกตัวโต ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด เพิ่มอัตราการคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคคลแรกที่ได้ประเมินภาวะสุขภาพ ดังนั้นจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตั้งแต่ครั้งแรกที่มาใช้บริการการฝากครรภ์ จึงควรใช้แนวทางการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้ ชัดเจนและเพียงพอ จนเกิดความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับอย่างถูกต้องและนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคเบาหวานได้ ในการนี้การมีแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจนต่อกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ นำไปสู่แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับพยาบาลในคลินิกฝากครรภ์ จะช่วยให้สามารถติดตามและให้การดูแลรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์และทารกในอนาคตได้

คำสำคัญ: การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์, บทบาทพยาบาล, แนวทางการสื่อสาร, หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

The Nursing Roles and the Implementation of Communication Approach for Health

Literacy Promotion in Women with Gestational Diabetes Mellitus

Rapeepan Narkbubpha¹, Pailin Thungthin², Somchit Nuchanart³

Lecturer of Maternal-Newborn Nursing and Midwifery Group

Phachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province¹⁻²

Head of Antenatal Care Clinic, Huahin hospital³

Abstract

Gestational diabetes mellitus (GDM) is considered a significant abnormality during pregnancy. GDM control relies on the health literacy of pregnant women. This involves problem-solving and social skills specifying motivation and accessibility, gaining understanding, and using information leading to the promotion of good health for mother and fetus. Pregnant women with low levels of health literacy can cause negative health outcomes, particularly for women with gestational diabetes due to complications that are dangerous for the fetus such as congenital disabilities, macrosomia, and neonatal hypoglycemia. For pregnant women, these complications include pre-eclampsia, pre-term birth, and rising cesarean section delivery rates. Nurses are the frontline medical personnel in assessing health conditions. Thus, the nurses play an important role in assessing GDM risks from the first antenatal visit. Hence, nurses should apply communication guidelines in health literacy programs for pregnant women to access credibility, clearly, and sufficiently information until they gain an accurate understanding of the information received and applied the information to self-care while they have GDM. Therefore, there should be a communication approach for health literacy promotion in women with gestational diabetes mellitus paving the way to good nursing practice that helps to monitor and providing healthcare programs as well as reducing complications and health-related costs of pregnant women and newborns in the future.

Keywords: Health literacy promotion in pregnant women, Nursing roles, Communication approach, Women with gestational diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานที่พบในหญิงตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคเบาหวานที่พบก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational diabetes) และโรคเบาหวานที่พบครั้งแรกหรือที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes, GDM)¹ เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่พบบ่อยที่สุดในระหว่างตั้งครรภ์และความชุกเพิ่มขึ้นทั่วโลก² พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 6-7³ นอกจากนี้หญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้น 7 เท่า และพบว่าร้อยละ 50 จะเป็นเบาหวานภายใน 22-28 ปี ภายหลังการตั้งครรภ์⁴

หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งด้านหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia), การคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง (caesarian section), การคลอดก่อนกำหนด (preterm delivery)⁵ รวมทั้งด้านทารกในครรภ์ ได้แก่ ความพิการแต่กำเนิด (congenital anomalies), ภาวะทารกตัวโต (macrosomia), ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด (neonatal hypoglycemia), ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (neonatal hyperbilirubinemia), ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome)⁶ ซึ่งจากการพบทวนวรรณกรรมพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด⁷ นอกจากนี้การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำยังส่งผลต่อการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น⁸ แต่หากได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและส่งผลดีต่อสุขภาพ⁹ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ผ่านพ้นช่วงวิกฤตของชีวิตโดยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลง¹⁰

ความหมายและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึงความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ การประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจในชีวิตประจำวันและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี¹¹⁻¹³ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับการพัฒนาได้เป็น 3 ระดับ^{11,14} ดังนี้ 1) ระดับพื้นฐานได้แก่ ทักษะด้านการฟัง พูด อ่านและเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและพุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลและการกระทำทางสังคม การเมืองและสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพไปพร้อมกัน นอกจากนี้กองสุศึกษากรรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹³ ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตัวเอง¹⁵ การกำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ช่วยทำให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ มุ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งลดค่าใช้จ่าย และสร้างให้เกิดความเท่าเทียมระหว่างผู้ที่มีความแตกต่างในการเข้าถึงเข้าใจและใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพ¹⁵

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ประการ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวและลำดับของการตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ระดับการศึกษาสูง รายได้ครอบครัวสูง จะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ เข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพที่จำเป็นเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและทารก¹⁶ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ครั้งหลังจะมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งฝากครรภ์และดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก¹⁷ 2) ปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ จะมีข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพตลอดจนมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์¹⁸ และ 3) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์¹⁹ รวมทั้งควรให้คำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มอย่างน้อย 2 ครั้ง และควรให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่สามีและสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์²⁰

จะเห็นได้ว่าการทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลแรกที่ได้ประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีความใกล้ชิดและเป็นศูนย์กลางในการประสานงานในทีมสุขภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาการดูแลให้ความรู้และคำแนะนำ²¹⁻²² โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต้องได้รับ

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ เลือกใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ จะสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือแหล่งข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจ ประเมินผล นำไปสู่การตัดสินใจและประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง นำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวทางการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

องค์การอนามัยโลก²³ ได้เสนอแนวทางการพัฒนาการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่สำคัญไว้ 5 ประการ ได้แก่ 1) Website จัดให้มีข้อมูลที่ทันสมัย สามารถค้นหาได้ง่าย จัดทำส่วนฝากคำถามที่ผู้ใช้บริการต้องการรู้ และจัดข้อมูลบริการในส่วนที่ผู้ใช้มักจะถามอยู่เสมอ 2) Phone จัดระบบบริการทางโทรศัพท์ในการเตรียมข้อมูล คำตอบกลาง รวมทั้งปรับปรุงคำพูดที่มักจะพูดเร็วเกินไป และจัดอบรมวิธีการใช้แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ใช้บริการ 3) Entry การออกแบบสื่อที่ดีมีการเลือกใช้สัญลักษณ์ที่เป็นสากล สามารถสื่อสารเข้าใจได้อย่างชัดเจนทุกกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งคำย่อ ภาพประกอบตัวอักษร สี สัน รูปแบบ ขนาดและแบบฟอร์มที่ง่ายต่อการบันทึก 4) Way-finding จัดทำคู่มือการใช้บริการฉบับย่อที่เข้าใจง่าย การแสดงแผนที่ที่ไม่ซับซ้อนเกินไป เลือกใช้คำหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลในป้ายบอกทางและทิศทางของลูกศรอย่างถูกต้อง รวมทั้งให้บริการด้วยมิตรไมตรีและ 5) Talk หลีกเลี่ยงการพูดที่ใช้ศัพท์ทางวิชาการและภาษาที่เข้าใจยาก โดยมีการจัดอบรมชี้แจงแนวทางและชี้ถึงความสำคัญเรื่องนี้ให้กับบุคลากรทุกระดับ

ในการนี้พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยมีบทบาทดังนี้²⁴

1. บทบาทการปฏิบัติการทางคลินิก (direct care) พยาบาลควรประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ เพื่อแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยการเป็นเบาหวานหรือเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด และความเสี่ยง โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง²⁵ หากพบมีความเสี่ยงปานกลาง ให้ตรวจคัดกรองการเป็นเบาหวานด้วยการดื่มน้ำตาล 50 กรัม (50-g glucose challenge test) และตรวจวินิจฉัยด้วยการดื่มน้ำตาล 100 กรัม (100-g oral glucose challenge test) ในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์²¹ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ให้ตรวจคัดกรองด้วยการดื่มน้ำตาล 50 กรัม และตรวจวินิจฉัยเบาหวานด้วยการดื่มน้ำตาล 100 กรัม หรืออาจตรวจวินิจฉัยเบาหวานขั้นตอนเดียวด้วยการดื่มน้ำตาล 100 กรัม ในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ เพื่อวินิจฉัยภาวะเบาหวานโดยเฉพาะในรายที่ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์อาจเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาก่อน แต่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย²⁶ กรณีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติแนะนำให้ตรวจซ้ำในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์²⁷

บทบาทการปฏิบัติการทางคลินิกของพยาบาลหลังการตรวจคัดกรอง ต้องบอกผลการตรวจคัดกรองถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ คือระดับน้ำตาลในเลือด 1 ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาล 50 กรัมเท่ากับ 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือสูงกว่าจะนัดให้มาตรวจวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วยการทดสอบโดยการดื่มน้ำตาล 100 กรัมในสัปดาห์ต่อไปหรือตามนัด²⁸ รวมทั้งบอกผลการตรวจวินิจฉัยจะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาล หรือหลังการดื่มน้ำตาล 100 กรัม ชั่วโมงที่ 1 2 และ 3 สูงกว่าปกติ 2 ใน 4 ค่าที่ตรวจ²⁹ นอกจากนี้พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น ในกรณีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่ม

เอวัน (GDM A1) ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารไม่สูงเกิน 95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารต่ำกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แนะนำให้รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการบำบัดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด³⁰ ในกรณีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มเอทู (GDM A2) ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารสูงกว่า 95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารสูงกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ต้องได้รับการฉีดอินซูลินตามแผนการรักษา ร่วมกับการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด³¹

ทั้งนี้พยาบาลควรจัดทำคู่มือการใช้บริการฉบับย่อที่เข้าใจง่าย อธิบายคำแนะนำก่อนการทดสอบทั้งการรับประทานอาหารที่มีอาหารจำพวกแป้งหรือคาร์โบไฮเดรต อย่างน้อย 150 กรัม เป็นเวลา 3 วัน ก่อนตรวจ งดออกกำลังกายที่หนัก ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์³² และขั้นตอนการทดสอบ OGTT (oral glucose challenge test) นอกจากนี้การแสดงผลที่ในจุดคัดกรองให้ชัดเจน เช่น จุดตรวจเลือด จุดดื่มน้ำตาล จุดรับการตรวจเลือด ที่ไม่ซับซ้อนเกินไป รวมทั้งเลือกใช้คำหรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลในป้ายบอกทางและทิศทางของลูกศรอย่างถูกต้อง และให้บริการด้วยมิตรไมตรี หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการปฏิบัติการทางคลินิกที่เหมาะสม จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับแนวทางในการดูแลตนเอง และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

2. บทบาทการสอนและชี้แนะ (teaching and coaching) พยาบาลมีบทบาทในการสอนและชี้แนะให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการตรวจวินิจฉัย พยาธิสรีรภาพ อาการแสดง การดูแลตนเองตลอดระยะตั้งครรภ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งการสอนและการชี้แนะจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้และตระหนักในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์มากขึ้น พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการ

พูดที่ใช้ศัพท์ทางวิชาการ ภาษาที่เข้าใจยากควรมีการจัดอบรมชี้แจงแนวทางและชี้ถึงความสำคัญของเรื่องนี้ให้กับบุคลากรทุกระดับที่อยู่ในหน่วยให้บริการฝากครรภ์ รวมทั้งควรสอนและชี้แนะเป็นพิเศษเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยการสร้างความตระหนักของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่มีต่อหญิงและทารกในครรภ์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หลักการใช้อินซูลินและการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

1) แจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของตนเองและทารก โดยให้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดประมาณ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เพื่อให้ร่างกายมารดาและทารกได้รับกลูโคสเพียงพอในกรณีที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 87 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทารกมีแนวโน้มที่จะมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (SGA) หรือมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม และในกรณีที่ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 114 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทารกมีแนวโน้มที่จะขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ (LGA)³³ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่นได้ เช่น การบาดเจ็บจากการคลอด ทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด ภาวะตัวเหลืองจากสารบิลิรูบินในเลือดสูง³⁴

2) อาหารที่ควรงด เช่น เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเนื่องจากทำให้มีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันและภาวะดื้อต่ออินซูลินในร่างกายมากขึ้นซึ่งมีผลโดยตรงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น³⁵

3) แนะนำให้รับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ เช่น ก่อนอาหารกลางวัน ก่อนอาหารเย็น หรือก่อนนอน เพื่อป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากในรายที่ฉีดอินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น ยากจะออกฤทธิ์สูงสุดประมาณ 4 ชั่วโมงหลังฉีด ซึ่ง

อาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ดังนั้นควรแนะนำให้รับประทานอาหารว่างหลังฉีดยา 4 ชั่วโมง³⁶

4) ให้คำแนะนำในการออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลางวันละ 20-30 นาที เพื่อช่วยลดน้ำตาลในเลือด เช่น ออกกำลังกายแบบโยคะสำหรับหญิงตั้งครรภ์³⁷ การเดินหรือการปั่นจักรยานแบบตั้งพื้น³⁸

5) ให้ความรู้และฝึกทักษะในการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ในรายที่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอินซูลินตามขั้นตอนและแนวปฏิบัติ³⁹

6) ให้คำแนะนำและสอนเทคนิคการเจาะเลือดจากหลอดเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดต่างๆ ตามคู่มือการใช้งาน ซึ่งแนะนำให้ตรวจวันละ 2-4 ครั้งตามความจำเป็นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการรักษาด้วยอินซูลิน³²

นอกจากนี้ควรออกแบบสื่อที่ดี ควรเลือกใช้สัญลักษณ์ที่เป็นสากล สามารถสื่อสารเข้าใจได้อย่างชัดเจนทุกกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งใช้ภาพประกอบตัวอักษร สี สัน รูปแบบ ขนาด ที่ง่ายต่อการอ่านและจดจำ

3. บทบาทในการให้คำปรึกษา (consultant) พยาบาลมีบทบาทในการให้ปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองในขณะที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม เป็นที่ปรึกษาแนะนำแนวทางให้สามารถป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ให้โอกาสหญิงตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เช่น ภาวะวิตกกังวลที่มีต่อโรคเบาหวานซึ่งจะทำให้เข้าใจปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์ได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้พยาบาลควรจัดให้มีข้อมูลที่ทันสมัย เช่น Website (เว็บไซต์) Application (แอปพลิเคชัน) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถค้นหาได้ง่าย พร้อมทั้งจัดทำมีช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ควรจัดทำบทความวิชาการที่แสดงคำถามและคำตอบที่มักพบบ่อยในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งจัดทำระบบบริการทางโทรศัพท์เพื่อให้บริการให้คำปรึกษา รวมทั้งใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายและไม่รวดเร็วเกินไป

4. บทบาทด้านการประสานความร่วมมือ (collaboration) พยาบาลต้องมีการประสานความร่วมมือหรือส่งต่อไปยังบุคลากรวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ เช่น ประสานกับโภชนาการเพื่อรับคำแนะนำในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการบำบัด²⁸ สูดิแพทย์ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติ โดยส่งตรวจประเมินทารกในครรภ์โดยใช้อัลตราซาวด์ หรือเครื่องตรวจอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ตามแผนการรักษาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งในช่วงอายุครรภ์ 28 ถึง 40 สัปดาห์⁴⁰ พยาบาลต้องค้นหาแหล่งสนับสนุน และมีการประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพและบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ หากพยาบาลมีการประสานความร่วมมือที่รวดเร็วและเหมาะสม สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลหรือการส่งต่อที่รวดเร็ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์และให้เกิดการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพต่อไป

บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวทางการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ แนวทางการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล⁴¹ มีดังนี้

พยาบาลควรพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ประเมินการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ การใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การกลั่นกรองข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ

โดยสำรวจช่องทางการใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวัน เช่น Facebook (เฟซบุ๊ก), Website (เว็บไซต์), Application Line (แอปพลิเคชันไลน์) เพื่อแนะนำวิธีการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการในตนเอง เช่น เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (การคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์, เป้าหมายและการรักษา) จากเว็บไซต์สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี⁴²

2. ความรู้ความเข้าใจ แนวทางการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล⁴¹ มีดังนี้

ด้านการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ พยาบาลควรประเมินความเข้าใจพื้นฐานและระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถเลือกใช้วิธีการและสื่อได้อย่างเหมาะสม การเลือกวิธีการถ่ายทอดข้อมูลและความรู้ที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อการจดจำและทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ได้มาก เช่น ใช้การอภิปรายกลุ่มหรือการฝึกปฏิบัติ จะช่วยให้สามารถจดจำได้มากกว่าการบรรยายหรือการอ่าน⁴³ นอกจากนี้พยาบาลควรอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ พูดให้ช้าลง เมื่อประเมินแล้วพบว่าหญิงตั้งครรภ์ต้องการเวลาในการรับรู้ หรือจดจำข้อมูลและความรู้ที่ได้รับมากกว่าปกติ และควรมีการสรุปและตรวจสอบความเข้าใจทุกครั้งหลังให้ความรู้ รวมทั้งการเลือกใช้สื่อที่เน้นสื่อที่มีภาพประกอบ ตามหลักเทคนิคการใช้ภาพ (fotonovela technique)⁴⁴ โดยมีลักษณะสื่อที่เน้นภาพประกอบเรื่องราว มีคำบรรยายเพียงเล็กน้อยแบบ ตัวอักษรที่อ่านง่าย ขนาดใหญ่ ตรวจสอบโครงเรื่องเบื้องต้นโดยผู้เชี่ยวชาญในการออกแบบและจัดทำสื่อ เพื่อพิจารณาเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ รวมทั้งมีการทดสอบใช้สื่อกับหญิงตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งเพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษา การเลือกภาพประกอบ

ระยะเวลาที่ควรใช้ วิธีการสอน เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงสื่อให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

3. ทักษะการสื่อสาร โดยเน้นการใช้คำถาม ซึ่งเป็นทักษะที่มีความสำคัญต่อการสร้างการเรียนรู้ที่ช่วยในการจดจำและสร้างให้เกิดความเข้าใจได้อย่างถูกต้อง⁴¹ แนวทางการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล ดังนี้

พยาบาลควรใช้คำถามในกลุ่มหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ ระหว่างบุคลากรทางแพทยกับผู้ป่วย เช่น Ask Me 3⁴⁴ ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพที่พบคืออะไร? 2) อะไรบ้างที่จำเป็นต้องทำ? และ 3) สิ่งที่ต้องทำนั้นสำคัญอย่างไร? เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัว ภายหลังจากได้รับบริการแล้ว เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจะช่วยให้ไม่หลงลืมง่ายและจะได้ตั้งใจจดจำแนวทางและข้อควรปฏิบัติที่จะต้องกระทำเมื่อกลับไปถึงบ้าน

ทั้งนี้พยาบาลควรพัฒนาเทคนิคในการตั้งคำถามเพื่อใช้กับกลุ่มผู้รับบริการ⁴¹ ดังนี้ 1) ถามให้มีเสียงดังชัดเจน ได้ยินอย่างถ้วนหน้า 2) ใช้น้ำเสียงเร้าใจเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายอยากตอบ 3) ถามคำถามให้ทั่วถึง ด้วยการถามกับกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดทำให้ทุกคนเข้าใจว่าถูกคาดหวังให้ตอบคำถาม ไม่ควรแสดงท่าทีว่าคนหนึ่งคนใดควรตอบคำถามนั้นและไม่ควรปล่อยให้คนหนึ่งคนใดผูกขาดในการตอบคำถาม 4) เว้นระยะเวลาให้คิด ก่อนให้ตอบ เพื่อสร้างโอกาสในการคิดคำตอบ และหาเหตุผลมาประกอบคำตอบ 5) ไม่ควรเร่งรัดคำตอบเร็วเกินไปเมื่อถามคำถามไปแล้วควรเปิดโอกาสให้ มีเวลาคิดค้นหาคำตอบสักช่วงเวลาหนึ่ง 6) ควรเปิดโอกาสให้ผู้ตอบหลายคน เพื่อให้ได้รับคำตอบที่หลากหลาย ทำให้ได้ประเด็นการเรียนรู้มากขึ้น 7) เปิดโอกาสให้มีการตอบคำถามด้วยความสมัครใจ ให้ทุกคนมีเสรีภาพในการคิดหาคำตอบ ควรให้ตอบคำถามทีละคน ไม่ควรให้ตอบ

พร้อมกัน 8) ไม่ควรถามคนเดิมบ่อยครั้ง เนื่องจากบุคคลอื่นจะเกิดความน้อยใจและคิดว่าตนเองไม่มีความสำคัญ จึงทำให้ขาดความสนใจต่อการเรียนรู้ได้ 9) เลือกสถานการณ์ให้เหมาะสมกับการใช้คำถามในแต่ละช่วงเวลา 10) วางแผนการใช้คำถามสอดแทรกไว้ในทุกกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมสุขศึกษา เช่น อภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทาน และการออกกำลังกายที่เหมาะสม การสาธิตหรือการฝึกปฏิบัติการเจาะเลือดจากหลอดเลือดปลายนิ้ว เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เป็นต้น

นอกจากนี้ต้องใช้ในการสื่อสารสองทางในกิจกรรมต่างๆ เพื่อสะท้อนความสนใจและประเมินการเรียนรู้ที่ได้รับ โดยการใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach back) เป็นเทคนิคที่ให้หญิงตั้งครรภ์พูดทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับด้วยคำพูดของตนเอง จนกระทั่งพยาบาลแน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์เข้าใจดี และเทคนิคการทำให้ดู (Show me) เป็นการให้หญิงตั้งครรภ์สาธิตย้อนกลับ ขั้นตอนการปฏิบัติทางสุขภาพที่พยาบาลทำให้ดู ซึ่งจะใช้เมื่อหญิงตั้งครรภ์ต้องกลับไปปฏิบัติรวมทั้งเทคนิคการถาม-บอก-ถาม (Ask-tell-ask) โดยการให้พยาบาลสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่หญิงตั้งครรภ์กำลังเผชิญอยู่ จากนั้นพยาบาลอธิบายให้ฟังด้วยคำพูดง่ายๆ และสอบถามความเข้าใจ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความถูกต้อง⁴⁵ โดยพยาบาลควรใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์พูดซ้ำ เช่น “คุณแม่บอกได้ไหมว่ามีอาการผิดปกติอย่างไรบ้างจึงต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด” หากพบว่าไม่เข้าใจ ต้องอธิบายซ้ำทันที⁴⁶

4. การรู้เท่าทันสื่อ แนวทางการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล ดังนี้

พยาบาลควรเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อให้กับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้สามารถเข้าใจประเมินและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของสื่อประเภทต่างๆ⁴⁷ โดยพยาบาลพัฒนากระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ เช่น

1) การสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษา โรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเฝ้าระวัง และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้อง⁴⁸ และเป็นอันตรายกับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) มีช่องทางการชี้แจงและให้ความรู้ที่ถูกต้องกับสาธารณสุขอย่างทันท่วงที เช่น Facebook (เฟซบุ๊ก) หรือ Website (เว็บไซต์) ของแผนกฝากครรภ์ เพื่อระงับยับยั้งความรู้ที่ไม่ถูกต้อง 3) จัดทำระบบแจ้งเตือน สถานการณ์และแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับความเป็นจริง เป็นต้น

นอกจากนี้พยาบาลควรเน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นว่าปัจจุบันมีข้อมูลสุขภาพจำนวนมากที่เผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ หากไม่รู้เท่าทันสื่อนำไปใช้โดยขาดการทำความเข้าใจ วิเคราะห์และประเมินก่อนตัดสินใจใช้ ก็จะทำให้มีโอกาสเกิดผลเสียต่อสุขภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เจตนาของการเผยแพร่ข้อมูล ความชัดเจน ความสอดคล้องกับหลักการเหตุผลทางวิชาการและควรตรวจสอบข้อมูลในลักษณะเดียวกันจากแหล่งอื่นๆ เช่น เว็บไซต์ของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข สอบถามแพทย์เภสัชกร พยาบาล เป็นต้น หากข้อมูลจากแหล่งอื่นมีความขัดแย้งกับข้อมูลดังกล่าว เป็นสิ่งที่บอกว่าข้อมูลนั้นไม่น่าเชื่อถือ ไม่ควรนำมาใช้กับตนเอง⁴⁸

5. ทักษะการตัดสินใจแนวทางการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล⁴¹ มีดังนี้

การพัฒนาทักษะการตัดสินใจนั้นมีเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์สามารถใช้เหตุผลหรือสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของของเนื้อหาหรือแนวปฏิบัติได้อย่างมีเหตุผลรวมทั้งกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พยาบาลควรประยุกต์ใช้ขั้นตอนของ Stoner (1989)⁴⁹ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง

(2562)⁴¹ ในการพัฒนากระบวนการตัดสินใจทั้ง 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ โดยหญิงตั้งครรภ์จะต้องตระหนักว่ามีเรื่องสำคัญให้ต้องทำการตัดสินใจ และระบุให้ชัดเจนมากที่สุดว่ากำลังจะตัดสินใจเรื่องอะไร เช่น การหลีกเลี่ยงบริโภคอาหารหวาน อาหารมัน วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ขั้นตอนที่ 2 หาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา ข้อมูลที่จำเป็นจะต้องใช้ถือว่าเป็นตัวช่วยสำคัญสำหรับการตัดสินใจ เช่น คู่มือและหรือเว็บไซต์ การดูแลตนเองสำหรับหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดทางเลือก พยาบาลควรให้โอกาสหญิงตั้งครรภ์ในการตัดสินใจกำหนดทางเลือกไว้หลายๆ ทางเลือกให้รอบด้านมากที่สุด โดยพิจารณาในประเด็นความเป็นไปได้ ค่าใช้จ่าย ข้อจำกัด การใช้ทรัพยากร ความเสี่ยง และความไม่แน่นอนของผลที่จะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินทางเลือก พยาบาลควรกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ พิจารณาในแต่ละทางเลือกว่ามีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง และจะส่งผลต่อชีวิตตนเองอย่างไร เช่น การแกว่งแขน การออกกำลังกายแบบโยคะ การปั่นจักรยานแบบตั้งพื้น

ขั้นตอนที่ 5 ให้น้ำหนักและเรียงลำดับทางเลือก พยาบาลควรให้ข้อมูลและเป็นที่ปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ในการกำหนดน้ำหนักในแต่ละทางเลือก พิจารณาจากทางเลือกที่มีน้ำหนักมากที่สุด ซึ่งหมายถึงทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ เสียค่าใช้จ่ายน้อยมีความเสี่ยงต่ำ และคาดเดาผลที่จะเกิดขึ้นได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์ให้น้ำหนักวิธีการออกกำลังกายแบบโยคะมากกว่าวิธีการปั่นจักรยานแบบตั้งพื้น เนื่องจากความต่างของราคาของอุปกรณ์ที่ใช้หรือให้น้ำหนักวิธีการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน มากกว่าการปั่นจักรยานแบบตั้งพื้น ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการ

ตั้งครรภ์ เนื่องจากป้องกันความเสี่ยงในการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

ขั้นตอนที่ 6 แสดงจุดยืนในการตัดสินใจพยาบาลควรกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ทบทวนการตัดสินใจอีกครั้งโดยตอบคำถามเพื่อให้เหตุผลประกอบการตัดสินใจว่ามีความเหมาะสม ถูกต้อง และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์หรือไม่

ขั้นตอนที่ 7 ยืนยันการตัดสินใจ หญิงตั้งครรภ์ต้องสามารถแสดงความชัดเจนว่าจะกระทำในทางเลือกใดและมีความมั่นใจในการกระทำตามทางเลือกนี้น้อยน้อยเพียงใดแก่พยาบาล

นอกจากนี้ยังมีกลวิธีและเทคนิคการฝึกทักษะการตัดสินใจ ที่พยาบาลควรใช้เป็นเครื่องมือทางการบริหารในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงตรรกะ เช่น 1) แผนผังแขนงกิ่งไม้ (tree diagram) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดทางเลือก เน้นการวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก เพื่อให้สามารถกำหนดทางเลือก นำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องได้ดียิ่งขึ้น 2) แผนผังก้างปลา (fishbone diagram) ใช้ในการฝึกทักษะการคิด ให้เกิดความชำนาญในการใช้ความคิดเชิงเหตุและผล ถึงความเชื่อมโยงเกี่ยวพันกัน และวิเคราะห์หาทางเลือกหรือทางออกได้อย่างหลากหลายจากแง่คิดต่างๆ ทำให้มีทางเลือกมากกว่าทางเดียวจากนั้นจึงวิเคราะห์ทางเลือกแต่ละอันตามลำดับ โดยวิเคราะห์ให้เห็นข้อดี และข้อเสียของแต่ละทางเลือกอย่างรอบด้านมากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้คลี่คลายปัญหาหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้⁵⁰

6. การจัดการตัวเองแนวทางการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล⁴¹ มีดังนี้

ทักษะการจัดการตนเอง เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนกำกับตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและจัดการสุขภาพตนเองได้⁴⁸ การจัดการตนเองเป็นการกระทำของบุคคลเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพ เฝ้า

ระวังติดตามอาการและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยบุคคลนั้นเป็นผู้วางแผนการดูแลสุขภาพและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์คอยให้ความช่วยเหลือภายใต้ความร่วมมือและความสมัครใจของผู้รับบริการ ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับหญิงตั้งครรภ์จึงควรให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้

กลวิธีในการฝึกทักษะการจัดการตนเอง⁴⁸ ดังนี้

1) พยาบาลจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ให้กับหญิงที่มีภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์จัดทำสมุดบันทึกประจำตัวและจัดทำกลุ่มไลน์เพื่อการสื่อสารระหว่างกัน

2) สอบถามถึงเป้าหมายและแผนการปฏิบัติตัวที่ตั้งไว้ แล้วเปิดโอกาสให้มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายพร้อมอธิบายเหตุผลในทุกครั้งของการเข้ากิจกรรมกลุ่ม ในทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้หญิงตั้งครรภ์ในเขียนสิ่งที่ตนเองต้องปฏิบัติตัวเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายเพิ่มเติมจากครั้งที่ผ่านมา

3) ร่วมกันสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับและสิ่งที่ต้องนำไปปฏิบัติ รวมทั้งนำเป้าหมายของแต่ละคนลงไลน์กลุ่มเพื่อประกาศเป้าหมายของตนเองให้ทุกคนทราบ

4) พยาบาลทำการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ต้นแบบ โดยใช้เกณฑ์ ผลการตรวจร่างกายที่ดีขึ้น เช่น ค่าระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ มาบอกเล่าความรู้สึกเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ความยากลำบากในการปฏิบัติ และสิ่งที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผลที่เกิดกับตนเองเป็นต้น

5) สรุปการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การฟังประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยย้ำให้เห็นความเชื่อมโยงของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

กับผลการตรวจสุขภาพที่ดีขึ้น การมีความตั้งใจและทำตามเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนวางแผนการดูแลตนเองในอีก 1 เดือน พร้อมทั้งลงรายละเอียดการตรวจร่างกาย เป้าหมาย แผนการปฏิบัติลงในสมุดบันทึกประจำตัว

6) พยาบาลติดตามผลการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผ่านกลุ่มไลน์โดยใช้ทุกคนแชร์กิจกรรมประสบการณ์ หรือการปฏิบัติอื่นๆ ที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้และหากมีข้อสงสัยหรือต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมสามารถสอบถามผ่านช่องทางไลน์ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ตอบคำถามโดยตรง

บทวิจารณ์

หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ จะสามารถส่งผลกระทบไปยังหญิงตั้งครรภ์และสุขภาพของทารกในครรภ์ได้ ทั้งนี้พยาบาลเป็นบุคคลแรกที่สามารถเข้าถึงการประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ คือ 1) บทบาทการปฏิบัติทางคลินิก โดยการประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงครั้งแรกที่รับบริการฝากครรภ์ 2) บทบาทการสอนและชี้แนะ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การตรวจวินิจฉัย พยาธิสรีรภาพ อาการแสดง การดูแลตนเอง ตลอดระยะตั้งครรภ์การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการตระหนักถึงการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม 3) บทบาทในการให้คำปรึกษาร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้มารดาได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และ 4) บทบาทด้านการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อที่รวดเร็ว นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้แนวทางการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างความ

รอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยผ่านการพัฒนาตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อและ 6) การจัดการตัวเอง เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ มีความสามารถในการควบคุมและดูแลสุขภาพตนเองได้ โดนเน้นการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ

บรรณานุกรม

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร: สมาคม โรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmthai.org/attachments/article/443/25610702_guideline-diabetes-care-2017.pdf
2. Ozgu-Erdinc AS, Sert UY, Buyuk GN, Engin- Ustun Y. Prevalence of gestational diabetes mellitus and results of the screening tests at a tertiary referral center: A cross-sectional study. Diabetes Metab Syndr 2019; 13: 74–77.
3. American college of obstetricians and gynecologists. Practice Bulletin No.190: Gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol 2018;131: e49-64. Doi: 10.1097/AOG.0000000000002501.

4. Kang S, Kim MH, Kim MY, Hong JS, Kwak SH, Choi SH, et al. Progression to gestational diabetes mellitus in pregnant women with one abnormal value in repeated oral glucose tolerance tests. *Diabetes Metab J* 2019; 43:607–614.
5. Jain R, Davey S, Davey A, Raghav SK, Singh JV. Can the management of blood sugar levels in gestational diabetes mellitus cases be an indicator of maternal and fetal outcomes? The results of a prospective cohort study from India?. *J Family Med Prim Care* 2016; 23:94.
6. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it?. *J Health Commun* 2010; 15: 9–19.
7. Pirdehghan A, Eslahchi M, Esna-Ashari F, Borzouei S. Health literacy and diabetes control in pregnant women. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2020; 9(2): 1048-1052.
8. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008;10(3):248-55.
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155:97–107.
10. Gharachourlo M, Mahmoodi Z, Kamrani MA, Tehranizadeh M, Kabir K. The effect of a health literacy approach to counselling on the lifestyle of women with gestational diabetes: A clinical trial. *F1000Res* 2018; 7:282.
11. Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy [Internet]. 2000 [cited 2020 October 10]. Available from: <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/news/Health-literacy-WHO-Geneva-Nov-2015.pdf>
12. Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A, Mehrabi Y. Health literacy measure for adolescents (HELMA): Development and psychometric properties. *PLoS One* 2016 Feb 16; 11(2): e0149202. doi: 10.1371/journal.pone.0149202
13. Health Education Division, Department of health service support, Ministry of Public Health. Health literacy scale for unwanted pregnancy prevention of Thai female adolescents [Internet]. 2014 [cited 2020 October 19]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkhed/file/24> (in Thai)
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12),2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
15. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2561.

16. Naigaga MD, Guttersrud O, Pettersen KS. Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in a developing country - the impact of selected demographic characteristics. JCN 2015;24(17-18):2402-9.
17. Poorman E, Gazmararian J, Elon L, Parker R. Is health literacy related to health behaviors and cell phone usage patterns among the text4baby target population?. Arch Public Health 2014;72(1):13.
18. Tachasuksri T, Siriarunrat S, Suppasri P, Suppaseemanont W, Boonnate N, Kwannate C. Causal model for quality of life among pregnant women. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2560; 4(1):28-46. (in Thai)
19. Venturelli N, Kalia I, Reed T, Pagaduan M, Riggs E, Merwin J, et al. Could group prenatal care work by improving maternal health literacy. J Community Health 2016; 41:1027–1032.
20. Waraphok S, Ratinthorn A, Limruangrong P. Factors influencing maternal health literacy in pregnant women. Thai Journal of Nursing Council 2020; 35(1) 86-98. (in Thai)
21. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
22. Pillitteri A. Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & Childrearing family. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
23. Kickbusch I, Peliken MJ, Apfel F, Tsouros A. Health Literacy. The solid facts. World Health Organization, Regional Office for Europe. The European Health Literacy Project 2009-2012, 21-35.
24. Thailand Nursing and Midwifery Council. Notification of the Thailand Nursing and Midwifery Council on nursing standards B.E. 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 August 19]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF> (in Thai)
25. American Diabetes Association. Diabetes Care 2017; 40(Supplement 1): S11-S24. doi: 10.2337/dc17-S005.
26. Balaji L, Balaji M. Gestational diabetes mellitus: Rationale for screening glucose tolerance in early weeks of pregnancy. In Seshiah V, Ed. Contemporary topics in gestational diabetes. Philadelphia: Jaypee Brothes Medical Publishers; 2015. pp 42-48.
27. Seshiah V, Divaker H. Current status in diagnosis gestational diabetes mellitus. In Seshiah V, Ed. Contemporary topics in gestational diabetes. Philadelphia:

- Jaypee Brothes Medical Publishers; 2015. pp 32-41.
28. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015 [Internet]. 2015 [cited 2020 October 10]. Available from: https://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2014/12/23/38.Supplement_1.DC1/January_Supplement_Combined_Final.6-99.pdf
29. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline on Pregnancy and Diabetes [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2009 [cited 2020 October 10]. Available from: https://www.medpagetoday.com/upload/2009/10/23/Pregnancy_EN_RTP.pdf
30. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2): 50-59.
31. กนกพร นทีธนสมบัติ. การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2555; 20: 14-21.
32. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. ใน เยาวเรศ สมทรัพย์, บรรณาธิการ. การผดุงครรภ์ เล่ม 1. สงขลา: หาดใหญ่; เบสท์ เซลล์ แอนด์เซอร์วิส; 2558.หน้า 471-502.
33. Hirsch L, Yogev Y. Management of diabetes and pregnancy- when to start and what pharmacological agent to choose?. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2015; 29(2): 225-236.
34. Neff KJ, Walsh C, Kinsley B, Daly S. Serial fetal abdominal circumference measurements in predicting normal birth weight in gestational diabetes mellitus. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2013; 170(1): 106-110.
35. Vähämäki S, Isolauri E, Pesonen U, Koskinen P, Ekblad U, Laitinen K. Dietary sucrose intake is related to serum leptin concentration in overweight pregnant women. European Journal of Nutrition 2009; 49(2): 83-90.
36. Gilbert E. Manual of high-risk pregnancy and delivery. 5th ed. St.Louis: Mosby; 2010.
37. Sununta Y, Phumdoung S, Ingkathawornwong T. The effects of tai chi qigong exercise on plasma glucose levels and health status of postpartum Thai women with type 2 diabetes. Focus on Alternative and Complementary Therapies 2013; 18(4): 182-187.
38. Halse ER, Wallman EK, Newnham PJ, Guelfi JK. Home-Based Exercise Training Improves Capillary Glucose Profile in Women with Gestational Diabetes. Med Sci Sports Exerc 2014; 46(9): 1702-1709.

39. Abayomi J, Wood L, Spelman S, Morrison Gi, Purewal T. The multidisciplinary management of type 2 and gestational diabetes in pregnancy. *British Journal of Midwifery* 2013; 21(4): 236-242.
40. Evans R, Evans MK, Brown YMR. Canadian Maternity, newborn and women health nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
41. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้น: พื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน); 2562.
42. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/understand-diabetes/diabetes-pregnant/558-part-3>
43. Lalley JP, Miller RH. The learning pyramid: Does it point teachers in the right direction?. *Education* 2007; 128(1): 64-79.
44. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
45. Dinh TTH, Clark ABR, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep* 2016; 14(1): 210-47.
46. Jager A, Wynia M. Who gets a teach-back? Patient-reported incidence of experiencing a teach-back. *J Health Commun* 2012; 17(3): 294-302.
47. อุษา บิ๊กกินส์. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ. วารสารสุทธิปริทัศน์ 2555; 26(80): 147-161.
48. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุกศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่ 2563. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/422>
49. Stoner. Management. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.; 1989.
50. Tague NR. The quality toolbox. 2nd ed. USA: American Society for Quality; 2005.

การใช้ดนตรีลดความวิตกกังวลในระยะคลอดอรนิต นิคม¹, ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²**บทคัดย่อ**

ระยะคลอดถือเป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากการหดตัวของมดลูก เพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรกและน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูก ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นสร้างความกลัวและความวิตกกังวลให้กับผู้คลอดมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ระดับความวิตกกังวลที่สูงในระยะคลอดส่งผลให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินหรืออะดรีนาลีนเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้น รวมทั้งมีอัตราการเต้นของหัวใจผู้คลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หัวใจทารกในครรภ์เต้นเร็วขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในระยะคลอด ได้แก่ สภาพร่างกายที่มีความเหนื่อยล้าและความปวดในระยะคลอด การคลอดทารกก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น การลดความวิตกกังวลในระยะคลอดมีหลายวิธี โดยบทบาทอิสระของพยาบาลควรเน้นการปรับอารมณ์ทางบวกและปรับการรับรู้ผ่านการให้ความรู้ผู้คลอดให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องจะลดความวิตกกังวลในระยะคลอดได้

การฟังดนตรี เพื่อลดความวิตกกังวล โดยใช้ดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้อง มีจังหวะช้าสม่ำเสมอความเร็วอยู่ในช่วง 60-80 ครั้งต่อนาที ระดับเสียงความดังประมาณ 60-90 เดซิเบล และใช้เวลาในฟังดนตรีต่อเนื่องอย่างน้อย 15-20 นาที เป็นวิธีการปรับอารมณ์ด้านบวก ลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลในระยะคลอดได้

คำสำคัญ: ดนตรี ความวิตกกังวล การคลอด

Using Music to Reduce Anxiety in Labor

Orranid Nikom¹, Piyanuch Promsaka Na Sakolnakorn²

Register Nurse, Professional Level. Nurse Educator, Boromarajonani College of Nursing,
Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute¹

Register Nurse, Senior Professional Level. Nurse Educator, Boromarajonani College of Nursing,
Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute²

Abstract

The delivery period is the time when the mother is subjected to pain and suffer from uterine contractions to expel the placenta and amniotic fluid from the uterus. The pain it causes creates more fear and anxiety in progress of labor. Anxiety during labor have resulted in increased epinephrine or adrenaline. Causing vasoconstriction, increased blood pressure, increased heart rate and the fetal heart sound faster as well. In addition, factors associated with anxiety in labor include physical condition with fatigue and pain during labor, preterm labor, low birth weight newborn and caesarean section etc. There are several ways to reduce anxiety during labor. The independent role of nurses focuses on improving positive emotions and improving awareness by educating the maternal to have the correct perception will reduce anxiety during labor. Using music is another way of emotional-focused coping. It will reduce the stimulation of the autonomic nervous system causing a feeling of relaxation and can reduce anxiety.

Listening to the music to reduce anxiety that using instrumental music without lyrics, the tempo is 60-80 beats per minute, the volume level is 60-90 decibels, and the time spent listening to music continuously for at least 15-20 minutes is a way to adjust the positive mood. Reduces the stimulation of the autonomic nervous system causing a feeling of relaxation and reduce anxiety during labor.

Keywords: music, anxiety, labor

บทนำ

การคลอตเป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ เกิดจากการหดตัวของมดลูกเพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรกและน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์จะมีกลัวและความวิตกกังวลสูงขึ้น¹ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์จะตระหนักมากขึ้นถึงการเป็นมารดา ความรู้สึกไม่สบาย มีความเหนื่อยล้า อึดอัด กลัวการเจ็บครรภ์และการคลอด² นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและสร้างความกลัวและความวิตกกังวลให้กับหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น³ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์รับรู้และคาดการณ์สถานการณ์การคลอดว่าความปวดต่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ จะเกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังทาลามัส (thalamus) โดยผ่านระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่อยู่ตามแนวโค้งระหว่างทาลามัสกับซีรีบรัม คอร์เท็กซ์ (cerebrum cortex) ที่ทำงานร่วมกันในการรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม เกิดการประมวลข้อมูลอารมณ์ด้านลบว่าอาจไม่ปลอดภัยต่อชีวิต ประกอบกับไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของระบบลิมบิกมีหน้าที่สำคัญในการสร้างสมดุลให้กับระบบการทำงานของร่างกาย รักษาสมดุลของอุณหภูมิ การหายใจการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต รวมทั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยจะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ให้หลังแคะทีโคลามีน (catecholamines) ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น⁴ นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางผ่านทาง เรติคิวเลฟอร์เมชัน (reticular formation) ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทบริเวณก้านสมองทำหน้าที่ควบคุมสภาวะตื่นตัวของร่างกายหากหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลในระดับสูงจะมีผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์โดยด้านร่างกายจะมีการ

หลั่งเอพิเนฟริน (epinephrine) หรืออะดรีนาลีน (adrenaline) เพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัวความดันโลหิตจะสูงขึ้นมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจหญิงตั้งครรภ์⁵ ในระยะคลอดความวิตกกังวลจะมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและความปวดในระยะคลอดจากการศึกษาของมาหาธา แวนปรับฮาคาเรน, คูมาร์, รามาสุบรามานิยม และอคินโทลา (Madhavanprabhakaran, Kumar, Ramasubramaniam & Akintola, 2013)⁶ ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเกิดการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกคลอดต่ำและการผ่าตัดคลอดโดยไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า เป็นต้น

ความวิตกกังวล (Anxiety)

มีนักจิตวิทยาและนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

สไปล์เบอร์เกอร์ (Spieberger, 1966)⁴ ให้ความหมายความวิตกกังวลว่าเป็นภาวะอารมณ์ ของบุคคลที่รู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากการรับรู้และคาดการณ์สถานการณ์นั้นๆ ว่าคุกคามความปลอดภัยของตนเอง

จำลอง ดิษยวณิช (2522 อ้างถึงใน ตฤไลา จำปาวัลย์, 2561)⁷ ให้ความหมายความวิตกกังวลคือความไม่สบายใจความกระวนกระวายที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับความคาดหวังหรือความคาดหวังถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

เจริญ สมวงศ์ศิริ (2533 อ้างถึงใน ตฤไลา จำปาวัลย์, 2561)⁷ ให้ความหมายความวิตกกังวลเป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่เกิดขึ้นในยามคับขัน เป็นความรู้สึกไม่สบายใจที่บอกสาเหตุไม่ได้

จากความหมายข้างต้นพอสรุปได้ว่าความวิตกกังวลคือภาวะที่รู้สึกไม่สุขสบายไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้ของสิ่งที่มาคุกคามต่อความจำเป็นในการดำรงชีวิตไม่รู้สาเหตุที่แน่ชัด ซึ่งแตกต่างไปตาม

การรับรู้และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลงหรือมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

การเกิดความวิตกกังวล มีองค์ประกอบ 3 ประเด็น คือ 1) กรรมพันธุ์ 2) ประสบการณ์ในอดีตและ 3) เหตุการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลแฝงเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรมและประสบการณ์ในอดีต ในขณะที่ความวิตกกังวลขณะเผชิญเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน โดยทั้ง 3 องค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) เมื่อมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตเกิดขึ้น เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าเหล่านี้จะเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง เกิดการประเมินและรับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามทำให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้นซึ่งมีอย่างน้อยเพียงใดมีความสัมพันธ์กับวิตกกังวลแฝงที่มีอยู่ของบุคคล (Spieberger, 1966;1976)^{4,8} ดังนี้

เมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าเกิดขึ้นจะเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางเกิดความวิตกกังวลที่แสดงออกชัดเจนโดยผ่านศูนย์ควบคุมอารมณ์ (limbic system) ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่อยู่ตามแนวโค้งระหว่างทาลามัสกับซีรีบรัม คอร์เท็กซ์ (cerebrum context) ที่ทำงานร่วมกันในการรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมเกิดการประมวลข้อมูลอารมณ์ด้านลบว่าอาจไม่ปลอดภัยต่อชีวิต เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางผ่านทางเรติคิวลาฟอร์เมชัน (reticular formation) ทำให้ร่างกายเกิดภาวะตื่นตัวร่วมกับสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ไปยังอะดรีนัลเมดูลา (adrenal medulla) ของต่อมหมวกไตให้หลั่งแคทีโคลามีน (catecholamines) ซึ่งประกอบด้วยเอพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) เข้าสู่กระแสโลหิตไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น

ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจจะลึกและเร็วขึ้นเส้นเลือดส่วนปลายหดตัวทำให้มือและเท้าเย็นซีด ปากแห้งเหงื่อออกตามฝ่ามือ เป็นต้น

ขณะเดียวกันจะเกิดความเปลี่ยนแปลงของต่อมใต้สมองส่วนหน้าโดยจะหลั่งอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอโมน (Adrenocorticotrophic hormone) ไปกระตุ้นอะดรีนอล คอร์เท็กซ์ (adrenal cortex) ให้หลั่งคอร์ติซอล ฮอโมน (Cortisol hormone) 3 ชนิด ได้แก่ 1) ฮอโมนมินเนอราโลคอร์ติคอยด์ (Mineralocorticoid hormone) เพื่อควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โพแทสเซียมและแคลเซียม 2) ฮอโมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid hormone) มีผลในการเผาผลาญอาหารประเภทโปรตีน ไขมันและน้ำตาลมากขึ้นและ 3) ฮอโมนแอนโดรเจน (Androgen hormone) ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ส่วนต่อมใต้สมองส่วนหลังจะหลั่งฮอโมนที่ยับยั้งการขับปัสสาวะ (Antidiuretic hormone) ลดลงทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้นตามระดับความวิตกกังวลที่มากขึ้นจนถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

จากกลไกการเกิดความวิตกกังวลนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกถึงความวิตกกังวล 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย มีอาการมือเท้าสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ ตันคอ เอวและหลัง ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอกมือเท้าซีดและเย็น รู้สึกร้อนบริเวณใบหน้ามีอาการหายใจไม่เต็มอิ่มหายใจขัด มีความรู้สึกเหมือนจะเป็นลม เวียนศีรษะ ถอนหายใจบ่อย ปากและคอแห้ง อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน แน่นท้อง ปวดท้อง บางรายรับประทานอาหารมากขึ้น ถ่ายปัสสาวะบ่อยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ ความสามารถทางเพศลดลง มีอาการหน้าแดงหรือหน้าซีด เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะฝ่ามือฝ่าเท้า ผิวน้ำเย็นขึ้น ขนลุก เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ จะแสดงออกมาเป็นอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวล ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธ อาจมีอาการเศร้า เพราะรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือตนเองได้

3. ด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงพฤติกรรมออกได้ทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย นั่งเฉย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ก้าวร้าวเอะอะ พุดหรือถามซ้ำในเรื่องเดิม หลับตาหรือกลอกตาไปมา ไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

จากการแสดงออกจากความวิตกกังวลทั้ง 3 ด้าน เมื่อมีความวิตกกังวล บุคคลจะพยายามบรรเทาความวิตกกังวลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ใช้กลไกการปรับตัว เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หากสามารถทำได้จะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลครั้งต่อไป

ความวิตกกังวลในระยะคลอ

ในระหว่างการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายทางกาย ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปวดหลัง เป็นตะคริว เป็นต้นและการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์หลายอย่าง ได้แก่ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ เกิดความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ระยะคลอ หญิงตั้งครรภ์จะมีกลัวและวิตกกังวลสูงขึ้น¹ จากการศึกษาของเซาและซู (Zhao and Zhu, 1999) พบความชุกของความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์มากกว่าสตรีทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 27 และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในรายที่มีความวิตกกังวลสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹ และจากการศึกษาของ

มาทฮาแวนปราบฮาคาแรน, คูมาร์, รามาสุบรามานิยม และอะคินโทลา (Madhavanprabhakaran, Kumar, Ramasubramaniam & Akintola, 2013) พบค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลในไตรมาส 3 ของการตั้งครรภ์จนใกล้เข้าสู่ระยะคลอมากที่สุด รองลงมา คือ ไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอและไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ตามลำดับ⁶ การตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อการเป็นมารดา ประกอบกับความรู้สึกไม่สุขสบายที่เพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ จะทำให้มีความเหนื่อยล้า อึดอัด นอนไม่ค่อยหลับ กลัวการเจ็บครรภ์และการคลอดได้²

ความวิตกกังวลในระดับสูงมีผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์เมื่อมีการรับรู้ถึงอันตรายและภาวะคุกคามที่กำลังเผชิญ ร่างกายจะมีการตอบสนอง คือ มีการหลั่งเอพิเนฟริน (Epinephrine) เพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้นและอัตราการเต้นของหัวใจหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น⁵ นอกจากนี้ความวิตกกังวลจะส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับคอร์ติซอล (Cortisol) ระดับคอร์ติซอลที่สูงจะกระตุ้นหลอดเลือดให้มีการหดตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการไหลเวียนเลือดในมดลูกจึงลดลง¹⁰ ในระยะคลอความวิตกกังวลจะมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและความปวดในระยะคลอ สอดคล้องกับผลการวิจัยของมาทฮาแวนปราบฮาคาแรน, คูมาร์, รามาสุบรามานิยม และอะคินโทลา (Madhavanprabhakaran, Kumar, Ramasubramaniam & Akintola, 2013) ที่สรุปให้เห็นว่าตัวทำนายหลักของผลลัพธ์ของการคลอดที่ไม่พึงประสงค์ คือความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ โดยจะส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด การผ่าตัดคลอด โดยไม่มีการวางแผนล่วงหน้าและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย⁶

การลดความวิตกกังวลในระยะคลอมีหลายวิธี เมื่อพิจารณาบทบาทอิสระโดยพยาบาล จึงควรเน้นการปรับอารมณ์ทางบวกและปรับการรับรู้

ผ่านการให้ข้อมูลหรือความรู้แก่ผู้คลอด ให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องเพื่อลดความวิตกกังวลในระยะคลอด การปรับอารมณ์ด้านบวกโดยการใช้นดนตรีเป็นวิธีหนึ่งที่จะลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้

ดนตรี (Music)

ดนตรี หมายถึง กิจกรรมการฟังเพลงที่ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ และความนึกคิด ที่เกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อรูปแบบของดนตรี และความรู้สึกสั่นไหวจากความดังค่อยในเสียงดนตรีและจังหวะของเสียงดนตรีที่ได้ยินเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีประโยชน์ เนื่องจากการนำไปประยุกต์ใช้เป็นวงกว้าง เช่น การแพทย์และสาธารณสุขนำไปใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวด ลดความเครียด^{11,12}

กลไกของดนตรีที่ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกทางบวก

ดนตรีส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ฟัง โดยเสียงดนตรีที่ใช้นำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลจะกระตุ้นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินเกิดเป็นแรงสั่นเสียง เมื่อผ่านเข้าสู่ภายในหูชั้นกลางจะถูกเคลือบเคลียร์ (cochlear) แปลแรงสั่นเสียงให้เป็นสัญญาณประสาทนำส่งไปที่ทาลามัส (thalamus) แล้วส่งต่อไปที่ออดิทอรีคอร์เท็กซ์ (auditory cortex) หลังจากนั้นสัญญาณประสาทจะถูกส่งไปยังสมองส่วนลิมบิก (limbic) ซึ่งเป็นศูนย์กลางการควบคุมพฤติกรรมทางอารมณ์ความรู้สึก ทำให้เกิดการประมวลอารมณ์จากข้อมูลต่างๆ ในระบบลิมบิก (limbic) มีการปรับเปลี่ยนด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective) ทำให้เกิดอารมณ์ด้านบวกส่งผลกระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในทางบวก เกิดความรู้สึกพึงพอใจ เพิ่มการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ระบบลิมบิก (limbic) ยังเชื่อมต่อการทำงานกับไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางการ

ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติและการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ ให้ร่างกายมีการทำงานที่เชื่อมประสานกัน ควบคุมการรักษาสมดุล (homeostasis) ของร่างกาย กระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟินทำให้เพิ่มการปรับอารมณ์ด้านบวกได้มากขึ้น ผลของดนตรีที่มีความประสานกลมกลืนจะช่วยให้เกิดความสมดุลของพลังงานลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและลดความวิตกกังวลได้⁷ โดยการฟังดนตรีจะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ฟังออกจากความคิดคำนึงถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ให้มาสนใจอยู่ที่เสียงดนตรีแทน ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้¹³

การเลือกใช้นดนตรีในการลดความวิตกกังวลมีองค์ประกอบในการพิจารณาดังนี้

อัตราจังหวะดนตรีที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล

องค์ประกอบที่สำคัญสำหรับจังหวะดนตรีที่เน้นการฟังเพื่อการลดความวิตกกังวล คืออัตราจังหวะของเพลงที่ประมาณ 60-80 ครั้งต่อนาที^{14,15} เป็นจังหวะที่เท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจหรือการเดินตามปกติ โดยรูปแบบของจังหวะ ไม่ควรซับซ้อน มีความสม่ำเสมอ รวมทั้งระดับเสียงหรือทำนองที่มีความเหมาะสม ไม่สูงมากหรือต่ำมากจนเกินไปจะสามารถกระตุ้นให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้

ประเภทดนตรีที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล

ประเภทของดนตรีที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล ควรเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้องเพราะจะทำให้ผู้ฟังไม่ต้องคิดตามเนื้อหาในเสียงเพลง¹⁴ ซึ่งประเภทของดนตรีบรรเลงที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล พบในหลายลักษณะ ดังนี้

1. เพลงดนตรีบรรเลง ตามที่สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for music as an intervention in hospitals) ได้แนะนำเกี่ยวกับการนำดนตรีบำบัดมาใช้เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยในระยะก่อนการทำหัตถการ เพื่อช่วยลดความ

วิตกกังวลของผู้ป่วยนั้น ดนตรีบำบัดที่นำมาใช้จะต้องไม่มีเนื้อร้องมีจังหวะสม่ำเสมออยู่ที่ประมาณ 60-80 ครั้งต่อนาที โดยมีระดับความดังของเสียงอยู่ที่ 60 เดซิเบล และจากการศึกษาของรัตนา เพิ่มเพ็ชรและเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2559)¹⁶ ได้เลือกเพลงบรรเลงของจำรัส เศรษฐาภรณ์ ในชุดนิพพานที่บรรยายถึงการเดินทางของใจที่เที่ยงแท้ในวิถีสงสาร มาใช้ศึกษาวิจัยผลการใช้ดนตรีบรรเลงต่อระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด พบว่ากลุ่มที่ใช้ดนตรีมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เพลงบรรเลงเสียงธรรมชาติ จากการศึกษาของสุมลชาติ พวงเงิน^{17,18} ได้คัดเลือกเพลงจากเสียงธรรมชาติโดยใช้เสียงลมที่สร้างโดยเดวิท บราดสทรีท (David Bradstreet) ใช้เสียงน้ำไหลและเสียงคลื่นทะเลที่สร้างโดยไมเคิล แมกซ์เวล (Micheal Maxwell) และใช้เสียงนกที่สร้างโดยจอห์น เฮอร์เบอร์แมน (John Herberman) โดยเสียงธรรมชาติทั้ง 4 แบบนี้ได้มาจากอัลบั้มเพลงของกอร์ดอน กิบสัน (Gordon Gibson) มาใช้ศึกษาประสิทธิภาพของเสียงดนตรีในการลดความวิตกกังวล วัดการตอบสนองทางสรีรวิทยาจากความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic pressure) และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต (mean arterial pressure) ในกลุ่มที่ใช้เพลงบรรเลงเสียงธรรมชาติมีค่าลดลงมากกว่า รวมทั้งความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนจะมีค่าเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้เพลงบรรเลงเสียงธรรมชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic pressure) ไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงในทั้งสองกลุ่ม

3. เพลงบรรเลงดนตรีพื้นเมืองอีสาน สร้างขึ้นโดย อุบล จ๋วงพานิช, จุรีพร อุ่นบุญเรือน,

ทิพวรรณ ขรรศร, จันทราพร ลุนลุด, และภัทรวิมล วัฒนศัพท์ (2555) ที่นำลายแคนมาเล่นเดี่ยวเต็มทำนองเปลี่ยนจังหวะเพิ่มลีลาและลูกเล่น จังหวะเชื่องช้า เป็นเพลงบรรเลง ไม่มีเนื้อร้องจังหวะสม่ำเสมอ ความเร็วช้าของจังหวะดนตรีไม่เกิน 80 เมโทรโนม (Metronome) ทำการบันทึกดนตรีลงบนแผ่นซีดี แล้วนำมาศึกษาถึงการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดผล ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฟังดนตรีพื้นเมืองอีสานมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

ระยะเวลาในการฟังดนตรี การฟังดนตรีเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลควรฟังดนตรีต่อเนื่องอย่างน้อยประมาณ 20 นาทีต่อครั้ง เนื่องจากระยะเวลาดังกล่าวจะสามารถเปิดประสาทสัมผัสและทำให้เกิดการผ่อนคลายได้²⁰ แตกต่างจากการศึกษาของรัตนา เพิ่มเพ็ชรและเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ ที่ใช้เวลาในการฟังดนตรีจากงานวิจัยเพียง 15 นาที ก็สามารถลดความวิตกกังวลในของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดได้เช่นกัน¹⁶

อุปกรณ์ในการฟังดนตรีที่ลดความวิตกกังวล จากการศึกษาของลี, เชา, เยอีน, เชียงและเชา (Lee, Chao, Yiin, Chaing and Chao, 2011)²¹ เปรียบเทียบผลของความแตกต่างของอุปกรณ์ในการฟังดนตรีในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในได้หวัน จำนวน 167 คนโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ไม่ได้ฟังดนตรีจำนวน 53 คน กลุ่มที่ 2 ฟังดนตรีจากเครื่องเล่น CD ผ่านลำโพงจำนวน 66 คน และกลุ่มที่ 3 ฟังดนตรีจาก MP 3 ผ่านหูฟังชนิดครอบทั้งใบหูจำนวน 48 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่ได้ฟังดนตรีทั้ง 2 กลุ่ม แม้ว่าจะใช้อุปกรณ์การฟังที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเนลสัน (Nelson, 2008)¹⁵ ที่พบว่าอุปกรณ์ที่ใช้ฟังดนตรีไม่มีความแตกต่างกันในการลดความวิตกกังวล

ระดับความดังของเสียง ระดับความดังของเสียงที่ใช้เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายโดยควรมีความดังที่เหมาะสมประมาณ 60 เดซิเบลและไม่ควรเกิน 90 เดซิเบล^{15,16}

แนวทางปฏิบัติในใช้ดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย

คลานน์และเฮเดอร์เชิท (Chlan and Heiderscheit, 2014)²⁰ ได้ทำการศึกษาการใช้ดนตรีเพื่อการผ่อนคลายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจและการไหลเวียนเลือด ประกอบกับที่เป็นอาจารย์พยาบาลและจิตแพทย์ จึงได้เสนอแนวทางปฏิบัติในการนำดนตรีมาใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ควรมีการประเมินก่อนการใช้ดนตรี ดังนี้

- 1) ประเมินความสามารถในการได้ยินของผู้ป่วย
- 2) ประเมินความชอบ/ไม่ชอบดนตรีของผู้ป่วย
- 3) ประเมินประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับดนตรี
- 4) การเสนอทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการเลือกวิธีการฟังดนตรี ได้แก่ ฟังผ่าน MP3/CD ตามความต้องการ
- 5) การกำหนดเป้าหมายในการฟังดนตรีร่วมกับผู้ป่วยต้องการให้ฟังดนตรีเพื่อจุดประสงค์ใด
- 6) ระยะเวลาในการฟังที่เหมาะสม คืออย่างน้อยประมาณ 20 นาทีต่อครั้ง เนื่องจากจะสามารถเปิดประสาทรับสัมผัสและทำให้เกิดการผ่อนคลาย ผู้จะใช้ดนตรีเพื่อคลายความกังวลควรทราบระยะเวลาที่ใช้ร่วมด้วย
- 7) การทดสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์ (CD/MP3, headphones, batteries) ก่อนนำมาใช้
- 8) การทดสอบความดังและความนุ่มของเสียงดนตรีกับผู้ป่วยก่อนใช้งาน
- 9) การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย
- 10) สถานที่ควรเงียบสงบมีอุณหภูมิที่พอเหมาะ แสงสว่างไม่จ้าและไม่มีเสียงรบกวน

11) ติดป้ายประกาศ “ห้ามรบกวน” เพื่อลดการรบกวนจากภายนอกให้กับผู้ป่วย

12) การชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจขั้นตอนการฟังดนตรีเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

13) การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยในการตอบสนองต่อการฟังดนตรีในแต่ละครั้ง

14) การให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกหลังฟังดนตรีรวมถึงปัญหาอุปสรรค

ผลการศึกษาดนตรีต่อความวิตกกังวลในระยะคลอด

การใช้ดนตรีในการลดความวิตกกังวลในสตรีระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมีการศึกษาหลายฉบับ รวบรวมได้ ดังนี้

การศึกษาของชิมาวิล, กัมัส, เคกูซัส, ยิลดิริม, อัสลูกูลาริ, คาฟาลิ (Simavli, Gumus, Kaygusuz, Yildirim, Usluogullari and Kafali, 2014) ศึกษาผลของดนตรีในการบรรเทาอาการปวด วัดระดับความวิตกกังวล และความต้องการยาแก้ปวดหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรก 132 รายที่มีความก้าวหน้าของปากมดลูกไม่เกิน 2 เซนติเมตรที่จะคลอดทางช่องคลอด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 67 ราย คือกลุ่มที่ได้ฟังดนตรีร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานในระยะคลอดและกลุ่มควบคุม 65 ราย คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานในระยะคลอด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวล มีอาการปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในทุกขั้นตอนของการคลอด รวมถึงมีความความต้องการยาแก้ปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

การศึกษาของชิมาวิลและคณะ (Simavli et al., 2014) ศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดในระหว่างการคลอดทางช่องคลอดที่มีผลต่อการบรรเทาอาการปวดและภาวะสุขภาพจิตหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่าการดาในกลุ่มที่ใช้ดนตรีบำบัดร่วมด้วยในระหว่างการคลอดจะมีระดับของความปวดและความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ดนตรีบำบัดในช่วงเวลา 1,

4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³

การศึกษาของคาร์คาล, คาร์เด, และคูห์เมล (Karkal, Kharde and Dhumale, 2017) ศึกษาผลของดนตรีในการลดความปวดและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์แรกเมื่อเข้าสู่ระยะเร่งของระยะที่ 1 ของการคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ประเทศอินเดีย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลองจะได้รับการเปิดให้ฟังดนตรีในระยะที่ 1 ของการคลอด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴

การศึกษาของกอคยิลดิซ, ออสทรีค, อเซเบ, เอแลน, และแอคแบส (Gokyildiz, Ozturk, Avcibay, Alan and Akbas, 2018) ถึงผลของดนตรีต่อความปวดและความวิตกกังวลในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศตุรกี โดยให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรีผ่านหูฟัง 20 นาทีต่อครั้ง และพัก 10 นาทีในระยะเร่งของการคลอด (Active phase) รวมระยะเวลา 3 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ²⁵

จากการวิจัยอย่างเป็นระบบของลินและคณะ (Lin HH et al, 2019) ที่ทำการศึกษาจากงานวิจัยทั้งหมด 14 ชิ้นงาน ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และวิเคราะห์แบบเมตาต้า (meta-analysis) ผลการศึกษาได้ระบุชัดเจนว่ากลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มีดนตรีมาเกี่ยวข้องจะมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมาตรฐานเท่ากับ -2.40, ช่วงความเชื่อมั่น 95% (CI), อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -3.04 ครั้ง/นาที, 95% CI, ความดันโลหิตตัวบน (SBP) พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -3.71 mmHg, 95% CI และความดันโลหิตตัวล่าง

(DBP) พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -3.54 mmHg, 95% CI.²⁶

จะเห็นได้ว่าในหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ขณะคลอดทำให้มีการประเมินการคลอดว่าเป็นอันตรายคุกคามต่อตนเองและทารกในครรภ์ เกิดเป็นความวิตกกังวลขึ้น การให้ฟังดนตรีหรือการใช้ดนตรีบำบัดเป็นหนึ่งในเทคนิคการผ่อนคลายความกังวลที่ทำได้ง่าย เข้าถึงได้ง่ายมีประโยชน์และมีค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนต่ำ นอกจากนี้ยังไม่มีผลกระทบต่อการทารกในครรภ์ผลลัพธ์ที่ได้ของการศึกษาทางคลินิกข้างต้นหลายชิ้นงานแสดงให้เห็นว่าการฟังหรือการใช้ดนตรีในระยะคลอดมีผลกระทบในเชิงบวก สามารถบรรเทาความเจ็บปวดและลดความวิตกกังวลจากการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหมาะที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลในระดับมากกว่าปกติ

บทสรุป

การบรรเทาความวิตกกังวลผ่านการฟังดนตรีนับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ได้เสียงดนตรีจะลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้เกิดอารมณ์ด้านบวกและกระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟินซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่ทำให้เกิดเป็นความรู้สึกพึงพอใจเพิ่มการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล การใช้ดนตรีเพื่อลดความวิตกกังวลจำเป็นต้องมีองค์ประกอบของดนตรีที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือจังหวะของดนตรีควรมีความเร็วอยู่ในช่วง 60-80 ครั้งต่อนาทีซึ่งเป็นอัตราจังหวะที่เท่ากับการเต้นของหัวใจคนปกติทั่วไป ควรเป็นเพลงบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้องที่ทำให้ผู้ฟังไม่ต้องคิดถึงความหมายของบทเพลง ลักษณะของเพลงมีความต่อเนื่องและมีจังหวะ (rhythm) ช้าสม่ำเสมอทำนองนุ่มนวลโดยมีความดังอยู่ที่ 60-90 เดซิเบลและฟังต่อเนื่อง 15-20 นาที จะทำให้เปิดประสาทรับสัมผัสส่งกระแสประสาทไปยังศูนย์ควบคุมอารมณ์ด้านบวกลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ จะทำให้ผู้ฟังรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้ อย่างไรก็ตาม

ในระยะคลอดพยาบาลควรมีการประเมินความสามารถในการฟัง ความชอบในเสียงดนตรีและเสนอทางเลือกในการเลือกฟังดนตรีประเภทต่างๆ จัดทำ จัดสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการรับฟังดนตรี ให้ข้อมูลย้อนกลับในการตอบสนองต่อการฟังดนตรีในแต่ละครั้ง และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกและความเห็นหลังการรับฟังดนตรีจะสามารถลดความกังวลต่อการมารอคคลอดและการคลอดบุตรได้ทั้งนี้การนำดนตรีไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้นำไปใช้ควรคำนึงถึงความชอบดนตรีของผู้ฟังแต่ละคนร่วมด้วย

บรรณานุกรม

- Cardwell, MS.. Stress: pregnancy considerations. Obstetrical & Gynecological Survey. 2013;68(2):119–129. doi: 10.1097/OGX.0b013e31827f2481 Available from https://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2013/02000/Stress___Pregnancy_Considerations.21.aspx
- จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (บ.ก.) การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะตั้งครรภ์. เชียงใหม่: บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด; 2560.
- Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective. International Journal of Nursing Practice [internet]. 2005 [cited 2019 May 20]; 11(1): 33-38. Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-172X.2005.00496.x>
- Spielberger CD. Anxiety and behavior. New York: Academic Press INC; 1966.
- Caliskan E, Ozkan Z, Cakiroglu Y, Yalcinkaya O, Polat A, Corakci A. The effects of maternal anxiety prior to amniocentesis on uterine and fetal umbilical blood flow. Journal of the Turkish-German Gynecological Association [internet]. 2009 [cited 2019 June 20]; 10(3): 162-167. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939121/>
- Madhavanprabhakaran G.K, Kumar K.A., Ramasubramaniam S. & Akintola A.A. Effects of pregnancy related anxiety on labour outcomes: A prospective cohort study: Journal of Research in Nursing and Midwifery [internet]. 2013 [cited 2019 June 20]; 2(7): 96-103. Available from <http://41.66.217.101/bitstream/123456789/1214/1/EFFECTS OF PREGNANCY RELATED ANXIETY ON LABOUR OUTCOMES A PROSPECTIVE COHORT STUDY.pdf>.
- ตัญญา จำปาวัลย์. ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. วารสารพุทธจิตวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2562]; 30(1): 13-20. เข้าถึงได้จาก <http://ojs.mcu.ac.th/index.php/jbuds/article/view/5839/3611>
- Spielberger CD. The nature and measurement of anxiety. In: Spielberger CD, Diaz-Guerrero R, editors. Cross-cultural anxiety. Washington: Hemisphere; 1976. p. 3-12.

9. Zhao MHX, Zhu C. Maternal anxiety and depression before and after childbirth. *Current Advances in Obstetrics and Gynecology*. 1999; 8:95–96.
10. Sarkar P, Bergman K, Fisk NM, & Glover V. Maternal anxiety at amniocentesis and plasma cortisol. *Prenatal Diagnosis*. 2006; 26: 505-509.
11. Butterton M. Music and meaning open mind in the caring and healing professions. UK: Redcliffe Medical Press Ltd; 2004.
12. จเร สำอางค์. ดนตรีเล่น สมอกลั่น Music can change. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) ; 2553.
13. Tomaino C M. Music therapy and the brain. In: Wheeler BL, editor. *Music therapy handbook*. New York: A division of Guilford Publications, Inc; 2015.p.40-50.
14. นันทิ์ เชียงชนะนา และ สมชัย ตระการรุ่ง. วิธีการบำบัดทางดนตรี: การวิเคราะห์เนื้อหาจากงานวิจัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* [อินเทอร์เน็ต]. 2558; 45(2): 116-133.[เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/43715/36142>
15. Nilsson, U. The anxiety and pain reducing effects of music interventions: A systematic review. *Association of Periparturative Registered Nurses Journal* [internet]. 2008 [cited 2019 June 20]; 87(4): 781-807. Available from https://www.researchgate.net/profile/Ulrica_Nilsson2/publication/247158522The_anxiety_and_pain_reducing_effect_of_music_interventions_in_perioperative_care_a_systematic_review/links/59db516d458515b9fa49bf29/The-anxiety-and-pain-reducing-effect-of-music-interventions-in-perioperative-care-a-systematic-review.pdf
16. รัตนา เพิ่มเพ็ชรและเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. ผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลทหารบก* [อินเทอร์เน็ต]. 2559; 17(3): 34-43. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/73081/58769>
17. สุมลชาติ พ่วงเงิน. ประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลการตอบสนองทางสรีระความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต* กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=46018>
18. สุมลชาติ ดวงบุพผา, สมจิต หนูเจริญกุล, ชาญ เกียรติบุญศรี. ประสิทธิภาพของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลการตอบสนองทางสรีระ ความจุปอดและความอึดตัวของออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ.

- รามาธิบดีพยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2551; 14(3): 314-327. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2551/issue_03/04.pdf
19. อุบล จ้วงพานิช, จุรีพร อุ๋นบุญเรือน, ทิพวรรณ ขรรศ, จันทราพร ลุนลุด, และ ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์. ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2555; 30(1): 46-52. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnated/article/view/1397/1122>
 20. Chlan LL, & Heiderscheid A. Music intervention. In R. Lindquist, M. Synder, & M. F. Tracy (Eds.), *Complementary & alternative therapies in nursing* (7th ed.) (pp.99-116). New York: Springer; 2014.
 21. Lee KC, Chao YH, Yiin JJ, Chaing PY, & Chao YF. Effectiveness of different music-playing devices for reduce preoperative anxiety: A clinical control study. *International Journal of Nursing Studies*. [internet]. 2011 [cited 2019 April 20]; 48(10):1180–1187. Available from https://www.dcbiomed.com/proimages/news/2011_Effectiveness_of_different_musicplaying_devices_for_reducing_preoperative_anxietyA_clinical_control_study.pdf
 22. Simavli S, Gumus I, Kaygusuz I, Yildirim M, Usluogullari B, Kafali H.. Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2014a; 78(4): 1–7.
 23. Simavli S, Kaygusuz I, Gumus I, Usluogullari B, Yildirim M, Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of Affective Disorders*. 2014b; 156:194-199.
 24. Karkal E, Kharde S, Dhumale H. Effectiveness of music therapy in reducing pain and anxiety among primigravid women during active phase of first stage of labor. *International Journal of Nursing Education*. 2017; 9(2):57–60.
 25. Gokyildiz SS, Ozturk M, Avcibay VB, Alan S, Akbas M. The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: a study from Turkey. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [internet]. 2018 [cited 2019 April 20]; 30: 96–102. Available from https://www.researchgate.net/profile/Sule_Gokyildiz/publication/3219338

89_The_effect_of_music_on_pain_and_anxiety_of_women_in_labor_during_their_first_pregnancy_A_study_from_Turkey/links/5a7b099e0f7e9b41dbd81e87/The-effect-of-music-on-pain-and-anxiety-of-women-in-labor-during-their-first-pregnancy-A-study-from-Turkey.pdf

26. Lin HH, Chang YC, Chou HH, Chang CP, Huang MY, Liu SJ...Yeh TL. Effect of music interventions on Anxiety during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PeerJ. [internet]. 2019 [cited 2020 April 20]; 2(7): 1-20. PubMed: 31143552 Available from <https://peerj.com/articles/6945/>

คำแนะนำในการเขียนบทความลงวารสาร “หัวหินเวชสาร”

หัวหินเวชสาร เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม และ กันยายน-ธันวาคม เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลหัวหิน และเป็นการส่งเสริมให้มีเวที ในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทความผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นฟูวิชาการ/บททวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรงพบใหม่หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่นๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษาต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

การพิจารณาบทความ

1. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจากวารสารอื่น
2. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วเท่านั้น
3. บทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และส่งผลการพิจารณาค้นผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ค่าธรรมเนียมในการลงพิมพ์วารสาร

การลงตีพิมพ์บทความในวารสาร มีค่าธรรมเนียมการขอลงตีพิมพ์บทความ แบบปกติ อัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท โดยกรณีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาไม่รับรองให้ตีพิมพ์ ไม่สามารถขอค่าธรรมเนียมคืนได้ ชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี กองทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัย เลขบัญชี 722-0-61772-0 โดยโรงพยาบาลจะออกใบเสร็จในนาม เงินบริจาคเพื่อพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์คอลัมเดียว โปรแกรม Microsoft Words 2010 ขึ้นไป
2. พิมพ์ต้นฉบับภาษาไทยและอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 point single space
3. ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพทั้งหมดแล้ว โดยเว้นระยะห่างจากขอบ 2 นิ้ว
4. จัดรูปแบบของบทความตามที่ทางวารสารกำหนด

การส่งบทความ

1. ไฟล์ต้นฉบับ เนื้อหาเป็นไฟล์ Word
2. ไฟล์เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC)
3. ไฟล์ประวัติของผู้แต่ง

ส่งมาทางเว็บไซต์ หัวหินเวชสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ต.หัวหิน อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ 77110 โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 journalhkh64@gmail.com

รูปแบบการเรียงเนื้อหาบทความต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (title) ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง (title) ควรตั้งชื่อเรื่องให้กะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (authors) เขียนชื่อ นามสกุล คุณวุฒิ และหน่วยงานของผู้พิมพ์ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (Abstract)

เนื้อหาต้องมีความสมบูรณ์ ได้ใจความ ใช้การเขียนบทคัดย่อแบบ structured abstract สำหรับภาษาไทยเขียนเป็นลำดับหัวข้อ ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป/วิจารณ์ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง และสำหรับภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย Background, Objectives, Materials/Methods, Results, Conclusions

3. คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words)

สำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject Index) 3-5 คำ ระบุคำทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ที่ท้ายบทความของแต่ละภาษา

4. เนื้อเรื่อง ควรเรียงลำดับเนื้อเรื่องดังนี้

4.1 บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2 วัตถุประสงค์ (Objective) ของการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง

4.3 วิธีการศึกษา (Methods) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ ระบุสถาบันที่รับรองจริยธรรมการวิจัย

4.4 ผลการศึกษา (Results) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

4.5 วิจารณ์ (Discussion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

4.6 สรุป (Conclusion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัย ให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

5. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

แสดงเฉพาะการช่วยเหลือที่สำคัญโดยตรง เช่น ทุนวิจัย ผู้สนับสนุนข้อมูลวิชาการ

6. เอกสารอ้างอิง (References)

ให้ใส่หมายเลข 1,2,3... ไว้ท้ายประโยคโดยพิมพ์ตัวยกสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลข 1 และเรียงลำดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors

เอกสารอ้างอิง (References)

ให้ใส่หมายเลข 1,2,3... ไว้ท้ายประโยคโดยพิมพ์ตัวยกสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลข 1 และเรียงลำดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors โดยมีหลัก ดังนี้

1. ชื่อผู้เขียน (Author)

- ผู้เขียน 1 คน กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้ระบุเฉพาะชื่อ-นามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) กรณีผู้เขียนเป็นชาวต่างชาติ หรือคนไทยที่เขียนเอกสารภาษาอังกฤษ ให้ให้ใช้นามสกุล เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยอักษรย่อ ชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง(ถ้ามี) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนขึ้นไป กรณีนี้จะใส่ชื่อผู้เขียนได้ไม่เกิน 6 คน ระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยผู้เขียนถัดไป จนถึงคนที่ 6 หลังชื่อผู้เขียนคนที่ 6 ให้ใส่

เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยคำว่า และคนอื่นๆ สำหรับเอกสารภาษาไทย หรือ et al สำหรับเอกสาร ภาษาอังกฤษ ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ผู้เขียนเป็นนิติบุคคล หน่วยงาน องค์กร บริษัท สถาบัน หรือมหาวิทยาลัย ให้ใส่ชื่อ หน่วยงานใหญ่ ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยหน่วยงานรองและเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

2. ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อหนังสือ ชื่อบทหนึ่งในหนังสือ ชื่อบทความวารสาร

ให้พิมพ์ด้วยตัวตรงปกติ ทั้งชื่อเรื่องภาษาไทยและชื่อเรื่องภาษาอังกฤษสำหรับชื่อ เรื่องภาษาอังกฤษให้ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรก (ทั้งชื่อเรื่องหลักและชื่อเรื่องรอง) แต่ให้ คั่นชื่อเรื่องหลักด้วยเครื่องหมายทวิภาค (:) และเว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อเรื่องรอง ต่อด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

3. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ของหนังสือ

ใช้ระบุเฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยให้ระบุคำว่า พิมพ์ครั้งที่..... สำหรับเอกสาร ฉบับภาษาไทย หรือth ed. ต่อจากชื่อเรื่อง

4. สถานที่พิมพ์ (Place) และสำนักพิมพ์ (Publisher) ของหนังสือ

- สถานที่พิมพ์ ใส่ชื่อจังหวัดหรือชื่อเมือง ตามด้วยเครื่องหมายทวิภาค (:) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อสำนักพิมพ์ต่อด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) และเว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีพิมพ์และเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ให้ตัดคำประกอบอื่นๆ ในชื่อสำนักพิมพ์ออก เช่น Publisher, Co., Inc., Limited, ห้างหุ้นส่วนจำกัด, บริษัท.....จำกัด

- กรณีใช้ชื่อหน่วยงาน หรือ สถาบัน เป็นสำนักพิมพ์หรือ ผู้จัดพิมพ์ให้ใช้ชื่อหน่วยงานรอง เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามลำดับ

5. ปีพิมพ์ (Year)

ใช้ปีพิมพ์ ในรูปแบบ พ.ศ. (สำหรับเอกสารภาษาไทย) หรือ ค.ศ. (สำหรับเอกสารภาษาอังกฤษ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

6. เลขหน้า (Page) ของบทความวารสาร บทหนึ่งในหนังสือ หรือเอกสาร ประกอบการประชุม

ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย ของหน้าที่มีการนำข้อมูลมาใช้อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเต็ม สำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารประเภทต่างๆ

1. บทความวารสาร (Journal article) มี 2 รูปแบบ

1.1 กรณีที่วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1.2 กรณีวารสารที่มีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน มีการขึ้นหน้าใหม่ทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ให้ใส่ ฉบับที่ไว้ ในเครื่องหมายวงเล็บ (.) ตามหลังปีที่

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

2 บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี[เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่:

เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://>

3. บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://>

4. บทความวารสารที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปี;ปีที่:เลขหน้า(ที่มีกำกับ). doi: _____. หมายเลข
ประจำเอกสารในฐานข้อมูล PubMed(PubMed PMID): _____.

5. หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. เล่ม. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

6 บทหนึ่งในหนังสือ (Chapter in Book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทนั้นๆ

ชื่อผู้เขียนในบท. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่
พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

7. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ[อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ
วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

8. บทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทนั้นๆ

ชื่อผู้เขียนในบท. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ[อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่
พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

9. แผ่นพับ (Brochure)

ชื่อผู้จัดทำ. ชื่อเรื่อง [แผ่นพับ]. เมืองที่พิมพ์: ผู้จัดพิมพ์ หรือหน่วยงาน; ปีพิมพ์.

10. วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อวิทยานิพนธ์ [วิทยานิพนธ์]. เมืองที่พิมพ์: ชื่อมหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์.

11. เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ/การอบรม/สัมมนาวิชาการ (Conference Paper)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ ประชุม;
สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

12. เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้จัดทำ หรือชื่อหน่วยงาน. ชื่อเรื่อง [อินเทอร์เน็ต]. เมือง: ชื่อหน่วยงาน; ปีที่เผยแพร่ [เข้าถึง
เมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>