วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH CARE

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม) 2566 Volume 41 No.1 (January - March) 2023

ISSN 2351-0358

เจ้าของโดย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH CARE

เจ้าของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวมาศ คุณล้าน เถื่อนนาดี
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	เกษียณอายุราชการ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภู่ไพบูลย์	เกษียณอายุราชการ
รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat	Graceland University School of Nursing, Independence, Missouri, USA
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข ศิริพูล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ภทรสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิราสัณห์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวรางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.บุรทิน ขำภิรัฐ	สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงค์	กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจนเนตร พลเพชร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อาจารย์ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
Mr. Kent Dale Hamilton	นักวิชาการอิสระ
ดร. ศศิมา ทองสาย	สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด

ฝ่ายจัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนกมณ ลีศรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.ศุภาวดี แถวเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
อาจารย์ ดร.ทรงสุดา หมื่นไธสง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กชกร เพียซ้าย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นายนิพนธ์ วาตาดา	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นางสาวนุชพร ดุมใหม่	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
นายอรรถพล รัมพณีนิล	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวภานุมาศ หาญสุริย์	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์อื่น ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้านำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ข้อเขียนหรือบทความใด ๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.ดร. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์
2. รศ.ดร. จอม สุวรรณโน
3. รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ
4. รศ.ดร. บุรทิน ขำภิรัฐ
5. ผศ.ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม
6. ผศ.ดร. วารินทร์ บินโฮเซ็น
7. ผศ.ดร. กชพร สิงหะหล้า
8. ผศ.ดร. วาสนา รวยสูงเนิน
9. ผศ.ดร. ดวงพร ปิยะคง
10. ผศ.ดร. บุษบา สมใจวงษ์
11. ผศ.ดร. สมรภพ บรรหารักษ์
12. ผศ.ดร. มนพร ชาติชำนิ
13. ผศ.ดร. ศรัญญา จุฬารี
14. อาจารย์ ดร. นุสรา ประเสริฐศรี
15. อาจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
16. อาจารย์ ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ
17. อาจารย์ ดร. ลักขณา ไชยนอก
18. อาจารย์ ดร. บุญสืบ โสโสม
19. อาจารย์ ดร. ธิดา มุลาลินท์
20. อาจารย์ ดร. ศรินรัตน์ จันทพิมพ์
21. อาจารย์ พันตรีหญิง ดร. ปิยอร วจนะทินภัทร
22. อาจารย์ ดร. สาดี ฮามิลตัน
23. ดร. เอกชัย ภูผาใจ
24. ผศ. ประไพรัตน์ แก้วศิริ
25. อาจารย์ คมคาย สุวรรณพงศ์

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

✿ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	*ยุพิณ คำกรุ สุมัทณา แก้วมา อัจฉรา คำมะทิตย์ ปานเพชร สกุลคู ฐิติวรรณ โยธาทัย นิชาภา ตั้งหมั่น กาญจนา หล้าบา คฑาวุธ นันทิกิตติราษฎร์ สุพัตตรา จานคำภา พัชรินทร์ น้อยลา*	e259598 (1-18)
✿ ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับต่อความเครียดและความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล	*ลักขณา ไชยนอก นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล จินตนา ตาปิน ศรัญญา จุฬารี*	e260176 (1-14)
✿ ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	*เปรมณัฐชยา บุญยอ จรีนุช จินารัตน์ บุศราณี พวงผกา*	e259956 (1-15)
✿ รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	*บุษบา วงค์พิมล จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล จุฑามาส ประจันพล นุชนรี สิทธิเสนา*	e260334 (1-16)
✿ การประเมินผลโครงการการจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญีในการดำเนินงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	*ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน กัลยา อุ่นรัตนะ*	e260711 (1-14)
✿ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม	*เกษา นาสวน เสาวนีย์ จันทรรัตน์ ศศิธร แก้วสกุล*	e260292 (1-18)
✿ แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง	*อารยา ผ่องแผ้ว สุภัชเขม สมสินนกุล*	e261594 (1-18)
✿ การเปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมกับแบบใหม่ในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช	*ณาตยา ขนุนทอง อรนิต สุวินทรากร ชนินทร์นาถ แวงดงบัง*	e261620 (1-14)
✿ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ	*ปาริชาต ญาตินิยม สุวารี ทวนวิเศษกุล ปัณกรินทร์ หอยรัตน์*	e261530 (1-13)
✿ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันต่อสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	*สุภาภรณ์ ด้วงแพง พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ ปวริศา กำจายกิตติกุล*	e260517 (1-14)

✿ ผลของการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย โดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายต่อสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความรู้เรื่องการยศาสตร์ ระดับความปวดหลังของพนักงานในสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง — *ชนิดาภา มาตย์บัณฑิต* — e261168 (1-12)

✿ การพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ — *ขวัญจิต เชิงชวโน วิลัยรัตน์ จันทาทิพย์ จรินญา บุ้งทอง* — e260934 (1-15)

✿ อื่น ๆ

✿ คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ พบกันฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2566 วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ก้าวขึ้นปีที่ 2 ของการดำเนินงานของคณะกรรมการวารสารชุดใหม่ ตามที่ทราบกันแล้วว่าเรามีการปรับปรุงการทำงานของวารสารมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปรับเป็นการตีพิมพ์และเผยแพร่แบบออนไลน์อย่างเดียว (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง ปรับระบบเลขหน้าใหม่ให้เป็นสากลมากขึ้น ตีพิมพ์ทันทีที่บทความแต่ละเรื่องเรียบร้อย (real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวมเล่ม สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ท่านจะพบในฉบับที่ 1/2566 นี้คือ การยกเลิกการจัดหน้าแบบเป็นคอลัมน์ เพื่อลดปัญหาการทับซ้อนกันของตัวอักษร รูปภาพ และตาราง

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เจ้าของโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มุ่งมั่นตั้งใจที่จะให้วารสารเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานของพยาบาลวิชาชีพและการสาธารณสุข มุ่งสู่ความเป็นมาตรฐานระดับสากล สำหรับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา เรามีความภาคภูมิใจที่ฝ่ายวารสาร ฯ ได้มีส่วนในการดูแลสมาชิกของสมาคม ฯ โดยที่เราได้มอบรายได้บางส่วนจากการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา ให้แก่สมาคม ฯ เพื่อใช้ในกิจการการดูแลสมาชิกต่อไป เราหวังว่าในปีต่อ ๆ ไป เราจะสามารถในการช่วยเหลือสมาคม ฯ ได้มากขึ้นค่ะ

สุดท้ายนี้ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มีความภูมิใจในความสามารถของพี่น้องพยาบาลที่มุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพประชาชน เป็นแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสังคมจึงขอเรียนเชิญพี่น้องพยาบาลทุกท่านร่วมเป็นเจ้าของวารสารโดยการสมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฯ ร่วมส่งบทความมาเผยแพร่ ติดตามอ่านวารสาร ช่วยกันอ้างอิงวารสารของเรามากขึ้น และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย
บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e259598

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ยุพิณ คำกรุ พย.บ.* สุมัทณา แก้วมา PhD (Nursing)**,***
อัจฉรา คำมะทิตย์ PhD (Psychology & Counselling)** ปานเพชร สกุลดู พย.ม.**
จิติวรรณ โยธาทัย PhD (Nursing)** นิชาภา ตั้งหมั่น พย.บ.*
กาญจนา หล้าบา พย.ม.* คฑาวุธ นันทิกิตติราษฎร์ พย.บ.*
สุพัตตรา จานคำภา พย.บ.* พัชรินทร์ น้อยลา พย.บ.*

(วันรับบทความ: 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 28 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 5 มกราคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสามารถลดระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดต้นทุนในการรักษาพยาบาลและภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และได้รับการดูแลต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้กรอบการศึกษาของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ครอบคลุมงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษเฉพาะที่มีการตีพิมพ์ ในฐานข้อมูล Medline, CINAHL, Scopus, ClinicalKey, PsychINFO, ScienceDirect, PubMed, ThaiJO, ThaiLIS ระหว่างปี ค.ศ. 2011- 2021 ประเมินค่างานวิจัยโดยใช้ Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools มีการตรวจสอบความถูกต้องการประเมินค่าและการสกัดข้อมูลวิจัยโดยทีมวิจัย ผลการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 308 เรื่อง และถูกคัดเข้าสู่การศึกษา 8 เรื่อง พบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การประสานความร่วมมือแบบสหวิชาชีพ การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ D-METHOD เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้การสอนแบบบรรยายร่วมกับการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ อุปกรณ์ที่ใช้สอนผู้ป่วยและผู้ดูแล คือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หุ่นจำลอง และคู่มือสำหรับผู้ป่วยและญาติ สาระสำคัญในเนื้อหาการสอน ได้แก่ ความรู้เรื่องยา การทำแผล การเตรียมอาหารทางสายยาง การสังเกตอาการผิดปกติ และการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ต้องมีการประเมินผลลัพธ์เรื่องความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อคุณภาพการบริการ และอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ: มะเร็งศีรษะและลำคอ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การวางแผนจำหน่าย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

*โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
,*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: sumuttana.k@bcnu.ac.th Tel: 065-7756375

Discharge Planning Model for Palliative Care among Patients with End-Stage Head and Neck Cancer: A Systematic Review

Yupin Khumkru B.N.S.* Sumuttana Kaewma PhD (Nursing)**,***
Adchara Khammathit PhD (Psychology & Counselling)** Panphet Sakulkoo M.N.S.**
Thitiwan Yothathai PhD (Nursing)** Nichapa Tangman B.N.S.*
Khanchana Laba M.N.S.* Kathawood Nuntikittirasd B.N.S.*
Supattra Jhankumpha B.N.S.* Patcharin Noyla B.N.S.*

(Received Date: November 1, 2022, Revised Date: December 28, 2022, Accepted Date: January 5, 2023)

Abstract

The quality of the discharge plan for palliative care for head and neck cancer patients can shorten the duration of hospitalization, reduce the cost of care and the burden on the patient's family, and prevent readmission and promote receiving continuous care. The purpose of this study was to systematically review discharge planning for patients with end-stage head and neck cancer who were receiving palliative care using the framework created by the Joanna Briggs Institute (JBI). The articles reviewed in this study were published in either Thai or English on the Medline, CINAHL, Scopus, ClinicalKey, PsychINFO, ScienceDirect, PubMed, ThaiJO, and ThaiLIS databases between 2011 and 2021. The quality of the studies was assessed using JBI's Critical Appraisal Tools to facilitate accurate evaluation and data extraction by the research teams. The results found 308 studies which were screened for eligibility and eight studies met the study criteria and were included in the study. The discharge planning model for end-stage head and neck cancer patients who receive palliative care consists of multidisciplinary collaboration, communication between the care team, the patient, and their family using D-METHOD as a teaching tool to prepare patients and caregivers, the demonstration and return-demonstration of required home care skills. Equipment used for teaching the patients and caregivers consisted of medical equipment, manikins, and handbooks on the required home care activities for patients' and their families. The teaching content included medication information ; wound dressing, preparation for nasogastric tube feeding; observing, detecting, and managing abnormal symptoms and asking for assistance in case of emergency medical situations. Quality and efficient patient discharge planning must be concerned with the results of the evaluation the knowledge and competence of caregivers, the satisfaction of patients and caregivers with the quality of nursing care, and the incidence of readmission.

Keywords: head and neck cancer, palliative care, discharge planning, systematic review

*Udon thani Cancer Hospital
**Boromrajonani College of Nursing Udon Thani
,*Corresponding Author Email: sumuttana.k@bcnu.ac.th Tel: 065 7756375

บทนำ

มะเร็งของศีรษะและลำคอเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก รายงาน จำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอรายใหม่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,518,133 ราย และเสียชีวิตประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด[1] ในประเทศไทย พบผู้เสียชีวิตจากมะเร็งศีรษะและลำคอ จำนวน 4,108 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 11,177 รายต่อแสนประชากร[2] และเกือบร้อยละ 80 พบว่า มีการลุกลามของโรคไปสู่อวัยวะอื่นและต้องการการได้รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี การดูแลที่เฉพาะเจาะจง[3] ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่เข้ารับบริการ จำนวน 780 677 และ 636 รายตามลำดับ และพบว่าในปี พ.ศ. 2562 มะเร็งศีรษะและลำคอเพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด และยังเป็นการลุกลามเข้าสู่ระยะที่ 4 ถึงร้อยละ 59.45[4] มะเร็งของศีรษะและลำคอเกิดขึ้นในเยื่อบุผิวทางเดินหายใจและทางเดินอาหารส่วนต้น โดยตำแหน่งที่สำคัญในทางเดินอาหารและหายใจส่วนบนที่อาจเกิดเป็นมะเร็งได้แก่ ช่องปาก ช่องคอ โพรงรอบจมูก กล่องเสียง ต่อมไทรอยด์ และต่อมน้ำลาย[5] จากพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ การหายใจ การพูด การได้ยิน การกลืน การรับประทานอาหาร รวมถึงการสูญเสียภาพลักษณ์เมื่อต้องมีการใส่สายยางเพื่อให้อาหาร การเจาะคอหรือมีแผล และแผลมีกลิ่นเหม็น อาจสร้างความรำคาญและเป็นที่รังเกียจแก่ผู้พบเห็น และในระยะท้ายจะมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย กลืนลำบาก ซึมลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ รวมถึงมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง และคุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบถึงบุคคลในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย[6]

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาทุกข์ทรมาน หรือการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือ การบริบาลเพื่อบรรเทาอาการ หรือ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรค ในอนาคต หรือ ป่วยในระยะท้ายของชีวิต จากการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและคุณภาพชีวิต เกิดภาระจากการดูแลในระดับสูง มีความเครียดและเบื่อหน่าย จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา[7] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงต้องเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการจากไปของผู้ป่วย[8]

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือ ตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือรับไว้ในความดูแลจนกระทั่งกลับบ้าน และควรติดตามการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการวางแผนจำหน่ายที่ปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในเรื่องการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่เริ่มให้การดูแลรักษา การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการตั้งแต่ต้น เรื่องเป้าหมายการรักษา บุคลากรมีทัศนคติ ความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการวางแผนจำหน่าย เช่น ไม่มั่นใจในการดูแลหลังการจำหน่าย หรือมีการใช้หัตถการที่สิ้นเปลือง การวิเคราะห์และวางแผนจำหน่ายไม่ได้คุณภาพ[9] ความรู้และการปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีความหลากหลาย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง รวมทั้งญาติขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง หรือไม่สามารถจัดการกับอาการรบกวน เกิดการกลับเข้ามารักษาซ้ำ ระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น[10] ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองมีความหลากหลายและมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ยังคงใช้รูปแบบเดิม คือ D-METHOD ซึ่งเน้นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค การรับประทานยา การจัดการสิ่งแวดล้อมและภาวะทาง

เศรษฐกิจ การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร และการมาตรวจตามนัด ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม[11] นอกจากนี้มีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเน้นการประเมินความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีความสำเร็จในการจัดการกับอาการรบกวน[12] แม้ว่าการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ แต่การศึกษาดังกล่าวยังไม่เฉพาะเจาะจงเฉพาะโรคในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ การศึกษาที่ผ่านมามีข้อเสนอแนะแตกต่างหลากหลาย และยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่พบรายงานการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรคของมะเร็งศีรษะและลำคอ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อมูลอันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยลดระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางด้านผู้ใช้บริการและโรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแล ตนเองได้และทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

คำถามการทบทวนวรรณกรรม

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิด The PICO method framing systematic review ในกรณีที่คำถามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบเชิงพรรณนาหรือการศึกษาเชิงสำรวจทั่วไป หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (PICo; qualitative review protocol)[13,14] ซึ่งสามารถพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยทั้งที่เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและการวิจัยเชิงทดลอง และใช้เกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (JBI) ในการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์[14]

วิธีดำเนินการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เพื่อศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มีขั้นตอนการดังนี้

1. ขั้นกำหนดประเด็นในการสืบค้น มีการกำหนดประเด็นในการสืบค้นโดยใช้กรอบ PICo[13,14] ดังนี้ P (Participant) คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง I (Phenomena of interest) คือ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง Co (Context) คือ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล/ Cancer Center โดยกำหนดประเด็นการสืบค้นภาษาไทย 4 ประเด็นคือ 1) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ 2) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) การวางแผนจำหน่าย และ 4) การดูแลแบบประคับประคอง ส่วน Keywords ภาษาอังกฤษ คือ 1) head and neck cancer 2) advance stage 3) discharge planning และ 4) palliative care

2. ขั้นกำหนดคำค้น ได้กำหนดคำค้นจากประเด็นการสืบค้นหลัก มีการใช้คำเชื่อม AND/ OR/ NOT ระหว่างประเด็นการสืบค้น และใช้คำเชื่อม “และ/หรือ” ในการสืบค้นบทความภาษาไทย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงในการสืบค้นมากขึ้น การกำหนดคำค้นภาษาไทยและภาษาอังกฤษตามการกำหนดประเด็นสืบค้นทั้ง 4 ประเด็น ดังนี้

ตารางที่ 1 การกำหนดประเด็นการสืบค้นและคำค้นในการทบทวนวรรณกรรม

ประเด็นที่ 1	ประเด็นที่ 2	ประเด็นที่ 3	ประเด็นที่ 4
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	การวางแผนจำหน่าย	การดูแลแบบประคับประคอง
มะเร็งกล่องเสียง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย	การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
	ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4		การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
			การตายอย่างสมศักดิ์ศรี
head and neck cancer	advance stage	discharge plan	palliative care
larynx OR nasopharynx OR oral cavity OR nasal cavity OR gum OR pharynx OR tongue OR thyroid OR floor of mouth OR lip OR oropharynx OR tonsil OR parotid gland	end stage		end of life care
nasopharyngeal carcinoma	stage 4		hospice care
nasopharynx cancer	stage IV		continuity of care
malignant nasopharyngeal tumors	terminal stage		dead and dying
base of tongue			supportive care
salivary gland			

คำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ มะเร็งศีรษะและลำคอ หรือ มะเร็งหลอดลมคอ หรือ มะเร็งหลังโพรงจมูก หรือ มะเร็งช่องปาก หรือ มะเร็งเหงือก หรือ ไทรอยด์ หรือ มะเร็งลิ้น หรือ มะเร็งกล่องเสียง และ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย หรือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 และ การดูแลแบบประคับประคอง หรือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย หรือ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือ การตายอย่างสมศักดิ์ศรี และ การวางแผนจำหน่าย ส่วนคำสืบค้นภาษาอังกฤษ ได้แก่ head and neck cancer OR larynx OR nasopharynx OR oral cavity OR nasal cavity OR gum OR pharynx OR tongue OR thyroid OR floor of mouth OR lip OR oropharynx OR tonsil OR parotid gland OR nasopharyngeal carcinoma OR nasopharynx cancer OR malignant nasopharyngeal tumors OR base of togue OR salivary gland AND advance stage OR end stage OR stage 4 OR stage IV OR terminal stage AND palliative care OR end of life care OR hospice care OR continuity of care OR dead and dying OR supportive care AND discharge plan

3. ขั้นกำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ Medline, CINAHL, Scopus, ClinicalKey, PsychINFO, ScienceDirect, PubMed, ThaiJO, และ ThaiLIS หรือการสืบค้นในช่องทางอื่น

4. ขั้นกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกผลงานวิจัย (Inclusion and exclusion criteria) เกณฑ์ในการคัดการเลือกผลงานวิจัย (Inclusion criteria) คือ บทความวิจัยปฐมภูมิ (Primary study) ฉบับเต็ม (Full text) ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองประเภทของงานวิจัยที่คัดเลือกเข้าเป็นงานวิจัยทุกประเภททั้งแบบเชิงทดลองและแบบบรรยาย ได้แก่ randomize controlled trial (RCT), quasi experimental controlled group, quasi experimental uncontrolled group, descriptive study, grey literature สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ งานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองแต่ไม่ได้ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย

5. ขั้นการประเมินคุณภาพงานวิจัย ตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดยผู้วิจัยจำนวน 5 คน แต่ละคนอ่านและวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ JBI’s Critical Appraisal Tools ที่สอดคล้องกับบทความวิจัย ได้แก่ Checklist for Cohort

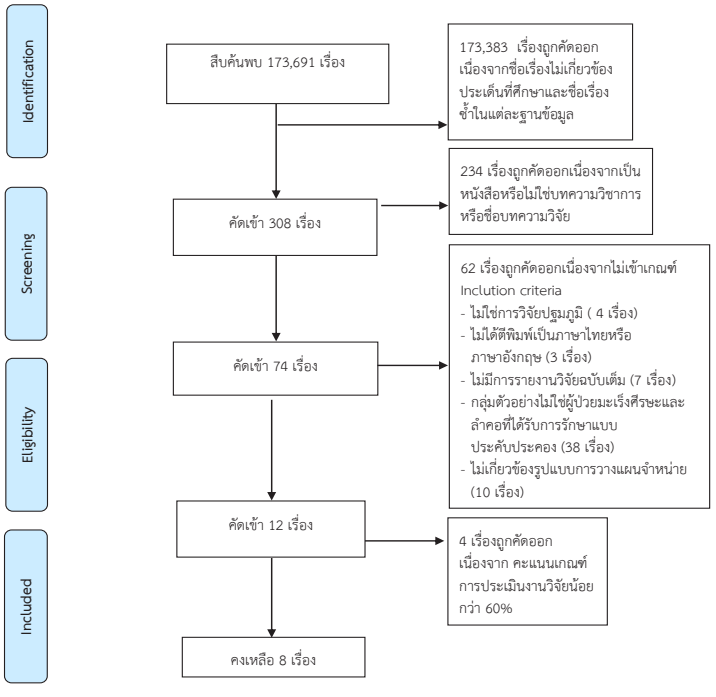
Studies, Checklist for Quasi-Experimental Studies, Checklist for Analytical Cross Sectional Studies, Checklist for Case Reports, Checklist for Qualitative Research[15] หลังจากทีมผู้วิจัยแต่ละคนประเมินงานวิจัยอย่างอิสระตามเกณฑ์การประเมิน ผลงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าร้อยละ 60 ถูกนำมาพิจารณาเป็นงานวิจัยที่นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล[13] ในกรณีที่ทีมวิจัยอ่านผลงานวิจัยแล้วพบว่ามีการประเมินค่างานวิจัยไม่ตรงกัน จะใช้วิธีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปเพื่อให้เป็นทิศทางเดียวกัน โดยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (Data extraction sheet) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยพัฒนาจากแบบบันทึกการสกัดข้อมูลของ JBI[14]

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการสกัดข้อมูล (Data extraction sheet) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยพัฒนาจากแบบบันทึกการสกัดข้อมูลของ JBI มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic analysis) เนื่องจากงานวิจัยที่คัดเข้าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยประเภทพรรณนา มีรายละเอียดเฉพาะในแต่ละเรื่องจึงเป็นการวิเคราะห์แบบสรุปความ (Narrative summary)

ผลการวิจัย

จากผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 308 เรื่อง โดยมีรายละเอียดขั้นตอนในการคัดเลือกงานวิจัยตามแผนภาพที่ 1 มีงานวิจัยที่ผ่านการวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย คงเหลืองานวิจัยทั้งหมด 8 เรื่อง เป็นการศึกษาในประเทศไทย จำนวน 3 เรื่อง สหรัฐอเมริกา 2 เรื่อง เนเธอร์แลนด์ 1 เรื่อง สหราชอาณาจักร 1 เรื่อง และ ออสเตรเลีย 1 เรื่อง โดยแบ่งเป็นงานวิจัยแบบ Quasi experimental design จำนวน 3 เรื่อง แบบ Cohort study จำนวน 1 เรื่อง แบบ R & D จำนวน 1 เรื่อง Cross sectional จำนวน 1 เรื่อง Case Report จำนวน 2 เรื่อง ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2



ภาพที่ 1 แผนผังการคัดเลือกงานวิจัยในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Flow Diagram)[16]

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	กลุ่มตัวอย่าง /การออกแบบวิจัย	รูปแบบการวางแผนจำหน่าย	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน level of evidence JBI
กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2561)[17] (Thailand)	ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก (N = 61) (Quasi experimental design; pretest-Posttest one group design)	โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของเชปป์ (Schepp, 1995) 4 ด้าน 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับพยาบาล 2) ด้านการตัดสินใจในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย 3) ด้านกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย บรรยาย/สาธิต 4) ด้านกิจกรรมการพยาบาล	- แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ประยุกต์จากแนวคิด ของเชปป์ (Schepp,1995) จำนวน 10 ข้อ - แบบประเมินความพึงพอใจผู้ดูแล ประยุกต์จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) จำนวน 10 ข้อ	- คะแนนเฉลี่ยความรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (t=-63.77, *p*=0.00) - คะแนนความพึงพอใจหลังเข้าร่วมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (*p*=0.00) - ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอหลังเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด	Level 2d
ฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ (2562)[18] (Thailand)	- ทีมสุขภาพ (N= 19 คน) เพศหญิง ร้อยละ 88.24 อายุเฉลี่ย 49 ปี - ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและผู้ดูแล (N=23 คน) เพศชาย ร้อยละ 86.96 อายุเฉลี่ย 63.00 ปี (S.D. = 12.45) เป็น (Quasi-experimental design)	แนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ วงจร PDCA ร่วมกับ **D-METHOD**	1) แนวคำถามการประเมินคุณภาพการวางแผนจำหน่าย 4) แบบสังเกตการปฏิบัติตามการวางแผนจำหน่ายของทีมปฏิบัติ 5) แบบประเมินความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอหรือผู้ดูแล 6) แบบประเมินความพึงพอใจของทีม ปฏิบัติ 7) แบบประเมินความพึงพอใจของ ผู้ป่วยและผู้ดูแล	1. ด้านคุณภาพการวางแผนจำหน่ายฯ มีดังนี้ - ผู้ป่วยฯสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (100%) ยกเว้น การบริหารไหล่และคอ (94.74%) และการบริหารปาก (93.75%) - ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ (100%) 2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (69.57%) - ผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (52.17%)	Level 2d
วราภรณ์ เขมโชติกูร และคณะ (2555)[10] (Thailand)	- ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ (N=33 คน) อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 30.3, เพศชาย ร้อยละ 81.8 ได้รับการรักษาโดยการเจาะคอ ร้อยละ 39.9, เจาะคอร่วมกับให้อาหารทางสายยางจมูก ร้อยละ 24.2 - ผู้ดูแล (N=33 คน) เป็นบุตร ร้อยละ 39.4 ภรรยา ร้อยละ 33.3 (Quasi experimental design)	แนวคิด M-E-T-H-O-D กระบวนการวางแผนจำหน่าย มี 3 ระยะ คือ *ระยะที่ 1 พัฒนาความสามารถ* 1) การประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายในวันแรกหลังเจาะคอหรือใส่สายให้อาหาร 2) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลัก *ระยะที่ 2 พัฒนาทักษะ ระยะที่ 3 ทักษะและการดูแลต่อเนื่อง*	1) แบบบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำ 2) แบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3) แบบประเมิน เพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (ดัดแปลงจาก สิริวรรณ เดียวสุรินทร์[14]) 4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ (ดัดแปลงจาก สิริวรรณ เดียวสุรินทร์[14])	1) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย - ดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ถูกต้อง (92.9%) - ให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้อง (90%) 2) อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ (3%) - ผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย แนวคิด M-E-T-H-O-D มีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำน้อยกว่าการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*< 0.001)	Level 2d

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	กลุ่มตัวอย่าง /การออกแบบวิจัย	รูปแบบการวางแผนจำหน่าย	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน level of evidence JBI
de Leeuw et al. (2019)[19] (Nether-lands)	- Health professionals (N=8) - HNC patients who had completed treatment with curative intent 2 to 6 months earlier (N=21) Male 76%, females 24%, Cancer cavity 48%, stage T1 33% (Qualitative study)	N/A	Structured interviews.	- Advice or instructions addressed 23 topics, including 1) skin or wound care 2) nutrition 3) mouth and dental care 4) pain management 5) smoking cessation 6) dry mouth /sticky saliva 7) drinking alcohol 8) chewing and swallowing 9) fatigue 10)going back to work 11) change in taste/smell 12) tube feeding 13) eating out 14) physical fitness/ condition 15) coping/ anxiety 16) social activities 17) change of voice/ hoarseness 18) trachea stoma care 19) clothing 20) psychological care 21) contact with others 22) cosmetics use 23) Intimacy/ sexual function	Level 3
Hallman and Newton (2019)[20] (US)	HNC (N=1) Stage II, T2/T3 esophageal squamous cell, not spread to lymph nodes or parts of the body; male 51 years old (Case report)	Multiple aspect of PC (structure and process physical aspects of care; psychological and psychiatric aspects of care; social aspects of care spiritual, religious, and existential aspects of care; cultural aspects of care; care of the patient nearing the end of life; and ethical and legal aspects of care)	N/A	Communication is key success of PC Individual care patient and family - Open-end question, listen to and ask follow-up questions based on the patient response to meet the patient's concern - Interprofessional approach symptom management, supervisor-ship, pain management	Level 4d

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	กลุ่มตัวอย่าง /การออกแบบวิจัย	รูปแบบการวางแผนจำหน่าย	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน level of evidence JBI
Heung et al. (2020)[21] (US)	Older adult with first-time inpatient Palliative care referrals (PCRs) (N=7322) HNC patients (n=154; 2%) **Grp1** = patients who died *within* 24 hours (n=154) mean age 64.3 years **Grp2** = PCR ≥ 24 hours before death (n=153) mean age 59.7 years (Cohort study)	N/A	1) The ESAS: used to assess the severity of common symptoms during the past 24 hours, including the assessment System Financial-Spiritual (ESAS-FS) 2) The Memorial Delirium Assessment 3) Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) assessment scale	154 (2%) HNC patients died within 24 hours of referral. Patients who received a very late PCR had higher scores for depression, shortness of breath, delirium, and poor performance status, indicating that a considerable amount of physical and emotional suffering was already present on contact with palliative care for the first time.	Level 3C
Indoe et al. (2020)[22] (UK)	Free-tissue transfer patients (N=14) male 50%, female 50%, mean age= 72 years, age range 57 to 87 (Cross-sectional study)	- Using prompt-list modelled along the principals of the Patient Concerns Inventory module specific for Ward Discharge (PCI-WD)	Pilot a Patient Concerns Inventory (PCI) module specific for Ward Discharge (PCI-WD); 38 items with four prompt-boxes relating to one concern	-PCI-WD could be a useful tool in aiding the discharge process (38 items). New or modified items added six treatments related, five social care and social well-being, four psychological, emotional, and spiritual well-being, seven physical and functional well-being, and 16 discharge related.	Level 4b
Clement (2011)[23] (Australia)	Patient with basal cell carcinoma right cheek. (N=1), 48 years old, male, alcohol assumption, unemployed, lives alone, no local family support. (Case report)	N/A	N/A	- Documents should be concise and focused on critical information to the patients - Discharge information should be reviewed with the patient/family caregivers -Discharge information increased patient and caregiver understanding, and will avoid unwanted complications or readmissions.	Level 4d

ผลการสกัดและวิเคราะห์ข้อมูล

HNC: Head and neck cancer; HP: Health professional; PC: Palliative care

จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 เรื่อง เกี่ยวกับรูปแบบในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง พบว่า ในแต่ละรูปแบบมีองค์ประกอบดังนี้

1. *การประสานความร่วมมือแบบสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว* จากการศึกษา พบว่า มีบทความจำนวน 4 เรื่อง ที่กล่าวถึงการทำงานร่วมมือกันแบบสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง จากการศึกษาของ Hallman และ Newton[20] พบว่า การดูแลแบบสหวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง วราภรณ์ เขมโชติกูร และคณะ[10] พบว่าทีมสุขภาพควรประกอบด้วยแพทย์โสต ศอ นาสิก พยาบาล นักโภชนากร และนักกายภาพ ในขณะที่ฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ[18] พบว่า ทีมสุขภาพที่ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยและญาติในการวางแผนจำหน่ายฯ ควรมีแพทย์โสต ศอ นาสิก พยาบาลหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก นักโภชนากร พยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแล โดยหาผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มการรักษาที่สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่องมาร่วมวางแผนและให้การดูแล ในขณะเดียวกัน กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย[17] พบว่า ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน

2. *การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้าย* จากการศึกษา พบว่า มีบทความจำนวน 3 เรื่อง โดย Hallman และ Newton[20] พบว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยความสำเร็จของการดูแลแบบประคับประคองในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นอกจากนี้ Indoe et al.[22] พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายประสบความสำเร็จเพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อให้การให้บริการวางแผนจำหน่ายได้ดีขึ้น การสื่อสารในที่นี้ครอบคลุมถึงการถ่ายทอดเนื้อหาที่จำเป็นในขณะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย เช่น การจัดการความปวด การฝึกพูด ฝึกกลืน การดูแลแผลเจาะคอ การดูแลตนเอง และตลอดจนคำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ฯลฯ de Leeuw et al.[19] ได้อธิบายว่าการสื่อสารที่ดีควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและญาติ ตามคำแนะนำ ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้สอน ได้แก่ เนื้อหาการสอน ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และทัศนคติของผู้สอน และปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ พื้นฐานความรู้ ความสามารถในการรับรู้ ปัจจัยด้านอารมณ์ความรู้สึก ความสอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติ และการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน จุดเน้นของการสื่อสารที่ดีในการวางแผนจำหน่าย คือการตระหนักถึงข้อจำกัด และความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะสุดท้ายในขณะให้คำแนะนำ รวมถึงการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวอันจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดี[22]

3. *แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้าย* จากการศึกษาพบว่า มีบทความจำนวน 3 เรื่อง ที่กล่าวถึงแนวคิดในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้ กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย[17] ได้ศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมกับครอบครัวโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของเซปป์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) ด้านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพ และชมวีดิทัศน์ 2) ด้านกิจกรรมการตัดสินใจในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย โดยการบรรยายสรุป เปิดโอกาสให้ซักถาม เสริมแรงบวกและให้กำลังใจประสานทีมสหวิชาชีพ 3) ด้านกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยสอนสาธิตและใช้สื่อการสอนหุ่นจำลองเจาะคอ สาธิตย้อนกลับแจกสมุดคู่มือฉบับ 4) ด้านกิจกรรมการพยาบาลการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และการประเมินความรู้ความสามารถ ขณะเดียวกัน ฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ[18] ได้มีการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการ PDCA ประกอบด้วย 1. ขั้นวางแผนที่มี 1) การสร้างทีมในการพัฒนาคุณภาพการวางแผนการจำหน่าย 2) วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาการวางแผนจำหน่ายด้วยการประชุมกลุ่มทีม สุขภาพและสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวบรวมปัญหา จัดทำเป็นแผนภูมิก้างปลา (Fish bone diagram) 3) ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและเลือกแนวทางแก้ไข โดยทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติประชุมร่วมกันและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้การลงคะแนนพหุ (Multi voting) และ 4) พัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดโดยนำรูปแบบ

D-METHOD มาใช้ในการให้ข้อมูลและดูแลผู้ป่วย 2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการโดยทีมพัฒนาให้ความรู้ และชี้แจงรายละเอียดแก่ทีมปฏิบัติเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นให้ทีมปฏิบัติทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด 3. ขั้นการตรวจสอบ และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และ 4. ขั้นการนำผลการดำเนินงานมาปรับปรุงโดยทีมพัฒนา และทีมปฏิบัติประชุมเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติ วราภรณ์ เขมโชติกูร และคณะ[10] ใช้แนวคิด M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al. มาใช้การในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพ ระบบส่งต่อ และโภชนาการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาความสามารถ โดยเริ่มจากการประเมินผู้ป่วยโดยการใช้แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายในวันแรกหลังจากผู้ป่วยเจาะคอหรือใส่สายให้อาหาร โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยการใช้ M-E-T-H-O-D ร่วมกับแบบประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และเตรียมผู้ดูแลหลักโดยมีการ เตรียมความรู้อย่างมีแบบแผนโดยการใช้นวัตกรรมสมุดภาพ หุ่นโมเดลและแปรงล้างท่อเจาะคอมาเป็นสื่อช่วยสอน ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาทักษะ วันที่ 2 - 4 พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care; HHC) มาร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดย พยาบาลสาธิตการดูแลท่อเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง และให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติทุกวัน จนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งพบนักโภชนากรเพื่อฝึกปฏิบัติการทำอาหารปั่นผสมในผู้ป่วยที่ต้องให้ทางสายยางส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกหายใจและไอในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจและไอที่มีประสิทธิภาพ ระยะที่ 3 เกิดทักษะและการดูแลต่อเนื่องวันที่ 5 พยาบาลประเมินทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล และรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่ หรือปัญหาที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมารับการรักษาซ้ำ เมื่อพร้อมจำหน่ายกลับบ้านส่งต่อศูนย์ HHC ด้วยแบบส่งต่อและวางแผน ดูแลร่วมกับศูนย์แล้วประสานงานไปที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์แรกและติดตามซ้ำทุก 1 เดือน ระยะเวลาติดตามครั้งละ 15 นาทีโดยติดตามหลักการ M-ET-H-O-D ในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและปัญหาที่พบขณะดูแลที่บ้านเพื่อช่วยแก้ปัญหา

4. *เนื้อหาการวางแผนจำหน่าย* จากการศึกษา พบว่า มีบทความจำนวน 5 เรื่อง ที่รายงานรายละเอียดในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ[18] ได้กำหนดเนื้อหาในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเหล็กภายใน การไออย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันสิ่งแปลกปลอมเข้าท่อเหล็กภายใน การฝึก พูด การเตรียมอาหารเพื่อรับประทาน การได้รับน้ำและเครื่องดื่มอย่างเพียงพอ การรักษาความสะอาดของ ช่องปากและฟัน การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การพักผ่อน และ การจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติ อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Hallman และ Newton[20] พบว่า เนื้อหาในการดูแลแบบประคับประคองควรประกอบด้วยการดูแลทางด้านการจัดการอาการ การจัดการความปวด การดูแลด้านอารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลในเรื่องอาหาร น้ำ น้ำหนักตัวและการทำงานของร่างกาย วราภรณ์ เขมโชติกูรและคณะ[10] ได้กล่าวถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพ ระบบส่งต่อ และโภชนาการ[10,20]

de Leeuw et al.[19] รายงานว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอมีความต้องการหรือปัญหา 23 ประเด็น ได้แก่ 1) การดูแลผิวหนังหรือบาดแผล 2) ภาวะโภชนาการ 3) การดูแลช่องปากและฟัน 4) การจัดการความปวด 5) การเลิกบุหรี่ 6) ภาวะปากแห้ง/น้ำลายเหนียว 7) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 8) การเคี้ยวและกลืน 9) ความเหนื่อยล้า 10) การกลับไปทำงาน/และการกลับไปศึกษาต่อ 11) การเปลี่ยนแปลงการรับรส /กลิ่น 12) การให้อาหารทางสายยาง 13) การรับประทานอาหารนอกบ้าน 14) สมรรถภาพและสภาวะทางร่างกาย 15) การเผชิญปัญหา/และการจัดการกับความวิตกกังวล 16) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 17) การเปลี่ยนแปลงของเสียง/ภาวะเสียงแหบ 18) การดูแผลเจาะคอ 19) เสื้อผ้า /อุปกรณ์ปิดแผลเจาะคอ 20) การดูแลด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ 21) การติดต่อกับผู้ป่วยรายอื่น 22) การใช้เครื่องสำอาง 23) ความใกล้ชิด/กิจกรรมทางเพศ[19] นอกจากนี้ Indoe et al.[21] มีการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยมีหัวข้อหลัก 5 หัวข้อ ดังนี้ 1) ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษา 2) การดูแลทางสังคมและความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม 3) ความผาสุกทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ 4) ความผาสุกทางร่างกายและการทำงาน 5) ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย

5. *เครื่องมือ* จากการศึกษา พบว่า มีบทความจำนวน 5 เรื่อง ที่กล่าวถึงเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย ฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ[18] ได้เสนอแนะให้มีการจัดทำคู่มือเพื่อให้เกิดความชัดเจน และมีการใช้แบบประเมินโปรแกรม คือ แบบสังเกตการปฏิบัติตามการวางแผนจำหน่ายของทีมปฏิบัติ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหรือผู้ดูแลที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินของ Deawsurintr และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการจัดทำคู่มือควรคำนึงถึง ระดับการศึกษา และภาษาของผู้ป่วยและผู้ดูแล[18,23] วราภรณ์ เขมโชติกูร และคณะ[10] ได้กล่าวถึงการใช้นวัตกรรมสมุดภาพ หุ่นโมเดลและ แปรงล้างท่อเจาะคอมาเป็นสื่อช่วยสอน และการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ 1) แบบบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำ 2) แบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3) แบบประเมิน เพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดัดแปลงมาจาก สิริวรรณ เดียวสุรินทร์ อ้างถึงใน ฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ[18] ประกอบด้วย ด้านต่าง ๆ คือ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลร่างกาย การได้ยินและการหายใจ 4) แบบประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ[18]

การศึกษาในสหรัฐอเมริกา Heung et al.[22] ศึกษาการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative care referrals; PCRs) จะช่วยให้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมปัจจัยหลายด้าน โดยใช้แบบประเมิน 1) Edmonton Symptom Assessment System-Financial-Spiritual (ESAS-FS) 2) Memorial Derilium Assessmenrt Scale และ 3) Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ซึ่งควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าระบบการประเมินตั้งแต่เริ่มต้น จะช่วยลดการสูญเสียโอกาสการได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ นอกจากนี้ Indoe et al.[22] รายงานการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ PCI-WD Prompt list มี 4 องค์ประกอบหลัก 43 หัวข้อ ได้แก่ 1) เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge related) 22 ข้อ 2) สุขภาวะและสมรรถนะทางกาย (Physical and functional well-being) 8 ข้อ 3) สุขภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Psychological, emotional, and spiritual well-being) 8 ข้อ และ 4) การดูแลและสุขภาวะทางสังคม Social care and social well-being) 5 ข้อ

6. *ระยะเวลา* จากการศึกษา พบว่า มีบทความจำนวน 3 เรื่อง ที่กล่าวถึงระยะเวลาในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยกิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย[17] สอนอย่างมีแบบแผนใน วันที่ 1, 2, 3 ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในขณะที่ ฉวีวรรณ เกตุน้อยและคณะ[18] พบว่า ระยะเวลาขึ้นอยู่กับเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการจะพูดคุย ความต้องการข้อมูล และความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะการสอนสาธิตและการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 20 นาที ต่อเรื่องทุกวัน จำนวน 3 วัน ซึ่งเพียงพอสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่จะทำให้เข้าใจและปฏิบัติได้จนเกิดความชำนาญ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลหลังจำหน่ายเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จากการศึกษาของ วราภรณ์ เขมโชติกูร และคณะ[10] รูปแบบการจำหน่ายใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 5 วัน ประกอบด้วยเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล 1 วัน สอนผู้ป่วยและญาติ 3 วัน และประเมินทักษะ 1 วัน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์แรกและติดตามซ้ำทุก 1 เดือน นาน 6 เดือน ระยะเวลาติดตามครั้งละ 15 นาที[10,17,18]

7. *วิธีการ* จากการศึกษา พบว่า มีบทความจำนวน 3 เรื่อง ที่กล่าวถึงวิธีการในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยการศึกษาของฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ[18] กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย[17] และ วราภรณ์ เขมโชติกูร และคณะ[10] มีวิธีการเหมือนกัน โดย การสอน และฝึกปฏิบัติข้างเตียงควบคู่กัน ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและมีความมั่นใจ นอกจากนี้ยังมีการใช้โมเดลหุ่นและสมุดภาพในการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการปฏิบัติ ซึ่งการสอนที่จะประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้สอน ประกอบด้วยเนื้อหาการสอน ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และทัศนคติของผู้สอน และปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย พื้นฐานความรู้ ความสามารถในการรับรู้ ปัจจัยด้านอารมณ์ความรู้สึก ความสอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติ และการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน[10,17,18]

8. *คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย* พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 74.85 เพศหญิง ร้อยละ 25.15 อายุเฉลี่ย 59.57 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 18-93 ปี ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอทั้งหมด ที่ได้รับการเจาะคอคิดเป็นร้อยละ 37.5 ได้รับการรักษา เช่น การผ่าตัดอย่างเดียว การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีและให้ยาเคมี การให้ยาเคมีร่วมกับการฉายรังสี ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.18 อายุเฉลี่ย 45.29 ปี

10. *รูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีประสิทธิภาพ* ประกอบด้วย การประสานความร่วมมือแบบสหวิชาชีพ การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ D-METHOD เป็นเครื่องมือในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยมีการสอน สาธิตและสาธิตย้อนกลับ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การจัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วยและญาติ และมีการเสริมแรงบวกให้กำลังใจ จากการศึกษาจำนวน 8 เรื่อง พบรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอจำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองจากการทบทวนวรรณกรรม

รายละเอียด	กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และคณะ (2561)[17]	ฉวีวรรณ เกตุน้อย และคณะ (2562)[18]	วราภรณ์ เขมโชติกูร และคณะ (2555)[10]
รูปแบบโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย			
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	√	√	√
การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพ	√		
การชมวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วย	√		
การสอนทักษะการดูแลผู้ป่วย แบบบรรยาย สาธิต และสาธิตย้อนกลับโดยใช้หุ่นจำลอง	√	√	√
การเสริมแรงทางบวกผู้ดูแล	√		
การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน	√		
การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ	√	√	√
การประสานความร่วมมือกับโภชนากรในการเตรียมอาหารทางสายยาง	√	√	√
การให้ข้อมูลแบบ METHOD/D-METHOD		√	√
การใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (PDCA)		√	
การสอนแบบมีแบบแผน	√		√
การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย / การส่งต่อเพื่อดูแลต่อที่บ้าน	√		√
อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่ใช้			
อุปกรณ์ทางการแพทย์/ เวชภัณฑ์	√		√
แผ่นพับ/สมุดภาพการให้ความรู้/ คู่มือ	√	√	√
นวัตกรรมหุ่นโมเดลเจาะคอ	√		√
เนื้อหาการสอนสุขศึกษาเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน			
ความรู้เรื่องยา		√	√
การเตรียมอุปกรณ์ทำแผล/ ดูแลแผลเจาะคอ	√		√
การล้างมือ	√		
การถอดท่อ/ ดูแลท่อเจาะคอ	√		√
การล้างทำความสะอาดท่อ	√		√
การเตรียมอาหาร/ภาวะโภชนาการ	√		√
การให้อาหารทางสายยาง	√		√
การออกกำลังกาย	√	√	
การสังเกตอาการผิดปกติ	√		
การเตรียมอุปกรณ์ขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน	√		√
ด้านแหล่งสนับสนุน สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน	√		√
แบบประเมิน			
แบบวัดความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล	√	√	√
แบบประเมินเพื่อการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย	√		√
แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วย	√	√	
แบบวัดความพึงพอใจของทีมผู้ปฏิบัติ		√	
อัตราการกลับมารักษาซ้ำ	√		√

1.1 โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยทำการสอนอย่างมีแบบแผนในวันที่ 1, 2, 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูล การเตรียมความพร้อม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ และ ชมวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วย เจาะคอ 2) กิจกรรมการตัดสินใจผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การบรรยายสรุปใช้สื่อภาพแสดงบทบาทของผู้ดูแล การเปิดโอกาสให้ซักถาม การเสริมแรงบวกให้กำลังใจ รวมถึงการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสอนสาธิตทุกขั้นตอนโดยการใช้สื่อหุ่นจำลองเจาะคอ การสาธิตย้อนกลับ และการแจกสมุดคู่มือฉบับผู้ป่วยและญาติ และ 4) กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นความพร้อมของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และการประเมินความรู้ความสามารถและความพึงพอใจผู้ดูแล

1.2 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการ PDCA ร่วมกับการให้ข้อมูลแบบ D-METHOD ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค (Diagnosis) ยา (Medication) สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ (Environment & economic) การรักษา (Treatment) ภาวะสุขภาพ (Health) การขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด (Outpatient & referral) และอาหาร (Diet) โดย 1) สร้างทีมในการ พัฒนาคุณภาพการวางแผนการจำหน่าย เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนา 2) วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาการวางแผนจำหน่ายด้วยการประชุมกลุ่มทีมสุขภาพ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวบรวมปัญหา จัดทำเป็นแผนภูมิก้างปลา (Fish bone diagram) 3) ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและเลือกแนวทางแก้ไข โดย ทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติประชุมร่วมกันและกำหนด แนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้การลงคะแนนพหุ (Multivoting) และ 4) พัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดโดยนำรูปแบบ D-METHOD มาใช้ในการให้ข้อมูลและดูแลผู้ป่วย

1.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอกรณี ผู้ป่วยเจาะคอ ทำโดยบุคลากรประกอบด้วย แพทย์ หู คอ จมูก พยาบาลมะเร็งศีรษะและลำคอ นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่1 พัฒนาความสามารถ 1) การประเมินผู้ป่วยโดยการใช้แบบประเมินการวางแผน จำหน่ายในวันแรกหลังจากผู้ป่วยเจาะคอหรือใส่สายให้อาหาร โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยการใช้ M-E-T-H-O-D ร่วมกับแบบประเมินเพื่อการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 2) การเตรียมผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย กำหนดระยะเวลา ในการเตรียมความพร้อม 1 วัน โดยมีการเตรียมผู้ป่วยต่อเนื่องตามแผนการจำหน่าย เตรียมความรู้อย่างมี แบบแผนโดยการใช้นวัตกรรมสมุดภาพ หุ่นโมเดล และ แปรงล้างท่อเจาะคอมาเป็นสื่อช่วยสอน ระยะที่ 2 พัฒนาทักษะ วันที่ 2 - 4 พยาบาล ร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลสาธิตการดูแลท่อเจาะคอ การให้อาหารทางสายยางและให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติทุกวัน จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งพบนักโภชนาการเพื่อฝึก ปฏิบัติการทำอาหารปั่นผสมในผู้ป่วยที่ต้องให้ทางสายยางส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกหายใจและไอในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจและไอที่มีประสิทธิภาพ ระยะที่ 3 ทักษะและการดูแลต่อเนื่องใช้รูปแบบ METHOD ในแต่ละระยะ วันที่ 5 พยาบาลประเมินทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล และรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่ หรือปัญหาที่เป็นโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมารับรักษาซ้ำ เมื่อพร้อมจำหน่าย กลับบ้านส่งต่อศูนย์ HHC ด้วยแบบส่งต่อและวางแผนดูแลร่วมกับศูนย์แล้วประสานงานไปที่สถานบริการ สาธารณสุขใกล้บ้าน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลัง จำหน่าย 1 สัปดาห์แรกและติดตามซ้ำทุก 1 เดือน ระยะ เวลาติดตามครั้งละ 15 นาทีโดยติดตามหลักการ M-ET-H-O-D ในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและ ปัญหาที่พบขณะดูแลที่บ้านเพื่อช่วยแก้ปัญหา ผลการใช้รูปแบบนี้ พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลเจาะคอและ การให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้องได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 เมื่อติดตามเยี่ยมที่บ้านทางโทรศัพท์พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลเจาะคอได้ถูกต้องร้อยละ 92.9 และการให้อาหารทางสายยางหรือทางหน้าท้องได้ถูกต้องร้อยละ 90 อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำลดลงเหลือร้อยละ 3 โดยพบว่าอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาน้อย กว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิม ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังจากใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนา มีผลลัพธ์ดีกว่าที่ใช้รูปแบบเดิม เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนามีการกำหนดโครงสร้างให้มี การประสานงานที่เป็นทางการ กำหนดหน้าที่ของทีม สุขภาพไว้ชัดเจน ทำให้ทุกคนทราบหน้าที่ตนเองซึ่งการทำเช่นนี้จะทำให้ไม่ทำงานซ้ำซ้อนและผู้ป่วยได้รับ

การดูแลครบและตรงตามความต้องการในด้านกระบวนการ มีการกำหนดขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายที่ดีทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแล มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่ใช้

อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่ใช้ ในการสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ 1) อุปกรณ์ทางการแพทย์เวชภัณฑ์ตามสภาพความต้องการและโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น ชุดให้อาหาร ทางสายยาง นวัตกรรมแปรงล้างท่อเหล็กเจาะคอ เป็นต้น 2) แผ่นพับ/สมุดภาพการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ในการให้อาหารทางสายยางจมูกหรือหน้าท้อง การดูแล ตนเองของผู้ป่วยเจาะคอ นวัตกรรมหุ่นโมเดลเจาะคอ โดยขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 1) ประชุมร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อศึกษากระบวนการการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเดิม และนำข้อมูลมาปรับในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ 2) กำหนดรูปแบบการวางแผน จำหน่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอใหม่ ขั้นดำเนินการ นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำหนดใหม่ไปทดลอง ใช้ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่หลังจากได้รับการเจาะคอหรือการให้อาหารทางสายยาง ประเมินผู้ป่วยโดยการใช้ M-E-T-H-O-D ร่วมกับแบบประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมลำดับความสำคัญของปัญหาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ยังเหลืออยู่หรือปัญหาที่เป็น โอกาสเสี่ยงต่อการกลับมารับรักษาซ้ำและติดตามเยี่ยมโดยการใช้โทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์แรกและติดตามซ้ำทุก 1 เดือนติดตามนาน 6 เดือน ระยะเวลาติดตามครั้งละ 15 นาที ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย 1) ประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอ พบปัญหา ว่าการสอนด้วยสมุดภาพอย่าง เดียวทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะไม่เพียงพอในการดูแลท่อเจาะคอจึงได้ปรับปรุงสื่อการสอนโดยใช้สมุดภาพ ร่วมกับทำนวัตกรรมหุ่นโมเดลเจาะคอมาช่วยสอนตั้งแต่ วันแรกหลังเจาะคอ 2) นำข้อมูลที่ได้จากการใช้รูปแบบ ทั้งหมดมาวิเคราะห์และสรุปรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ

การอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยมีคำถามการทบทวนวรรณกรรม คือ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองเป็นเป็นอย่างไร การศึกษา พบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองทั้งในและต่างประเทศเน้นการประสานความร่วมมือแบบสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย[20] เนื่องจากเป็นการวางเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกันในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ดูแล และญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย[24] ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์หู คอ จมูก พยาบาลหอผู้ป่วย หู คอ จมูก นักโภชนากร พยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และนักกายภาพบำบัด ซึ่งการประสานความร่วมมือนี้ควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลหลัก หรือครอบครัวมีในการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากการค้นหาผู้ดูแลหลักตั้งแต่เริ่มการรักษา จะช่วยให้เกิดการร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง[10,18]

การสื่อสารที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ กับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายให้ประสบความสำเร็จ[20,22] เพราะเป็นการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังสามารถระบุทีมผู้เชี่ยวชาญที่สามารถอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยการดูแลในระยะวิกฤต[25] สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา สายแก้ว และคณะ[26] พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญกับโรคมะเร็ง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสื่อสารที่ดีจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติเกิดความไว้วางใจ รับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจจากผู้ให้บริการ[26] ลดความวิตกกังวลจากความไม่มั่นใจ

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ตลอดจนการช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการร่วมกันวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยและญาติ กับทีมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[27]

ข้อค้นพบของแนวคิดที่ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้าย แนะนำให้คำนึงถึงการวางแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมกับครอบครัวโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม การแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย การสอนสาธิตการดูแลผู้ป่วย โดยเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน[17] การให้ความรู้ในการวางแผนจำหน่ายนั้นการศึกษาส่วนใหญ่ใช้แนวคิด M-E-T-H-O-D ในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้เรื่องยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพ ระบบส่งต่อ และโภชนาการ โดยเน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินและติดตามผลเป็นระยะ ทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ที่เสี่ยงต่อการกลับมารับการรักษาซ้ำ รวมทั้งการประสานงานไปที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและติดตามเยี่ยม[10] ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่าย เป็นการพัฒนาตามแนวคิดกระบวนการ (PDCA) ในการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง[10,18] กระบวนการดังกล่าวจะแสดงให้เห็นถึงขั้นตอนการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่าย การพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด PDCA จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากยิ่งขึ้น[24] นอกจากนี้ เนื้อหาของการวางแผนจำหน่าย ฯ จำเป็นต้องคำนึงถึง ดูแลทางด้านการจัดการอาการและความปวด ปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ เช่น การดูแล ช่องปากและฟัน การเคี้ยวและกลืน การเปลี่ยนแปลงการรับรส / กลิ่น การไอที่มีประสิทธิภาพ ผิวหนังและบาดแผล การให้อาหารทางสายยาง การเปลี่ยนแปลงของเสียง การฝึกพูด การเลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ การดูแผลเจาะคอ การใช้เครื่องสำอาง[18-20] ปัญหาเหล่านี้จะนำมาสู่ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประวัน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล[6] ดังนั้นการวางแผนการจำหน่าย จึงต้องครอบคลุมถึงด้าน ความผาสุกทางจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณ ความผาสุกทางร่างกายและการทำงาน ความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม[20,21] ตลอดจน สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การรักษาพยาบาล ภาวะสุขภาพ และความรู้เรื่องยา ระบบส่งต่อ และโภชนาการ [10,26]

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยจากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ที่นำไปสู่การการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของงานวิจัย : งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายและไม่ได้เน้นการศึกษาเชิงทดลอง ที่มีการควบคุมตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่มีผลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย จึงไม่สามารถเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวางแผนการจำหน่ายกับรูปแบบอื่น ๆ ได้ ซึ่งการศึกษาจากคำถาม PICo พบว่า มีจำนวนงานวิจัยที่เป็น เชิงทดลอง จำนวน 3 เรื่อง และ รูปแบบการจำหน่ายของแต่ละการศึกษามี ตัวแปรผลลัพธ์ของแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถนำค่า effect size ไปวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ได้ ผู้วิจัยจึงเสนอผลการศึกษาโดยการเล่าเรื่องที่เป็นปรากฏการณ์ (Narrative study) ของรูปแบการวางแผนจำหน่าย นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้รายงานผล Critical Apriasal และไม่ได้ทำการ ศึกษาวิเคราะห์คุณภาพของงานวิจัยโดยใช้วิธีการอื่น

การนำผลการวิจัยไปใช้ : รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ ควรเน้นการประสานและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้ D-METHOD มีการสอนและสาธิตย้อนกลับ การพัฒนาคู่มือฉบับผู้ป่วยและญาติ และเน้นความพร้อมของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ทักษะการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการประสานความร่วมมือแบบสหวิชาชีพ

การวิจัยครั้งต่อไป : ควรมีการนำผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การศึกษา

ประสิทธิผลด้านความรู้ของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล ตลอดจนประสิทธิผลด้านความพึงพอใจ ในการใช้แนวปฏิบัติของของพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการยืนยันการยกเว้นการรับรอง (Documentary proof of exemption) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ สธ 0315.5/088 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2564 หมายเลขหนังสือรับรอง UDCH_DPE 002/2021

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และคณาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี พยาบาลวิชาชีพและผู้มีส่วนสนับสนุนให้ข้อมูลในทุกภาคส่วนทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จ

References

1. World Health Organization (WHO) . Cancer today [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 9]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1.
2. Strategy and planning division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2021. Nontaburi: Ministry of Public Health, Thailand. 2021. (In Thai)
3. National cancer control program Committee. Department of Medical Services. Ministry of Public Health; 2013: 12-3. (in Thai)
4. Udonthani Cancer Hospital. .Udonthani Cancer Hospital Base Cancer Registry 2019. Udonthan hospital, Thailandi; 2020. (in Thai)
5. Owens D, Paleri V, Jones AV. Head and neck cancer explained: an overview of management pathways. Br Dent J. 2022 Nov;233(9):721-725. doi: 10.1038/s41415-022-5199-1. Epub 2022 Nov 11. PMID: 36369551; PMCID: PMC9650163.
6. Pairojkul S, Piasupan P. Quality standards for palliative care. 3rd ed. Khonkean: Klungnana ; 2018. (in Thai)
7. Van Hof KS, Hoesseini A, Dorr MC, Verdonck-de Leeuw IM, Jansen F, Leemans CR, Takes RP, Terhaard CHJ, Baatenburg de Jong RJ, Sewnaik A, Offerman MPJ. Caregiver Burden, Psychological Distress and Quality of Life among Informal Caregivers of Patients with Head and Neck Cancer: A Longitudinal Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 5;19(23):16304. doi: 10.3390/ijerph192316304. PMID: 36498377; PMCID: PMC9738705.
8. World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet]. 2020 [cited 14 June 2021]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
9. Akkayagorn L, Chatrkaw P, Sriratanabal P, Manasvanich B, Sa-nguansap T, Meethavorn N, Udayachalem C. Definition and influencing factors of difficulty hospital discharge using focus group. Chula Med J. 2017; 61(4):511-24.
10. Kemshoktikul V, Srisanga S, Siripornadunsil S. Development of discharge planning in head neck cancer patient ENT Unit. Burirum Hospital. Journal Nursing and Health Care the North-Eastern. 2012; 30(3): 15-35. (in Thai)

11. Panich N. Lean with discharge planning model and discharge plan [Internet]. 2014 [cited 2020 January 10]. Available from: http://203.131.209.219/km/admin/new/070919_133635.pdf. (in Thai)
12. Rukwong P, Utsawapat M, Kachainchai S, Wisawatapnimit P. The Development of discharge planning model for end-stage cancer patient. Journal of Health and Nursing Research. 2021; 37(1): 266-80. (in Thai)
13. Khammathit A. The evidence-based approach in health care management, applied to nursing. SCNJ. 2021; 8(2), 315-28. (in Thai)
14. The Joanna Briggs Institute (JBI). Title of a qualitative review protocol [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 07]. Available from: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4688211.
15. The Joanna Briggs Institute (JBI). Critical appraisal tools [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 07]. Available from: https://jbi.global/critical-appraisal-tools.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009 Jul 21;6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097. Epub 2009 Jul 21. PMID: 19621072; PMCID: PMC2707599.
17. Chumjamras K, Singchungchai P. The effects of discharge planning program with a family participation on caregivers capacity of knowledge in caring for patients with tracheostomy and caregivers satisfaction at the eye, ear, nose, throat ward of Songkhla Hospital. SCNG. 2018; 5 (1): 124-34. (in Thai)
18. Ketnoi C, Abhicharttibutra K, Chitpakdee B. Quality Improvement of discharge planning for patients with head and neck cancer, eye ear nose and throat ward. Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Nursing Journal. 2020; 47(2): 417-26. (in Thai)
19. de Leeuw J, Prins JB. Merkx MAW, Marres HAM, van Achterberg T. Discharge advice in cancer patients. Cancer Nursing 2011; 34, (1): 54-66.
20. Hallman K, Newton S. Outpatient palliative care: A case study illustrating clinic support offered to patients receiving cancer treatment. CJON. 2019; 23(2): 203-8. doi:10.1188/19.CJON. 203-8.
21. Indoe J, Lane S, Davies K, Rogers SN. Pilot of the patient concerns inventory-ward discharge in patients following major reconstructive surgery for head and neck cancer. Br J Oral Maxillofac Surg. 2021; 59(4): 425-32.
22. Heung Y, Azhar A, Naqvi S, Williams J. Frequency and characteristics of first-time palliative care referrals during the last day of life. JPSM. 2021; 61(2):358-63.
23. Clement Z. Role of discharge planning in avoiding rehospitalisation in an Aboriginal man following head and neck surgery: A case report. Aborig. Isl. Health Work. J. 2011; 35(2): 20-2.
24. The Healthcare Accreditation Institue (Public Organization). Hospital and healthcare standards 4th ed. Nonthaburi : D-One company; 2019: 142-4.
25. Daly D, Matzel SC. Building a transdisciplinary approach to palliative care in an acute care setting. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2013; 67.1-2: 43-51.
26. Saikaew S, Tanatwanit Y, Kunsongei V. Effective communication between nurses and advanced cancer patients. JRTAN. 2020; 21(2): 93-101. (in Thai)
27. CDuvall A, Tumsen T. Therapeutic communication skills for nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018; 19: 25-33. (in Thai)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e260176

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับต่อความเครียดและความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล

ลักขณา ไชยนอก ปร.ด.*
นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล ปร.ด.**
จินตนา ตาปิน ปร.ด.***
ศรัญญา จุพารี ปร.ด.****

(วันรับบทความ: 28 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 4 มกราคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 5 มกราคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับตามความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา 715310 ปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ซึ่งกำลังจะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดเป็นครั้งแรก จำนวน 116 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับ หาคุณภาพโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ก. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข. แบบวัดความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด ค. แบบประเมินความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด หาคุณภาพของแบบประเมินความพร้อมโดยหาความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ก่อนนำมาปรับปรุงแล้วหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพร้อมโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่า 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้น การจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงก่อนฝึกภาคปฏิบัติช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ รวมทั้งด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึก ห้องคลอด การเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล

---

*อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
**พยาบาลวิชาชีพ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
***อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
****ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: saranya.c@sut.ac.th เบอร์โทร 065-1545398

Effects of Pre-training Program for Nursing Practicum in Delivery Room by Learning through Modeling and Return-demonstration Technique on Stress and Readiness of Nursing Students

Lakkhana Chainok PhD*
Nareelux Suwannobol PhD**
Jintana Tapin PhD***
Saranya Chularee PhD****

(Received Date: November 28, 2022, Revised Date: January 4, 2023, Accepted Date: January 5, 2023)

Abstract

This quasi-experimental, pretest-posttest, single group design research aimed to 1) evaluate a pre-training program for the delivery room nursing practicum using modelling and return-demonstration observational learning techniques according to the perceptions of the participating nursing students. Purposive sampling was used to recruit 116 third-year nursing students who would be participating on delivery room practice for the first time the participants for the study. Research instruments consisted of 1) the pre-training program for the delivery room nursing practicum using modelling and return-demonstration observational learning techniques; 2) the data collection tools consisted of three questionnaires, namely a) the demographic data questionnaire, b) the Suanprung stress test-20 (SPST-20), and c) the pre-practice readiness for delivery room practice assessment. The content of the pre-training program and readiness assessment were validated by three experts and the readiness assessment was tested for reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that the mean score for the nursing students' stress regarding delivery room practice before and after receiving the preparatory program were statistically significantly different ($p<.05$). The mean scores for the nursing students' readiness for clinical practice before and after receiving the preparatory program were statistically significantly different ($p<.001$). Therefore, participating in preparatory programs that resemble real-life situations before beginning practical training helps promote learning and a positive attitude towards the profession, as well as the skills required in nursing practice.

Keywords: training programs, delivery rooms, learning, nursing students

---

*Instructor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology
**Deputy Director of Administration, Suranaree University of Technology Hospital
***Instructor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology and Deputy Director of Nursing, Suranaree University of Technology Hospital
****Assistant Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology
****Corresponding author, E-mail: saranya.c@sut.ac.th Tel: 065-1545398

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เป็นการเตรียมพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะของวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพมีบทบาทหน้าปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ รวมทั้งยังต้องรับผิดชอบการดูแล บริการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่สุด[1] การเรียนจึงเน้นหนักทั้งทางภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งการศึกษาภาคปฏิบัติจัดว่าเป็นหัวใจของการเรียนการสอนทางการพยาบาลเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องนำทฤษฎีที่เรียนมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ[2]

การฝึกภาคปฏิบัติทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดและวิตกกังวลสูงกว่าการเรียนภาคทฤษฎีในชั้นเรียน[2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอดที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปจัดได้ว่าเป็นภาวะที่ค่อนข้างวิกฤตในการฝึกปฏิบัติงาน ถือเป็นวิชาที่นักศึกษามีความเครียดในระดับสูงสุด[3] นักศึกษาส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจในการทำคลอด มีความกลัว ความเครียด วิตกกังวล[4] และรู้สึกตื่นเต้น ที่ต้องเผชิญกับอาการเจ็บครรภ์คลอดของผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความกลัวการถูกตำหนิจากผู้รับบริการและญาติ กลัวว่าผลจากการปฏิบัติของตนจะทำให้ผู้รับบริการได้รับอันตราย กลัวไม่ผ่านการประเมินจากอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง รวมทั้งยังมีความเครียดในการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน อาจารย์ และบุคคลากรในทีมสุขภาพอีกด้วย การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอด จึงมีความสำคัญมากที่จะช่วยให้นักศึกษา มีความเครียดน้อยลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย มีการวางแผนการเรียนอย่างเป็นระบบ และสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงาน อาจารย์นิเทศ และบุคลากรในทีมสุขภาพได้[5]

การจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอดนั้น มีผู้ที่ศึกษาและปฏิบัติการเตรียมความพร้อมไว้หลากหลายรูปแบบ มีกระบวนการและแนวทางการปฏิบัติที่มีความหลากหลายในแต่ละสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล อาทิ การสอนด้วยสื่อวิดีทัศน์เกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอด การทบทวนทักษะในห้องปฏิบัติการ[5] เป็นต้น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ณ ห้องคลอดในรายวิชา 715310 ปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ซึ่งที่ผ่านมาคณาจารย์ในสาขาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์จะเป็นผู้จัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติให้กับนักศึกษา โดยจัดฐานการเรียนรู้เพื่อสาธิตและให้นักศึกษาสาธิตย้อนกลับตามที่อาจารย์ผู้สอนประเมินว่าฐานการเรียนรู้นั้นมีความจำเป็นต่อการฝึกภาคปฏิบัติหรือไม่ ซึ่งยังขาดการติดตามประเมินการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรม แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่เคยผ่านประสบการณ์เตรียมความพร้อมและการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดมาแล้ว รวมทั้งสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในห้องคลอด พบว่า สิ่งที่นักศึกษาต้องการเรียนรู้ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การเตรียมอุปกรณ์การทำคลอด การเตรียมตัวผู้ทำคลอด การทำคลอดปกติ การตรวจรกและการเย็บแผล โดยขั้นตอนการทำคลอดของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันตามแหล่งฝึกที่นักศึกษาจะพบเจอ เนื่องจากผลการสนทนากลุ่มเสนอแนะว่าการเตรียมความพร้อมควรมีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแต่ละแหล่งฝึก ดังนั้นการจัดนักศึกษาเข้ากลุ่มจึงเป็นไปตามกลุ่มที่จะฝึกภาคปฏิบัติและมีแนวทางที่อาจแตกต่างกันบ้างแต่มโนทัศน์ในการทำคลอดเชิงวิชาการนั้นไม่ต่างกัน โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้แนวคิดการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura[6,7] ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติโดยเกิดจากความตั้งใจของผู้เรียนในการจดจำแบบอย่างการกระทำของตัวแบบหรือผู้สอน มีการทบทวนซักซ้อมจนสามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบนั่นเอง Bandura อธิบายกระบวนการเรียนรู้จากตัวแบบว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว คือ การใส่ใจ การเก็บจำการกระทำ และกระบวนการจูงใจด้วยการเสริมแรงทางบวก จากนั้นผู้เรียนก็จะสามารถแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบต่อไปได้เอง[6] สนับสนุนด้วยการศึกษาผลการใช้วีดีทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยกระจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลของอภิสรา จังพานิช และอรชร ศรีไทรล้วน[8] พบว่า หลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ผู้เรียน

สามารถเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่เป็นวิดิทัศน์ด้วยความใส่ใจ ตั้งใจ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามได้ด้วยความมั่นใจ และการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์[9] พบว่า การสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาแล้วมาใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่กำลังจะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติห้องคลอดในภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2563 รวมทั้งติดตามวัดผลภายหลังการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมดังกล่าว โปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาพยาบาล ช่วยให้ผู้เรียนมั่นใจในสาระความรู้ มีทักษะ และเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลอันจะเป็นผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของนักศึกษาพยาบาล

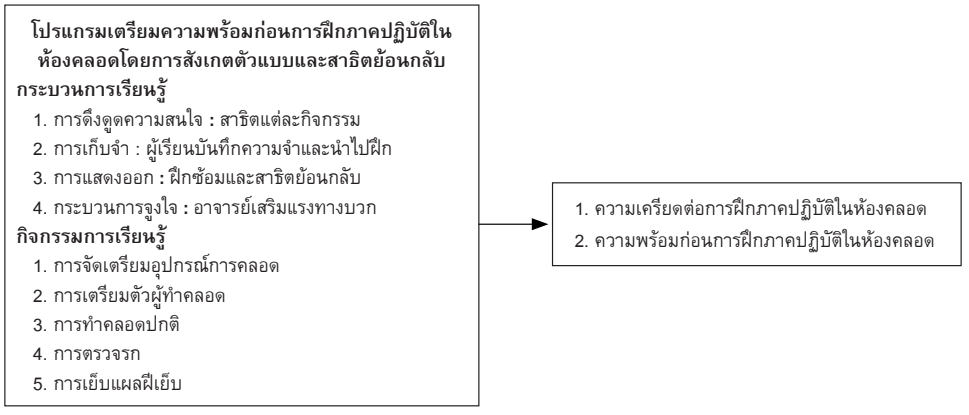
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 116 คน ที่กำลังจะฝึกภาคปฏิบัติห้องคลอดในรายวิชา 715310 ปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research with one-group pre-posttest design)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ที่กำลังจะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดเป็นครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นนักศึกษาพยาบาล ที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา 715310 ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ และกำลังจะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดเป็นครั้งแรก ในภาคการศึกษาที่ 3/2563 จำนวน 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura[6] ซึ่งเชื่อว่า การเรียนรู้เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ผู้เรียนจะเรียนรู้จากการเลียนแบบตัวแบบ สังเกตการตอบสนองและปฏิกิริยาต่าง ๆ จากตัวแบบ สภาพแวดล้อมของตัวแบบ ผลการกระทำ การบอกเล่า รวมทั้งความน่าเชื่อถือของตัวแบบ ซึ่งมี 4 กระบวนการ คือ 1) การดึงดูดความสนใจ เป็นกิจกรรมที่ให้สังเกตจากตัวแบบ และตัวแบบดึงดูดให้เด็กสนใจที่จะเลียนแบบ 2) การเก็บจำ เป็นกระบวนการคงไว้โดยการบันทึกรหัสเป็นความจำ แล้วดึงข้อมูลที่ได้จากตัวแบบมาใช้กระทำตามโอกาสที่เหมาะสม 3) กระบวนการแสดงออก เป็นการแสดงผลการเรียนรู้ด้วยการกระทำตาม ซึ่งจำเป็นต้องลองปฏิบัติการหลาย ๆ ครั้ง ก่อนสาธิตย้อนกลับเพื่อให้ได้พฤติกรรมที่ต้องการ และ 4) กระบวนการจูงใจ เป็นกระบวนการเสริมแรงเมื่อผู้เรียนแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบได้ถูกต้อง ผู้วิจัยได้นำทั้ง 4 กระบวนการมาประยุกต์กับการสอนด้วยการสาธิต และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสาธิตย้อนกลับและเสริมแรงทางบวกด้วยการชื่นชมเมื่อผู้เรียนทำกิจกรรมได้ถูกต้องขั้นตอนที่ผู้สอนสาธิตให้ดู โดยกำหนดฐานการเรียนรู้จาก ผลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์นักศึกษาที่ผ่านการเรียนรายวิชานี้มาแล้ว รวมทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์คณาจารย์ผู้สอนทุกท่าน ผลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์นักศึกษาและคณาจารย์ สรุปข้อค้นพบได้ 3 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 กิจกรรมที่ควรได้รับการฝึกฝนก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติจริง สรุปได้ฐานการเรียนรู้ 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดเตรียมอุปกรณ์การคลอด 2) การเตรียมตัวผู้ทำคลอด 3) การทำคลอดปกติ 4) การตรวจรก และ 5) การเย็บแผลฝีเย็บ ประเด็นที่ 2 คือ การแบ่งกลุ่มนักศึกษาในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติให้จัดตามกลุ่มที่จะไปฝึกภาคปฏิบัติจริง รวมทั้งอาจารย์ผู้สอนสาธิตด้วย และประเด็นที่ 3 คือ การจัดเตรียมอุปกรณ์และขั้นตอนการฝึกในแต่ละฐานปรับตามขั้นตอนจริงของโรงพยาบาลนั้น ๆ เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีบางขั้นตอนที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่มาใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่กำลังจะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติห้องคลอด รวมทั้งติดตามวัดผลภายหลังการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมดังกล่าว

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดภาคทฤษฎีวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ และเกรดเฉลี่ยสะสม

2.2 แบบวัดความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด จะใช้ในการวัดระดับความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ โดยใช้แบบวัดความเครียดด้วยตนเองของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต (Suanprung Stress Test-20: SPST - 20)[6] ทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนนรวม 100 คะแนน สามารถแปลผลระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับดังนี้

- ความเครียดระดับเล็กน้อย ระดับคะแนน 0-23
- ความเครียดระดับปานกลาง ระดับคะแนน 24-41
- ความเครียดระดับสูง ระดับคะแนน 42-61
- ความเครียดระดับรุนแรง ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป

2.3 แบบประเมินความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (Course-level learning outcomes: CLOs) ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมที่จัดขึ้นจากโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนนรวม 70 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- มีความพร้อมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน
- มีความพร้อมมาก ให้ 4 คะแนน
- มีความพร้อมปานกลาง ให้ 3 คะแนน
- มีความพร้อมเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน
- ยังไม่มีความพร้อม ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด พิจารณาโดยใช้การอิงกลุ่ม ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

- คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดอยู่ในระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนภาคปฏิบัติในห้องคลอดจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลพี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึกภาคปฏิบัติห้องคลอดจำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด และแบบประเมินความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนภาคปฏิบัติในห้องคลอดจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลพี่เลี้ยงประจำแหล่งฝึกภาคปฏิบัติห้องคลอดจำนวน 1 ท่าน และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด โดยนำไปใช้กับผู้มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ COA No. 42/2564 รหัสโครงการ EC-64-22 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เริ่มตั้งแต่การเก็บรวมรวมข้อมูลจนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดต่อการเรียนการสอนและการวัดผลของรายวิชานี้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย และบันทึกการเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและถอนตัวออกจากการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ทำการบันทึกการเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด และแบบประเมินความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ต่อมาผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ให้แก่กลุ่มตัวอย่างตามแผนที่เตรียมไว้ หลังเข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมฯ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด และแบบประเมินความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดและความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดและคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย นำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) ระดับความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (3) ระดับความพร้อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง (4) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดและคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.69 และมีอายุอยู่ระหว่าง 20 ถึง 23 ปี มีค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยสะสม เท่ากับ 3.06/4.00 และส่วนใหญ่ร้อยละ 44.83 มีเกรดภาคทฤษฎีวิชาการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์เท่ากับ เกรด B (3.00-4.00) ข้อมูลส่วนบุคคลแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=116)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	111	95.69
ชาย	5	4.31
อายุ (ปี) ($\bar{X}$=21.06, S.D.=0.56)		
20	13	11.21
21	83	71.55
22	19	16.38
23	1	0.86
เกรดเฉลี่ยสะสม ($\bar{X}$=3.06, S.D.=0.31)		
2.00-2.49	4	3.45
2.50-2.99	43	37.07
3.00-3.49	59	50.86
3.50-4.00	10	8.62
เกรดภาคทฤษฎีวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์		
A (4.00)	9	7.76
B+ (3.50)	36	31.03
B (3.00)	52	44.83
C+ (2.50)	18	15.52
C (2.00)	1	0.86

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาระดับความเครียดก่อนการฝึกภาคปฏิบัติก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.13 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.59 ระดับรุนแรง ร้อยละ 20.69 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.59 ตามลำดับ

ส่วนความเครียดก่อนการฝึกภาคปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.41 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 37.93 ระดับรุนแรง ร้อยละ 10.35 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.31 ตามลำดับ ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของกลุ่มตัวอย่าง (N=116)

ระดับความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-23 คะแนน)	3	2.59	5	4.31
ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	32	27.59	44	37.93
ระดับสูง (42-61 คะแนน)	57	49.13	55	47.41
ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)	24	20.69	12	10.35
รวม	**116**	**100**	**116**	**100**

ส่วนที่ 3 ระดับความพร้อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา คะแนนเฉลี่ยของความพร้อมก่อนได้รับโปรแกรมฯ ในภาพรวม พบว่า นักศึกษามีความพร้อมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=3.25, S.D.=0.56) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมหลังได้รับโปรแกรมฯ ในภาพรวม พบว่า นักศึกษามีความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดเพิ่มมากขึ้น คือ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$=3.86, S.D.=0.44)

เมื่อพิจารณาความพร้อมก่อนได้รับโปรแกรมฯ เป็นรายข้อ พบว่า 3 อันดับแรกที่นักศึกษาให้คะแนนความพร้อมฯ มากที่สุด ได้แก่ การปฏิบัติต่อมารดาด้วยท่าทีที่สุภาพ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($\bar{x}$=4.21, S.D.=0.87) การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลมารดาและทารกในระยะคลอด ($\bar{x}$=4.00, S.D.=0.81) และการจัดท่ามารดาเพื่อเตรียมคลอดได้อย่างถูกต้อง ($\bar{x}$=3.60, S.D.= 0.74) ตามลำดับ และ 3 อันดับสุดท้าย ที่คะแนนน้อยที่สุดได้แก่ ตรวจสภาพรกได้อย่างถูกต้อง ($\bar{x}$=2.68, S.D.=0.79) ทำคลอดรกได้อย่างถูกต้องพร้อมทั้งอธิบายเหตุผล ($\bar{x}$=2.69, S.D.=0.74) และการประเมินการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและเย็บแผลฝีเย็บได้ถูกต้อง ($\bar{x}$=2.74, S.D.=0.74) ตามลำดับ

ส่วนความพร้อมหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า 3 อันดับแรกที่นักศึกษาให้คะแนนมากที่สุด เป็นกิจกรรมเดียวกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การปฏิบัติต่อมารดาด้วยท่าทีที่สุภาพ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($\bar{x}$=4.47, S.D.=0.61) การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลมารดาและทารกในระยะคลอด ($\bar{x}$=4.32, S.D.=0.71) และ การจัดท่ามารดาเพื่อเตรียมคลอดได้อย่างถูกต้อง ($\bar{x}$=4.23, S.D.=0.63) ตามลำดับ และ 3 อันดับสุดท้าย ที่คะแนนน้อยที่สุดได้แก่ การประเมินการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและเย็บแผลฝีเย็บได้ถูกต้อง ($\bar{x}$=3.34, S.D.=0.85) วิเคราะห์กลไกการคลอดในสถานการณ์จำลองได้ ($\bar{x}$=3.53, S.D.=0.65) และการเตรียมอุปกรณ์ในการทำคลอดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ($\bar{x}$=3.67, S.D.=0.64) ตามลำดับ ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพร้อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของกลุ่มตัวอย่าง รายข้อและโดยรวม (N=116)

ความพร้อมก่อนการฝึก	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ			หลังได้รับโปรแกรมฯ		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
CLO1						
1. ปฏิบัติต่อมารดาด้วยท่าทีที่สุภาพ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.21	0.87	สูง	4.47	0.61	สูง
CLO3						
2. วิเคราะห์กลไกการคลอดในสถานการณ์จำลองได้	2.99	0.70	ปานกลาง	3.53	0.65	ปานกลาง
CLO4						
3. มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลมารดาและทารกในระยะคลอด	4.00	0.81	สูง	4.32	0.71	สูง
CLO6						
4. เตรียมอุปกรณ์ในการทำคลอดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน (บทบาทของผู้ทำคลอด)	3.16	0.71	ปานกลาง	3.67	0.64	ปานกลาง
5. เตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดให้พร้อมใช้ (บทบาทของผู้ช่วยคลอด)	3.24	0.74	ปานกลาง	3.78	0.63	สูง
6. จัดท่ามารดาเพื่อเตรียมคลอดได้อย่างถูกต้อง	3.60	0.74	ปานกลาง	4.23	0.63	สูง
7. แต่งกายด้วยชุดปราศจากเชื้อได้ถูกตามหลักปราศจากเชื้อ	3.51	0.95	ปานกลาง	4.07	0.71	สูง
8. ทำการตัดฝีเย็บ ทำคลอดศีรษะ ทำคลอดไหล่และลำตัวของทารกได้อย่างถูกต้องและอธิบายเหตุผล	2.78	0.78	ปานกลาง	3.47	0.69	ปานกลาง
9. ทำคลอดรกได้อย่างถูกต้อง พร้อมอธิบายเหตุผล	2.69	0.74	ปานกลาง	3.72	0.70	สูง
10. ตรวจสภาพรกได้อย่างถูกต้อง	2.68	0.79	ปานกลาง	3.68	0.87	สูง
11. ประเมินการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและเย็บแผลฝีเย็บได้ถูกต้อง	2.74	0.74	ปานกลาง	3.34	0.85	ปานกลาง
12. จัดเก็บอุปกรณ์ได้ครบถ้วนเรียบร้อย	3.47	0.87	ปานกลาง	4.01	0.80	สูง
CLO8						
13. บอกวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำคลอดแก่มารดาได้	3.19	0.87	ปานกลาง	3.71	0.69	สูง
14. ให้คำแนะนำการเบ่งคลอดได้อย่างถูกต้อง	3.18	0.81	ปานกลาง	4.03	0.73	สูง
รวม	**3.25**	**0.56**	**ปานกลาง**	**3.86**	**0.44**	**สูง**

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดและคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของกลุ่มตัวอย่าง ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนความเครียดฯ และคะแนนความพร้อมฯ ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ มีการกระจายแบบปกติ (p>.05) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดและคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดและคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test (N=116)

ตัวแปร	range	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด						
ก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ	23-90	49.53	14.63	115	-2.31	<.05
หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ	22-77	45.42	11.38			
ความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอด						
ก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ	20-67	45.47	7.83	115	-9.39	<.001
หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ	41-70	54.01	6.15			

จากตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่กำลังจะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดเป็นครั้งแรก ในภาคการศึกษาที่ 3/2563 จำนวน 116 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ เท่ากับ 49.53 (ค่าต่ำสุดเท่ากับ 23 และค่าสูงสุดเท่ากับ 90) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ โดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับ แตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{df}=-2.31 ค่า p=.023) จึงสรุปผลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่อการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05

ส่วนผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ เท่ากับ 45.47 (ค่าต่ำสุดเท่ากับ 20 และค่าสูงสุดเท่ากับ 67) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ เท่ากับ 54.01 (ค่าต่ำสุดเท่ากับ 41 และค่าสูงสุดเท่ากับ 70) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของนักศึกษาหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ โดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับ แตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{df}=-9.39 ค่า p<.001) จึงสรุปผลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า ค่าเฉลี่ยความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลในประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับต่อคะแนนความเครียดของนักศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ แล้วนักศึกษามีคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-2.31) เมื่อพิจารณาคะแนนความเครียดของนักศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ แม้ว่านักศึกษาส่วนใหญ่จะมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงเหมือนก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ แต่จำนวนนักศึกษาที่มีคะแนนความเครียดในระดับรุนแรง และระดับสูงลดลง อธิบายได้ว่า ระดับคะแนนความเครียดที่ลดลงเป็นเพราะนักศึกษามีความมั่นใจในฝึกภาคปฏิบัติมากขึ้นจากการได้สังเกตตัวแบบและปฏิบัติการสาธิตย้อนกลับโดยมีอาจารย์ติดตามประเมินในขณะอยู่ในห้องปฏิบัติการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rezaei, Falahati, Beheshtizadeh[11] ที่ศึกษาถึงระดับความเครียด สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาผดุงครรภ์ของประเทศอิหร่าน พบว่า ร้อยละ 56 ของนักศึกษามีความเครียดระดับสูง โดยสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดคือ

สถานการณ์วิกฤตของผู้ป่วย ความซับซ้อนของการดูแล และการขาดทักษะทางคลินิก และ D'emeh และ Yacoub[12] (2020) ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เรียนในชั้นปีสูงมีคะแนนความเครียดสูงกว่าชั้นปีต่ำกว่า นั่นเพราะเมื่อเรียนสูงขึ้นนักศึกษารับรู้ถึงระดับความยากของศาสตร์ทางการพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการจัดหลักสูตรที่เรียบลำดับจากง่ายไปยาก และแหล่งของความเครียดสูงสุดคือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ รายวิชา 715310 ปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมในการพยาบาลมารดา ทารกและครอบครัวที่มีภาวะปกติ ผิดปกติ และภาวะเสี่ยง[17] (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2560) การฝึกภาคปฏิบัติในการศึกษานี้ นักศึกษาต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลมารดาและดูแลชีวิตทารกแรกคลอดทั้งปกติและที่มีความเสี่ยงซึ่งเป็นหนึ่งชีวิตที่มีความหมายต่อมารดาผู้คลอดและครอบครัวอย่างมาก เหล่านี้จึงก่อให้เกิดความเครียดต่อนักศึกษาค่อนข้างมาก นอกจากนี้สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษายังมีอีกหลายประการ อาทิ การมอบหมายงาน ภาระงานที่มาก อาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยง การขาดทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในแหล่งฝึกอีกด้วย[11-13]

ผลการศึกษานี้ สนับสนุนการศึกษาของภัททิยา จันทเวช[5] ที่พบว่า รายวิชาที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดมากที่สุด คือ วิชาทางสูติศาสตร์โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอด เพราะมีการเรียนการสอนที่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจากภาวะการเจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งสถานการณ์ในห้องคลอดที่เต็มไปด้วยความเครียดความวิตกกังวลทั้งจากอาจารย์ เพื่อนและทีมสหสาขาวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียนจึงเป็นแนวทางที่สามารถช่วยความความเครียด ความวิตกกังวลแก่ผู้เรียนได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนการศึกษาของปุณยนุช พิมใจใส และนงนภัส วงษ์จันทร[14] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชา การพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 1 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กระบวนการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมการเรียนรู้โดยที่ผู้สอนใช้วิธีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้เรียน การใช้วิธีการเรียนการสอนที่หลากหลายที่สอดคล้องกับลักษณะวิชาและผลการเรียนรู้ของรายวิชา การจัดประสบการณ์ให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะที่สำคัญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน

2. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดโดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับต่อคะแนนความพร้อมของนักศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ นักศึกษามีความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=-9.39) อธิบายได้ว่า โปรแกรมเตรียมความพร้อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เกิดการปรับพฤติกรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้ผ่าน และเลียนแบบโดย Bandura[6,7] ได้จำแนกวิธีการเรียนรู้โดยการเรียนรู้ผ่านไว้ 2 วิธี คือ การเรียนรู้จากผลของการกระทำ (Learning by response consequences) และการเรียนรู้จากการเลียนแบบ (Learning through modelling) ตัวแบบที่กระตุ้นการเรียนรู้นั้น อาจเป็นตัวแบบจริง ได้แก่ ครู อาจารย์ หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น หรืออาจเป็นตัวแบบสัญลักษณ์ ได้แก่ วิดีทัศน์ หนังสือคู่มือต่าง ๆ เป็นต้น กระบวนการเรียนรู้เน้นความใส่ใจ การจดจำ การแสดงพฤติกรรมให้เหมือนตัวแบบ และกระบวนการจูงใจ หลังจากผู้วิจัยสนทนากลุ่มและสอบถามนักศึกษาที่ผ่านการเรียนวิชานี้มาก่อน ได้นำประเด็นข้อเสนอแนะมาร่วมวางแผนกับทีมอาจารย์ผู้สอนและออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับจากตัวแบบ ในการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมนี้ได้เน้นการสอนสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมวิชาชีพในทุกกระบวนการทำงานเพื่อช่วยเตรียมการคลอดที่ปลอดภัย จะเห็นว่านอกจากผู้เรียนจะให้ความสำคัญกับหลักปราศจากเชื้อแล้ว ผู้เรียนยังตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อมารดาด้วยท่าทีที่สุภาพเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไปด้วยกัน สอดคล้องกับผลการเรียนรู้ของรายวิชา (Course learning outcomes: CLOs) และผลการเรียนรู้ของหลักสูตร (Programme learning outcomes: PLOs)[15] และการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนยังเป็นการช่วยให้นักศึกษามีความตื่นตัวในการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ สามารถเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีไปสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ ทำให้มีความพร้อมและมั่นใจ[16-18] และการเรียนรู้แบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับนี้ยังพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณได้ดีอีกด้วย[19] ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาโดยการจำลองสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วย (Ward-based simulation) จะช่วยให้ผู้เรียนลดความเครียดและมีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกมากขึ้น[20]

สรุปการวิจัย

โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดของนักศึกษาพยาบาลในการศึกษานี้ นำแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura[6] มาใช้ในการสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ โดยเป็นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสาธิตย้อนกลับ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ นักศึกษามีความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังนั้นการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง จะช่วยลดความเครียดและเพิ่มความพร้อมให้แก่นักศึกษาพยาบาลได้

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาจึงเป็นข้อสรุปเฉพาะกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั้งหมดได้ ดังนั้นข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นเพียงข้อมูลพื้นฐานเพื่อทำการศึกษาวิจัยในประเด็นการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติในห้องคลอดแก่นักศึกษาพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. **ข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้** การจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ รวมทั้งด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ให้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงที่มีความหลากหลาย โดยจัดสถานการณ์ที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแต่ละแหล่งฝึก และเพิ่มกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษาและฝึกเขียนแผนผังมโนทัศน์ (Concept mapping) ที่ส่งเสริมความรู้และทักษะทางปัญญา หรือสอดแทรกแนวคิดของความเป็นผู้ประกอบการ (Entrepreneurial mindset) เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามองหาโอกาสและลงมือทำที่ปลอดภัย และควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาปฏิบัติอื่นๆ เพื่อเตรียมความพร้อมซึ่งช่วยลดความเครียดของผู้เรียน
2. **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป** ควรจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมที่มีการบูรณาการทั้งด้านวิชาการ ด้านทักษะทางคลินิกและด้านการจัดการความเครียด เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้แก่นักศึกษาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความกดดันสูงตามลักษณะของวิชาชีพ รวมทั้งติดตามวัดผลความเครียดและทักษะปฏิบัติของผู้เรียนหลังฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึก และผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียน รวมทั้งปรับรูปแบบการวิจัยให้มีกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองเพื่อความน่าเชื่อถือของโปรแกรมการศึกษามากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถานพัฒนาคณาจารย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และขอขอบคุณ คณะทำงานพิจารณาการวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนและวิจัยในชั้นเรียนที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนางานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

References

1. Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Roles and responsibilities of professional nurses. Bangkok: Sua Tawan Publishing Co., Ltd. 2018. (in Thai)
2. Lertsakornsiri M. The stress, stress management of nursing students during practice in the labor room. Kuakarun Journal of Nursing 2015; 22(1): 7-16. (in Thai)
3. Sriboonpimsuay W, Srisuthipanporn S, Phanich P. Stress, and stress coping before training in the delivery room of third year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani. UMT polu Journal 2016; 13(2): 30-8. (in Thai)

4. Neamsakul W. The first-time experiences to assist in childbirth of the third-year nursing students. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017; 9(2):1-17. (in Thai)
5. Jantavat P. Preparation of nursing student for stress relief during practice in delivery room. Kuakarun Journal of Nursing 2018; 25(1): 184-91. (in Thai)
6. Bandura A. Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
7. Devi B, Pradhan S, Giri D, Lepcha N. Concept of Social cognitive theory and its application in the field of Medical and Nursing education: framework to guide Research. JPSP. 2022; 6(4): 5161-68.
8. Jungpanich A.Srisailaun O. Effects of Using Daily Care Plan Video Teaching on Clinical Self-Confidence and Satisfaction of Nursing Students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. Kuakarun Journal of Nursing 2015; 22(1): 17-34. (in Thai)
9. Thanaroj S. Simulation-based Learning in Principles and Techniques Course in Nursing Practicum. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017; 9(2): 70-84. (in Thai)
10. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Tapanya P. The construction of Suanprung stress test for Thai population. Bulletin of Suanprung 1997; 13(3): 1-20. (in Thai)
11. Rezaei B, Falahati J, Beheshtizadeh R. Stress, stressors and related factors in clinical learning of midwifery students in Iran: a cross sectional study. BMC Med Educ 2020; 18(20):78 https://doi.org/10.1186/s12909-020-1970-7
12. D'emeh WM, Yacoub MI. The visualization of stress in clinical training: A study of nursing students' perceptions. Nursing Open 2020; 8:290-8. https://doi.org/10.1002/nop2.629
13. Chaabane S, Chaabna K, Bhagat S, Abraham A, Doraiswamy S, Mamtani R, et al.. Perceived stress, stressors, and coping strategies among nursing students in the Middle East and North Africa: an overview of systematic reviews. Syst Rev 2021; 10(1): 1-7. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01691-9
14. Phimchaisai P, Wongchantorn N. The factors influencing achievement of practicum in nursing care for mother, infant, and midwifery 1 of nursing students at a Private University in Nakhon Pathom Province. JRTAN 2018; 19(1): 154-63. (in Thai)
15. Institute of nursing, Suranaree University of Technology. Bachelor of Nursing Science Program (Program revision 2017). 2017.
16. Dejpitaksirikul S, Boonsin J, Rangdang N. The effect of readiness preparation in the communicating, teaching, and counseling in health on anxiety and communication abilities skills. J Nurs Educ 2021; 14(4): 96-111. (in Thai)
17. Chubkhuntod P, Elter PT, Gaewgoontol N, Potchana R. Effects of simulation base learning model on knowledge, self-efficacy, and abilities of applying nursing process skills during intrapartum care of nursing students. Journal of Health Science 2020; 29(6): 1062-72. (in Thai)
18. Aldhafeeri F. Alosaimi D. Perception of satisfaction and self-confidence with high fidelity simulation among nursing students in government universities. Perception, Journal of Education and Practice 2020; 11(11), 137-49. https://doi.org/10.7176/JEP/11-12-16

19. Wongsaree C, Silirukkananan K. Instructional Design and Achievement Test Construction in 21st Century in Theoretical subjects in the Field of Nursing Education. Journal of Health and Health Management 2019; 5(2): 1-22. (in Thai)
20. Davies H, Sundin D, Robinson S, Jacob E. Does participation in extended immersive ward‐based simulation improve the preparedness of undergraduate bachelor's degree nursing students to be ready for clinical practice as a registered nurse? An integrative literature review. J Clin Nurs 2021; 30(19-20): 2897-911. https://doi.org/10.1111/jocn.15796

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e259956

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

เปรมณัฐชยา บุญยอ พย.ม.*,**
จรีนุช จินารัตน์ ศศ.ม.*
บุศราณี พวงผกา พย.บ.*

(วันรับบทความ: 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวชนิดวัดผลลัพธ์เปรียบเทียบก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำนวน 37 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชั่น 2 ฉบับภาษาไทย และวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .84 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีเปรียบเทียบรายคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เฉลี่ย 3.38 ± 0.18 เทียบกับ 3.17 ± 0.29, เฉลี่ย 3.27 ± 0.21 เทียบกับ 3.10 ± 0.22, และ เฉลี่ย 3.62 ± 0.14 เทียบกับ 3.35 ± 0.31; $p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคและไดแอสโตลิคหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เฉลี่ย 145.10 ± 10.84 เทียบกับ 154.11 ± 12.70, และ เฉลี่ย 92.95 ± 4.52 เทียบกับ 98.97 ± 6.95; $p < .001$) สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เฉลี่ย 67.72 $\pm$ 8.30 เทียบกับ 60.63 $\pm$ 7.82) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เฉลี่ย 73.73 $\pm$ 8.73 เทียบกับ 67.15 $\pm$ 12.34; $p < .01$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำมาใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และกลุ่มเสี่ยงในศูนย์สุขภาพชุมชน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: premnut09@gmail.com Tel: 098-6289154

Effects of Home Health Care Programs on Self-Care Behavior, Blood Pressure, and Quality of Life among Patients with Uncontrolled Hypertension

Premnutchaya Boonyor M.N.S.*,**
Jareenuch Jinarat M.A.*
Busaranee Phuangpaka B.N.S.*

(Received Date: November 16, 2022, Revised Date: January 20, 2023, Accepted Date: January 20, 2023)

Abstract

This quasi-experimental, one group, pre-posttest design research aimed to study the effects of home health care programs on self-care behavior, blood pressure, and quality of life among patients with uncontrolled hypertension. Data were collected from 37 patients with hypertension who came in for follow up at the Wat Tai medical care unit (CMU) at Sunpasitthiprasong hospital in Ubon Ratchathani province, Thailand. Participants were selected using simple random sampling and participated the home health care program for three months. Data were collected using self-care behavior questionnaires, the Thai version of the quality of life (SF-12 version 2) questionnaires, and blood pressure measurements recorded before and after joining in the program. To ensure their reliability, the Cronbach's alpha coefficients of the research instruments were assessed and were .84 and .82, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and paired t-tests.

The results showed that the participants who participated in the program had statistically significantly higher mean scores for the overall self-care behavior, universal self-care requisites, and health division self-care requisites dimensions than before participating in the program ($\bar{x}$=3.38 ± 0.18 compared 3.17 ± 0.29, $\bar{x}$=3.27 ± 0.21 compared 3.10 ± 0.22, and $\bar{x}$=3.62 ± 0.14 compared 3.35 ± 0.31 ; p<.001, respectively). The mean scores for the developmental self-care requisites were not significantly different. After participating the program, the participants' systolic and diastolic blood pressures were both significantly lower ($\bar{x}$= 145.10 ± 10.84 compared 154.11 ± 12.70, $\bar{x}$=92.95 ± 4.52 compared 98.97± 6.95 ; p<.001, respectively). Their mean score for quality of life was significantly higher ($\bar{x}$ = 67.72 ± 8.30 compared 60.63 ± 7.82). When considering each individual component of quality of life, the participants' mental component mean scores were significantly higher ($\bar{x}$=73.73 ± 8.73 compared 67.15 ± 12.34; p<.01) after participating in the program. However. There were no significant differences in their physical component scores. The results lead to the conclusion that the home care health care program should be applied to care-giving among patients with uncontrolled hypertension, who are a high risk group, in the medical care unit.

Keywords: home health care program, hypertension, quality of life, self-care behavior

*Registered Nurse, Professional level, Wat Tai medical care unit Sunpasitthiprasong Hospital Ubon Ratchathani
**Corresponding Author, Email: premnut09@gmail.com Tel: 098-6289154

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2559 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1 พันล้านคน เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจำนวน 7.5 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถึง 1.56 พันล้านคน[1] ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ 3 คน มี 1 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคนต่อปี ร้อยละ 50 เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ[2] ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญโดยเฉพาะสมอง หัวใจและไต[1] และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก[3]

สำหรับประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ โดยมีแนวโน้มความชุก อัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนชาวไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2552 และครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2557[4,5] พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 จากรายงานการสำรวจสุขภาพปี พ.ศ. 2557 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 4.6 อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 53.2 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 64.9 ในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.7 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 6.1 ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 29.7 และได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ร้อยละ 19.5 จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2558-2560) เพิ่มจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 5,186 คน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 8,525 คน ในปี พ.ศ. 2560 โดยประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณ 10 ล้านคน[6]

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะแรงดันโลหิตเพิ่มสูงในหลอดเลือดจนก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะเป้าหมาย วินิจฉัยจากค่าโรคที่มีระดับความดันซิสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันไดแอสโตลิคมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท[7] โรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกจะไม่แสดงอาการใด ๆ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต[1] ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อาทิ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติครอบครัว และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน ไขมันโคเรสเตอรอลในเลือดสูง การบริโภคเกลือโซเดียมสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีความเครียด และการไม่ออกกำลังกาย[8,9] ถึงแม้ว่าโรคนี้จะเป็นโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแต่สามารถควบคุมได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและ ลด เลิกปัจจัยเสี่ยง และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านไม่จำเป็นต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลยกเว้นมีอาการกำเริบ ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลที่บ้านผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยคือ การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแนวทางการรักษาที่สำคัญคือ การให้ยาควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย[10] และผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมหรือช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนชีวิตและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (self-care) ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิต การเรียนรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันตามสภาวะแวดล้อมที่เกิดขึ้น[11] ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem)[12] ที่เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นความต้องการและความจำเป็นของบุคคลทุกคน การเลือกใช้วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลต้องประเมินจากสมรรถภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ผู้ป่วยยังขาดความรู้หรือพร่องในการดูแลตนเองบางส่วน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องใช้ระบบสนับสนุนให้ความรู้ และจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ[12]

เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยนอกจากจะมุ่งหวังในการบำบัดรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิต (quality of Life) ของผู้ป่วยด้วย จึงจำเป็นต้องร่วมสร้างค่านิยมที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคคลเกิดสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ร่วมสร้างวัฒนธรรมของการดำเนินชีวิตที่ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ร่วมกันสร้างสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างมีสันติสุข[13] สำหรับการให้การดูแลตนเองนั้นเป็นความรับผิดชอบหลักของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลจะเป็นผู้กระตุ้น สนับสนุนทั้งในด้านการดูแลรักษา ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง รวมถึงฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข[11] สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้านที่สามารถให้บริการครอบคลุมใน 4 มิติ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วยที่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ

การศึกษาของอรทัย หงษ์ศิลา[14] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้เรื่องความจำเป็นในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สำหรับด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่า 3 ใน 4 ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรสเป็นประจำ และจำนวน 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอ อาทิ รับประทานยาไม่ตรงเวลา ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ เป็นต้น สอดคล้องกับรายงานของวิสุทธิ์ รอดคำ[15] ที่ศึกษาการเห็นคุณค่าตนเองที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เพียงพอในด้าน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ ตำบลในเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ.2558-2560 จำนวน 345-547 คน แสดงถึงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวน 128 คน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่เพียงพอ ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในด้าน การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ผู้วิจัยจึงพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยผลการวิจัยนี้น่าจะนำไปใช้ประกอบการวางแผนในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่น ๆ รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไปและการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

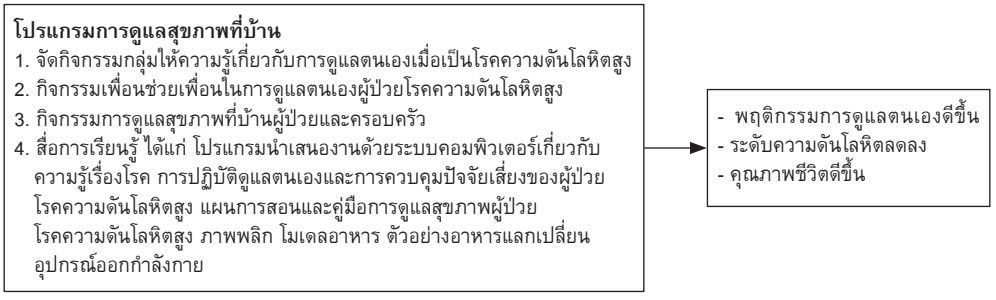
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลลัพธ์เปรียบเทียบก่อนและหลัง (one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนวัดใต้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

เกณฑ์คัดเข้าการวิจัย 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 35-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ 2) ระดับความดันโลหิตช่วงซิสโตลิค 150 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตช่วงไดแอสโตลิค 95 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป 3) ไม่เป็นโรคเบาหวาน โรคไต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงดังต่อไปนี้ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม 5) ไม่ตั้งครรภ์ 6) ช่วยเหลือตนเองได้ มีสติ สัมปชัญญะ พูด เขียน อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้ 7) ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่มีประวัติความผิดปกติทางจิต (คัดกรองจากเวชระเบียน) 8) รับการรักษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ วันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย 9) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม/ ขอออกจากโปรแกรม / ย้ายภูมิลำเนา 2) มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยเสียชีวิต

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.3[16] (วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Priori power analysis) โดยการทดสอบแบบทางเดียว กำหนดค่าความผิดพลาดในการทดสอบแบบที่ 1 (Type I error) .05 อานาจในการทดสอบ (Power of test) .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน แต่ในระหว่างการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 1 คน และป่วยต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล 1 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง

กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเอง 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว 3 ครั้งต่อคน ๆ ละ 3 เดือน ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ในสัปดาห์ที่ 4,9 และ 14 ติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ 19 และ 20 ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สื่อการเรียนรู้ ประกอบด้วย โปรแกรมการนำเสนองานด้วยระบบคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพพลิก โมเดลอาหาร ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน อุปกรณ์การออกกำลังกาย แผนการสอนและคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แนะนำการใช้แบบบันทึกประจำวันการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน 2) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม ชี้แนะแนวทางปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน 3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับอาสามัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อทบทวน ชี้แนะแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการควบคุมความเสี่ยง ประกอบด้วย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 4) ติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ประเมินในแบบบันทึกกิจกรรมประจำวันการปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้านและวัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การมีผู้ดูแล ระยะเวลาเจ็บป่วย การมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอุ่นใจ เครือสถิตย์[17] สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม[12] ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ แปลพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 4 ระดับตามค่าคะแนนเฉลี่ยดังนี้ พฤติกรรมเหมาะสมมากที่สุด (คะแนนตั้งแต่ 3.5) เหมาะสมมาก (คะแนน 2.50-3.49) พอใช้ (คะแนน 1.5-2.49) หรือต้องปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่า 1.5)

2.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปฉบับย่อ SF-12v2 (12-item Short Form Health Survey Version2) ฉบับภาษาไทย[18] มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เทียบความตรงเชิงโครงสร้างได้เท่ากับเครื่องมือฉบับย่อ 36 ข้อ (SF-36) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นในสหรัฐอเมริกา[19] และใช้กันแพร่หลายทั่วโลก มีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 หมวด ประกอบด้วย ด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยด้านร่างกายประกอบด้วย 4 มิติ มีคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ มิติสุขภาพทั่วไป (ข้อที่ 1) มิติการทำกิจกรรมทางกาย (ข้อที่ 2,3) มิติการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพร่างกาย (ข้อที่ 4,5) และมิติความเจ็บปวดที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (ข้อที่ 8) ส่วนด้านจิตใจประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพจิตทั่วไป (ข้อที่ 9,11) มิติปัญหาทางอารมณ์ทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือขาดความระมัดระวัง (ข้อที่ 6,7) มิติปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคม (ข้อที่ 12) และมิติความรู้สึกเหนื่อย หมดแรงหรือความกระตือรือร้น (ข้อที่ 10) แปลผลคะแนน ดังนี้

ข้อที่ 1 คะแนน 5 ระดับ (คะแนน 1-5) คือ ดีเยี่ยม (5) ดีมาก (4) ปานกลาง (3) เล็กน้อย (2) ไม่ดี (1)

ข้อที่ 2,3 คะแนน 3 ระดับ (คะแนน 1-3) คือ ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก (1) ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย (2) ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค (3)

ข้อที่ 4-7 และข้อ 9-12 คะแนน 5 ระดับ (คะแนน 1-5) คือ ตลอดเวลา (1) เกือบตลอดเวลา (2) บางครั้ง (3) นาน ๆ ครั้ง (4) ไม่เลย (5)

ข้อที่ 8 คะแนน 5 ระดับ (คะแนน 1-5) คือ ไม่เลย (1) เล็กน้อย (2) ปานกลาง (3) ค่อนข้างมาก (4) มากที่สุด (5)

คะแนนรวมของ SF-12v2 ตั้งแต่ 12-56 คะแนน การแปลผลคะแนนจะต้องแปลงค่าคะแนนดิบให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (0-100 คะแนน) ใช้สูตร ([100/ผลต่างของช่วงคะแนน]) X [คะแนนดิบ - ค่าคะแนนต่ำสุด]) นำมาจำแนกคุณภาพชีวิตออกเป็นกลุ่มคุณภาพชีวิตไม่ดี (คะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน) และกลุ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน 50-100 คะแนน) โดยจะแสดงคะแนนรวมออกมาเป็น 2 หมวด คือ คือ ด้านร่างกายข้อที่ 1-5 และ 8 (คะแนนรวม 6-26) และด้านจิตใจข้อที่ 6-7 และ 9-12 (คะแนนรวม 6-30)

2.4 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอทชนิดตั้งโต๊ะ และหูฟัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยส่งโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนแอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตได้ค่าความเชื่อมั่น .82

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (รหัสเอกสาร 008/2561) โดยผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่เปิดเผยชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง การเผยแพร่กระทำในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐานบริการเดิม การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลจะเริ่มหลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องของศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ ซึ่งเป็นสถานที่ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยวัดความดันโลหิต และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Pre-test)

2. ระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 2-18)

2.1 จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สื่อการเรียนรู้ ได้แก่ โปรแกรมการนำเสนองานด้วยระบบคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพพลิก โมเดลอาหาร ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน อุปกรณ์การออกกำลังกาย

2.2 กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.3 กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับ อสม.

3. ระยะสิ้นสุดการทดลอง (สัปดาห์ที่ 19-20)

3.1 ติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างและประเมินบันทึกกิจกรรมประจำวันการปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้าน และวัดความดันโลหิตกลุ่มตัวอย่าง

3.2 สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและระดับความดันโลหิตใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยสถิติทดสอบทีแบบรายคู่

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 20 ราย (ร้อยละ 54.10) เพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 45.9) มีอายุตั้งแต่ 40-70 ปี อายุเฉลี่ย 56.34 ปี (S.D. = 5.63) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.35) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.95) รองลงมาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ37.8) อาชีพทำงานบ้าน (ร้อยละ 35.14) รองลงมาอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 27) ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพรอง รายได้เฉลี่ย 6,450.30 บาทต่อเดือน มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย (ร้อยละ 54.05) แก้ไขปัญหาโดยการกู้ยืมและรับจ้างทำงาน ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 59.46) มีผู้ให้การดูแล (ร้อยละ 92.74) ครอบครัวมีประวัติโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.97) ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา และมารดา ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 8.3 ปี (S.D. = 5.45) ไม่มีการใช้สมุนไพรร่วมกับการใช้ยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 91.89)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แสดงในตารางที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 3.38 ± 0.18 เทียบกับ 3.17 ± 0.29) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในรายหมวด การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (เฉลี่ย 3.27 ± 0.21 เทียบกับ 3.10 ± 0.22) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง (เฉลี่ย 3.62 ± 0.14 เทียบกับ 3.35 ± 0.31) และการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (เฉลี่ย 3.25±0.41 เทียบกับ 3.18± 0.32) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวดในส่วนของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.410)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปรายด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในด้านการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ(เฉลี่ย 3.48 ± 0.23 เทียบกับ 3.20 ± 0.41) ด้านการรับประทานอาหารเพียงพอเหมาะสมกับโรค (เฉลี่ย 3.22 ± 0.23 เทียบกับ 2.99 ± 0.26) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พบว่า ด้านการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมกับโรค และด้านการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนด้านการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศอย่างเพียงพอ ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมและพักผ่อนเพียงพอ ด้านการมีเวลาส่วนตัวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเหมาะสม ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหน้าที่และความผาสุกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาถึงขีดสูงสุด (เฉลี่ย 3.26 ± 0.33 เทียบกับ 3.06 ± 0.59) ด้านการดูแลตนเองในการจัดการเพื่อบรรเทาความตึงเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย (เฉลี่ย 3.34 ± 0.40 เทียบกับ 3.25 ± 0.41) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นรายด้าน พบว่า ทั้งในด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาถึงขีดสูงสุด และด้านการดูแลตนเองในการจัดการเพื่อบรรเทาความตึงเครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ (เฉลี่ย 3.32 ± 0.33 เทียบกับ 3.13 ± 0.36) ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ และการรักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง (เฉลี่ย 3.64 ± 0.37 เทียบกับ 3.26 ± 0.66) ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา (เฉลี่ย 3.64 ± 0.37 เทียบกับ 3.29 ± 0.53) ด้านการเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง (เฉลี่ย 3.39± 0.41 เทียบกับ 2.95 ± 0.78) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (เฉลี่ย 3.73 ± 0.14 เทียบกับ 3.56 ± 0.25) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายด้านพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ยกเว้นด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกายในเรื่องการมาตามนัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.118)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวด และค่าความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	**3.17**	**0.29**	**3.38**	**0.18**	**-3.81**	**.001**
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปโดยรวม	**3.10**	**0.22**	**3.27**	**0.21**	**3.78**	**.001**
- ด้านการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศอย่างเพียงพอ	3.00	0.78	3.03	0.68	-0.16	.875
- ด้านการรับประทานอาหารเพียงพอเหมาะสมกับโรค	2.99	0.26	3.22	0.23	-4.02	.001
- ด้านการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ	3.20	0.41	3.48	0.23	-3.85	.001
- ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมและพักผ่อนเพียงพอ	3.09	0.43	3.20	0.43	-1.15	.259
- ด้านการมีเวลาส่วนตัว และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเหมาะสม	2.97	0.56	3.08	0.43	-0.79	.434
- ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตหน้าที่และความผาสุก	3.49	0.47	3.62	0.29	-1.40	.169
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการโดยรวม	**3.18**	**0.32**	**3.25**	**0.41**	**-0.83**	**-.410**
- ด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาถึงขีดสูงสุด	3.06	0.59	3.26	0.33	-0.41	.686
- ด้านการดูแลตนเองในการจัดการเพื่อบรรเทาความตึงเครียด หรือเอาชนะผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย	3.25	0.41	3.34	0.40	-1.01	.318
การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม	**3.35**	**0.31**	**3.62**	**0.14**	**0.14**	**.001**
- ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้	3.13	0.36	3.32	0.33	0.33	.022
- ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ และการรักษาทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง	3.26	0.66	3.64	0.37	0.37	.001
- ด้านการรับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา	3.29	0.53	3.64	0.37	-4.72	.001
- ด้านการเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง	2.95	0.78	3.39	0.41	-3.22	.003
- ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกาย	3.56	0.25	3.73	0.14	-3.63	.001
การรับประทานยา	3.82	0.27	3.92	0.19	-2.19	.035
การควบคุมน้ำหนัก	2.99	0.52	3.32	0.51	-2.78	.009
การมาตรวจตามนัด	3.73	0.35	3.85	0.31	-1.59	.118

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แสดงในตารางที่ 2

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิคลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 145.10 ± 10.84 เทียบกับ 154.11 ± 12.70) โดยค่าความดันซิสโตลิคลดลงจากเดิมประมาณ 9 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิคลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 92.95 ± 4.52 เทียบกับ 98.97 ± 6.90) โดยค่าความดันไดแอสโตลิคลดลงจากเดิมประมาณ 6 มิลลิเมตรปรอท ผลเปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิคและไดแอสโตลิค พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันทั้ง 2 ค่า ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ค่าความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	154.11	12.70	145.10	10.84	6.631	.001
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)	98.97	6.90	92.95	4.52	7.772	.001

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แสดงในตารางที่ 3

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี (เฉลี่ย 60.63 ± 7.82 เทียบกับ 67.72 ± 8.30) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่แตกต่างจากเดิม (เฉลี่ย 67.62 ± 8.67เทียบกับ 68.92 ± 8.74) โดยมิติการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพร่างกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 76.35 ± 14.66 เทียบกับ 71.62 ± 17.34) ส่วนมิติความเจ็บปวดที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (เฉลี่ย 60.14 ± 14.17 เทียบกับ 67.57 ± 12.99) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของสหรัฐอเมริกา (คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 50±10) ยังอยู่ในเกณฑ์ที่แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนมิติสุขภาพทั่วไป และมิติการทำกิจกรรมทางกายไม่แตกต่างจากเดิม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.010) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านร่างกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.324)

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเดิม (เฉลี่ย 73.73 ± 8.73 เทียบกับ 67.15 ± 12.34) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าเดิม คือ มิติปัญหาทางอารมณ์ทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือขาดความระมัดระวัง (เฉลี่ย 70.95 ± 18.17 เทียบกับ 62.84 ± 20.93) มิติปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคม (เฉลี่ย 75.00 ± 15.59 เทียบกับ 66.21 ± 18.83) มิติความรู้สึกเหนื่อย หมดแรงหรือความกระตือรือร้น (เฉลี่ย 70.95 ± 18.17 เทียบกับ 62.84 ± 20.93) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนมิติสุขภาพจิตทั่วไป (เฉลี่ย 71.28 ± 9.71 เทียบกับ 67.57 ± 13.33) มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากเดิม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนมิติสุขภาพจิตทั่วไปก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.110)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำแนกเป็นโดยรวม รายด้านและรายมิติ

คุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม	60.63	7.82	67.72	8.30	-2.378	.010
คะแนนรวมด้านร่างกาย	67.62	8.67	68.92	8.74	-0.900	.324
(Physical component score : PCS)						
- สุขภาพทั่วไป (General Health : GH)	60.14	14.98	61.49	13.94	-0.572	.571
- การทำกิจกรรมทางกาย (Physical Functioning : PE)	69.59	18.76	75.67	16.12	-1.718	.950
- การทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพร่างกาย (Role Physical : RP)	71.62	17.34	76.35	14.66	-2.415	.021
- ความเจ็บปวดที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันได้ (Bodily Pain : BP)	67.57	12.19	60.14	14.17	-2.328	.026
คะแนนรวมด้านจิตใจ						
(Mental component score : MCS)	**67.15**	**12.14**	**73.73**	**8.73**	**-4.813**	**.001**
- สุขภาพจิตทั่วไป (Mental Health : MH)	67.57	13.33	71.28	9.71	-.641	.110
- ปัญหาทางอารมณ์ทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือขาดความระมัดระวัง (Role Emotion : RE)	62.84	20.93	70.95	18.17	-3.151	.003
- ปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคม (Social Functional : SF)	66.21	18.83	75.00	15.59	-2.987	.005
- ความรู้สึกเหนื่อย หมดแรงหรือความกระตือรือร้น (Vitality : VT)	62.84	20.93	70.95	18.17	-3.151	.003

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งในส่วนของการดูแลตนเองโดยรวมและรายหมวดการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในด้านการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมกับโรค ด้านการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ และหมวดการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งก่อนเข้าร่วมโปรแกรมนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง อาทิ การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารเค็มและขนมหวาน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ด้วยรูปแบบกิจกรรมที่ออกแบบบนพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มีการจัดประสบการณ์ตรงในการทดลอง ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีการสาธิตอาหารแลกเปลี่ยน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนโดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัวที่ดีเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีการประเมินการปฏิบัติการดูแลตนเองในแบบบันทึกประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม[12] ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ และเป็นกิจกรรมที่จะทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ บุคคลจะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกันควบคุมกำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของพัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ และ

คณะ[20] ที่พบว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านในส่วนของด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนด้านการปฏิบัติตัวทั่วไป ด้านการรับประทานยาและด้านการเลือกอาหารไม่แตกต่างกัน ขณะที่ระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร ธรรมนำศีล และคณะ[21] ที่พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ยกเว้นด้านการรับประทานยา จากการศึกษาของสุธีรา ฮุ่นตระกูล และคณะ[22] พบว่า ผลการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 100 พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 การรับยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และจากการศึกษาของจุฑารัตน์ ภาตะนันท์ และคณะ[23] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยค่าความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ย 154/99 มิลลิเมตรปรอท หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน 1 ครั้ง กิจกรรมติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน 3 ครั้งต่อคนห่างกันครั้งละ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตลดลงเฉลี่ย 145/93 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิคและไดแอสโตลิคหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติดูแลตนเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเพื่อชี้แนะ ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามความจำเป็นในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายในด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดและควบคุมน้ำหนัก ลดอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การรับประทานยาถูกต้องและสม่ำเสมอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกทักษะการคลายเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และบุหรี่ ตามแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรม ช่วยการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้มีระดับลดลง ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษาของสุธีรา ฮุ่นตระกูล และคณะ[22] ที่พบว่า ผลการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 60 และจากการศึกษาของคนึงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ[24] พบว่า ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว และขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี (เฉลี่ย 60.63 $\pm$ 7.82 เทียบกับ 67.72 $\pm$ 8.30) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่แตกต่างจากเดิม โดยมิติความเจ็บปวดที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคุณภาพชีวิตไม่ต่างจากเดิม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพและมีโรคประจำตัว ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม

ต่าง ๆ ลดลงหรือทำได้น้อยลง สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมิติที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คือ มิติปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางสังคม มิติปัญหาอารมณ์ทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือขาดความระมัดระวัง และมิติความรู้สึกเหนื่อย หมดแรงหรือความกระตือรือร้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของสมสมัย รัตนกรีฑากุล และคณะ[25] พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนารูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 90.84 และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 99.69 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อความชัดเจนของผลวิจัยและการนำไปใช้อ้างอิง

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป จากการเข้าร่วมโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และควรมีการวัดความดันโลหิตหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน 6 เดือน ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตปีละครั้ง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชนวัดใต้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. A global brief on hypertension silent killer, Global public health crisis. [Internet]. 2013 [cited 2018 June 30] Avilable from: http://www.who.int/publications/i/item/a-globall-brief-a-on- hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013
2. Mancia G, Backer GD, Dominiczac A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. Guidelines for the management of Arterial Hypertension : the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society Cardiology (ESC). J Hypertension. 2007;23(6):1105-87.
3. Liszka HA, Mainous AG, King DE, Everett CL, Egan BM. Prehypertension and cardiovascular morbidity. Ann Fam.Med. 2005;3(4):294-99.
4. Aekplakorn W, Porapakkham Y, Taneephanisakul S, Puckcharoen H, Satheannopakao W, Thaikla K. The report of Thailand population health examination survey IV,2008-2009. Nonthaburi: Health Systems Research Institute;2010. (in Thai)
5. Aekplakorn W, Puckcharoen H, Thaikla K. Satheannopakao W. Thai national health examination survey, NHES V, 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016. (in Thai)
6. Health System Development Group non-communicable disease office Department of Disease Control. Pressure Day campaign issue World high blood pressure. [Internet]. 2018 [cited 2019 May 15] Avilable from: http:// www.thaincd.com/document/file/info /non-communicable-disease.

7. Thai hypertension society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 update 2015 Bangkok: Hua Nam; 2015. (in Thai)
8. Lomplang P, Oba N, Wannapornsiri C. Factors predicting blood pressure level among essential hypertensive patients age under 40 years, Uttaradit Province. Journal of Nursing and Health Sciences. 2011; 5(2):12-22. (in Thai)
9. Pakdevong N, Binhosen V. Factor predicted blood pressure control in persons with hypertension in one community hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2014; 32(1): 23-30. (in Thai)
10. Daskalopolou SS, Khan NA, Quinn RR, Ruzicka M, Mukay DW, Hackam DG, et al. The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension, blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. Canadian Journal of cardiology. 28:270-7.
11. Hanucharornkul S, editor. Self-care: the art and science of nursing care. 4th ed. Bangkok: V.J. printing; 2001. (in Thai)
12. Orem, DE. Nursing concepts of practice. 4th ed. St. Loui: Mosby Year Book Company.1991.
13. Poomsanguen K. Health and health promotion: Nurses' important role. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):10-14. (in Thai)
14. Hongsilla O, arpanantikull M, Malathum P. Effects of a self-care promoting program on knowledge Self-care behaviors and blood pressure in persons with essential hypertension. The Journal of Nursing Council. 2018;3(2):110-30. (in Thai)
15. Rodkhum W. Self-esteem affecting self-care to prevent complications of patients with essential hypertension Inburi District, Sing Buri province. [master's thesis]. Chonburi; Burapha University; 2014. (in Thai)
16. Faul E, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power version 3.1.3: Tests for correlation and regression analysis. Behavior Research Methods. 2009;*41*(4): 1149-60.
17. Kruesathit O. The effectiveness of home health care on self-care among elderly essential hypertension In Khon Kaen metroppoitan. [master's thesis]. Khon Kaen; Khon Kaen University; 1999. (in Thai)
18. Kasemsup W, Sakthong P, Poopa K. The report assessed the cardiac surgery 8000 80th give a royal charity dedicated to king and royal charity 84 years her Majesty Princess kullayaniwattana krom luang narathiwasrajanagarindra. Bangkok: National Health security Office; 2007. (in Thai)
19. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996; 34: 220-33.
20. Chaiyasung P, Kompayak J, durongritthichai W. The effectiveness of self-care behaviors promoting program on Self-care behaviors and blood pressure level in essential hypertensive patient in community. HCU Journal. 2010;14(27):21-32. (in Thai)
21. Thamnamsin K, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Artsanthia J. effects of self-care promoting program on self-care behavior among older adults with uncontrolled hypertension in Bangkok metropolitan. Journal of Public Health Nursing. 2015;29(2):43-55. (in Thai)
22. Hoontrakul S, Somboontanont W. Developing self-care competency to prevent complication in hypertensive client in the community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2012;13(3):38-46. (in Thai)

23. Patanun C, Namjuntra R, Supametaporn P. Effects of a home-based care program on self-care behaviors and blood pressure in controlled hypertensive patient . Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2012;12(2): 72-80. (in Thai)
24. Phetcharat K, Ponglanga S, Kitisri C. Effects of supportive and educative nursing system program on self-care behaviors and blood pressure control among hypertensive patients. Nursing Journal Volume. 2018;45(1): 37-48. (in Thai)
25. Somsamai Rattanagreethakul S, Charunyakorn Viriya C, Tassanatanachai A, Patarakorn P. Development model of quality of life for hypertension patients on the basis of family and community participation at Banbung Municipality, Chon-Buri Province. Journal of Nursing and Education. 2015;8(3):52-65. (in Thai)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e260334

รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บุษบา วงค์พิมล พย.ม.*
จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล พย.ม. ส.ด.**
จุฑามาส ประจันพล พย.ม.***
นุชนรี สิทธิเสนา พย.ม.***

(วันรับบทความ: 8 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 30 มกราคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 30 มกราคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลและสหวิชาชีพ 88 คน ผู้ป่วย 92 คน ผู้ดูแล 28 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะคือ วิเคราะห์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินสมรรถนะพยาบาล วิเคราะห์ร้อยละการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาที การเกิดภาวะแทรกซ้อน คะแนนความพึงพอใจใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะพยาบาลใช้ paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบปัญหา 6 ด้าน 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ 2) การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลค่อนข้างน้อย 3) สมรรถนะพยาบาลไม่ถึงเกณฑ์บางส่วน 4) ขาดรูปแบบการพยาบาลที่ประกันความปลอดภัย 5) สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการพักผ่อน 6) ความต้องการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน กระบวนการพัฒนา ได้แก่ สร้างความตระหนักการดูแล สร้างทีมและแนวปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาสมรรถนะพยาบาลและขยายแนวร่วม ได้รูปแบบ 3Cs for safety ประกอบด้วย Clinical nursing practice guideline, Competency และ Clinical supervision ประเมินผลพบว่า ร้อยละการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.5 เป็นร้อยละ 93.8 ภาวะเลือดออกลดลงจากร้อยละ 12.6 เป็นร้อยละ 6.2 ก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อลดลงจากร้อยละ 9.4 เป็นร้อยละ 3.1 ริเริ่มใช้ Modified Early Warning Signs (MEWS) ในการเฝ้าระวังเชิงรุก ร้อยละ 95.3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาพบว่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ทำให้พยาบาลเกิดความรู้ พึงพอใจ คุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการปลอดภัย

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก การเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ความปลอดภัยผู้ป่วย

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
**พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
*ผู้ประสานการตีพิมพ์, E-mail: busabawongpimoln@gmail.com Tel: 080-4611369

Nursing Care Model for Safety in STEMI Patients Receiving Percutaneous Coronary Intervention, PCI, at Roi Et Hospital

Busaba Wongpimoln M.N.S.*
Chuthaporn Phemphul APN, M.N.S., Dr.P.H**
Jutamas Prachanpol M.N.S.***
Nuchnaree Sittisena M.N.S.****

(Received Date: December 8, 2022, Revised Date: January 30, 2023, Accepted Date: January 30, 2023)

Abstract

This action research aimed to develop a nursing care model for STEMI patients receiving percutaneous coronary intervention (PCI) at Roi Et Hospital to ensure their safety. The participants were 88 nurses and other multidisciplinary professionals in the care teams, 92 STEMI patients, and 28 caregivers. The study was divided into three phases: 1) problem analysis, 2) model development, and 3) evaluation. The research instruments included in-depth interviews, group discussion questions, a satisfaction with practice guidelines assessment form, Post-PCI complication record forms, and nursing competency assessment forms. The percentage of patients with access to an EKG within 10 minutes upon arrival and the incidence of complications were also studied. The satisfaction scores were analyzed using averages and standard deviations, paired sample t-tests were employed to describe the differences in nurse competency scores, and content analysis was used for qualitative data analysis.

The results revealed that there were six weak points which needed to be improved, including 1) the occurrence of complications after percutaneous coronary interventions, 2) the caregivers' limited role in caring for patients, 3) some nurse competences did not meet standard criteria, 4) the lack of a nursing care model for patient safety, 5) the patient unit environment not being suitable to promote rest and relaxation, and 6) a need for hospital discharge plans to ensure preparedness for post discharge care. Based on these findings, the development process was implemented and included raising awareness among the care teams; building team and clinical nursing practice guidelines, and providing training to increase the nurses' competency; and expanding the care team alliance. Consequently, the 3Cs model for patient safety composed of clinical nursing practice guidelines, competency guidelines, and clinical supervision was developed. The results showed that patient access to an EKG test within 10 minutes improved from 87.5% to 93.8% and the reductions of complication rates, for example, a decrease in bleeding issues from 12.6% to 6.2% and a decrease in the hematoma rate from 9.4% to 3.1%. The initial use of the MEWs assessment form for active surveillance was 95.3%. Nursing satisfaction with the practice guideline

*Registered nurse, Senior professional level, Acting chief of the nursing organization, Roi Et Hospital
**Advanced practice nurse, Professional level, Head nurse of general cardiovascular diseases ward, Roi Et Hospital
***Registered nurse, Professional level, Head nurse of the cardiovascular thoracic intensive care unit, Roi Et Hospital
****Registered nurse, Professional level, Head of the cardiac catheterization laboratory unit, Roi Et Hospital
*Corresponding author, E-mail: busabawongpimoln@gmail.com Tel: 080-4611369

was relatively high. When comparing nursing competency scores before and after the nursing care model's implementation, there was a statistically significant increase after participating in the program, at $p < .05$. As a result, we can conclude that, upon completion of the program, nurses had gained more knowledge and greater satisfaction while nursing care quality improved leading to an increase in patient safety.

Keywords: nursing care model, ST elevated myocardial infarction patients, percutaneous coronary intervention, patient safety

บทนำ

สถานการณ์การดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI)[1] เป็นความท้าทายของระบบสุขภาพไทย เนื่องจากโรคนี้ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูง ในปี พ.ศ. 2561 มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 10^{2} ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9^{3} แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในวิธีการรักษา ได้แก่ 1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด และ 2) การเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention : PCI) ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม การรักษาทั้ง 2 วิธียังมีความเสี่ยง โดยเฉพาะวิธีการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจพบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา ได้แก่ ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest)[4] มีการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำ PCI ในปี พ.ศ. 2561 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น 276 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่ตำแหน่งใส่สายสวน ก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อ ร้อยละ 6.16 ภาวะช็อคจากหัวใจร้อยละ 6.16 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 12.68 ภาวะไตวายเฉียบพลันร้อยละ 9.06 หัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 7.97 และเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 2.54[5] วิเคราะห์ได้ว่าโรค STEMI มีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก หากกระบวนการรักษาล่าช้า นอกจากนี้การทำ PCI เป็นการตรวจรักษาแบบรุกล้ำจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระบบการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ด้านทรัพยากรบุคคล พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะโรค ด้านสิ่งแวดล้อม ต้องมีอุปกรณ์ที่เพียงพอ การจัดระบบบริการ ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลด้วยการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วย นำสู่การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย มีการคัดกรองและซักประวัติที่ครอบคลุม รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว การให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญเมื่อต้องตรวจสวนหัวใจ การจัดระบบการส่งเวร การประสานงานกับทีมสุขภาพ[6] ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) เพราะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตของโรค สามารถลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจลงได้ ผู้ป่วยที่มารับบริการพึงพอใจ นอกจากนี้ระบบการพยาบาลที่มีคุณภาพยังช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความปลอดภัย (Personal safety) เพราะช่วยควบคุมมาตรฐานการพยาบาล[7] ในทางตรงกันข้ามหากระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือสมรรถนะพยาบาลต่างกัน ไม่มีระบบการฝึกอบรม เครื่องมืออุปกรณ์ไม่พร้อม การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน จะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและส่งผลต่อหน่วยงาน ทำให้หน่วยงานมีข้อร้องเรียน เสียค่าใช้จ่าย เสียชื่อเสียง ไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการ ดังนั้นพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดต้องมีความรู้ในการวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล การช่วยเหลือแพทย์ขณะเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ และมีทักษะการประเมินเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้เทคโนโลยีเครื่องมือพิเศษในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต รวมถึงให้การดูแลแก้ไขและรายงานได้อย่างทันท่วงที ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยผู้ป่วย[8]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 820 เตียง มีศักยภาพให้บริการครบทุกสาขาความเชี่ยวชาญ มุ่งเน้น 5 สาขาหลัก ได้แก่ สาขามะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิด และปลูกถ่ายอวัยวะ สำหรับสาขาหัวใจได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยผลลัพธ์การพัฒนาพบว่าสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน ครอบคลุมทั้งจังหวัดร้อยเอ็ดในปี พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ จึงต้องส่งต่อไปยังศูนย์หัวใจที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อทำการตรวจสวนหัวใจ ทำให้เกิดความเสี่ยงและเสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปรักษา ดังนั้นในปี พ.ศ.2562 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จึงได้ยกระดับเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญสาขาหัวใจระดับ 2 ซึ่งสามารถผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) พร้อมกับเปิดบริการตรวจสวนหัวใจ (cardiac catheterization) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเร่งด่วนฉุกเฉินด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เท่าเทียมกับจังหวัดและเขตสุขภาพอื่น

จากเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย STEMI ของเขตสุขภาพที่ 7 และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย[2] ที่กำหนดอัตราการเสียชีวิตไม่เกินร้อยละ 8 และร้อยละการได้รับ Primary PCI ภายใน 90 นาที มากกว่าร้อยละ 60 ผลงานการให้บริการ

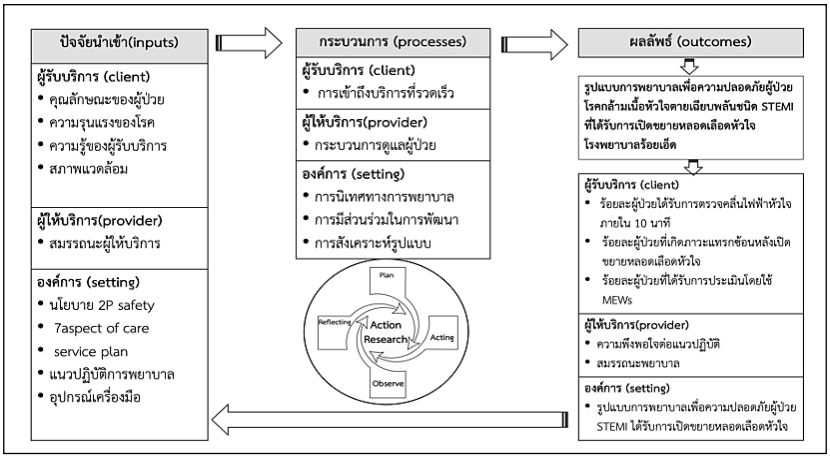
ผู้ป่วย STEMI ได้รับ Primary PCI ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2563 - 2564 จำนวน 30 และ 37 รายตามลำดับ มีระยะเวลารอการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Door to balloon time) เฉลี่ย 175 และ 171 นาที ตามลำดับ อัตราการเปิดหลอดเลือดภายใน 90 นาทีที่มาถึงโรงพยาบาลทำได้เพียง ร้อยละ 23.34 และ 33.33 ตามลำดับ[9] โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) การคัดกรองและวินิจฉัยโรคแรกรับล่าช้าที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) ความล่าช้าในการเตรียมทีม อุปกรณ์เครื่องมือในห้องตรวจสวนหัวใจ รวมถึงการไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังตรวจสวนหัวใจ 3) การพยาบาลหลังตรวจสวนหัวใจที่หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด พบว่า 3.1) ขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจในผู้ป่วย STEMI ที่เป็นแนวทางเดียวกัน 3.2) สมรรถนะการพยาบาลที่ไม่ถึงเกณฑ์ในบางส่วน และ 3.3) ขาดรูปแบบการพยาบาลที่ประกันความปลอดภัยและตรงบริบท นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ แพ้สารทึบแสง ร้อยละ 0.5 มีเลือดออกใต้เนื้อเยื่อ (Hematoma) ร้อยละ 1.7 ภาวะเลือดออกตำแหน่งวางสายสวน (Bleeding puncture site) ร้อยละ 7.5 การขาดเลือดของรยางค์ส่วนปลาย (Limb Ischemia) ร้อยละ 0.5 ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac arrhythmia) ร้อยละ 2.9 ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) ร้อยละ 1.1 ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต ตลอดจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ สำหรับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้องภายใต้บริบทโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาใช้แนวคิดการวิจัยเชิงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของ Holzemer ที่ดัดแปลงจากแนวคิดของ Donabedian[10] มี 3 มิติ 9 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยนำเข้าด้านผู้รับบริการ (Client inputs) คุณลักษณะของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค ความรู้ของผู้รับบริการ สภาพแวดล้อม 2) กระบวนการทางสุขภาพด้านผู้รับบริการ (Client processes) การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว 3) ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ (Client outcomes) ร้อยละผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ และร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยใช้ MEWs 4) ปัจจัยนำเข้าด้านผู้ให้บริการ (Provider inputs) สมรรถนะผู้ให้บริการ 5) กระบวนการให้บริการของผู้ให้บริการ (Provider processes) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 6) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Provider outcomes) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ และสมรรถนะพยาบาล 7) ปัจจัยนำเข้าด้านองค์การ (Setting inputs) นโยบาย 2P safety, 7aspect of care, service plan กระทรวงสาธารณสุข แนวปฏิบัติการพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องมือ 8) กระบวนการภายในองค์การ (Setting processes) การนิเทศทางการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการสังเคราะห์รูปแบบ 9) ผลลัพธ์ด้านองค์การ (Setting outcomes) รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ และการวิจัยในครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดำเนินการพัฒนารูปแบบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยนำวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggert[11] ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนคิด (Reflecting) ทำการศึกษาใน 4 หน่วยบริการ ได้แก่ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด และหอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งให้บริการผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 พัฒนา 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สภาพปัญหา (เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2565) มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล 58 คน ผู้ให้บริการ 25 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสารเวชระเบียน พบปัญหาการดูแลผู้ป่วย คือ 1) การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย 2) การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลค่อนข้างน้อย *"ไม่ค่อยได้ร่วมดูแลเพราะโรงพยาบาลห้ามเฝ้าไข้"* F20 สัมภาษณ์เชิงลึก, 24 เมษายน พ.ศ. 2565 3) สมรรถนะพยาบาลไม่ถึงเกณฑ์บางส่วน 4) ขาดรูปแบบการพยาบาลที่ประกันความปลอดภัย 5) สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการพักผ่อน "หลับ ๆ ตื่น ๆ เสียงคุณหมอทำงานทั้งคืน" P1 สัมภาษณ์เชิงลึก, 30 มีนาคม พ.ศ. 2565 6) การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน *"คุณหมอให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยอยู่บ้านหลายอย่าง ทั้งจำได้แล้วจำไม่ได้ อยากเรียนให้มั่นใจก่อนถึงออกโรงพยาบาล"* F26 สัมภาษณ์เชิงลึก, 28 เมษายน พ.ศ 2565 ขั้นตอนที่ 2 วางแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยคืนข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ในที่ประชุมศูนย์หัวใจและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง วางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ วางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล วางแผนจัดทำแผนการนิเทศทางคลินิก แบบบันทึกการเฝ้าระวัง แบบประเมิน สื่อ วางแผนจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย แนวทางการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผน จัดตั้งทีมแกนหลัก ประชุมกลุ่มระดมความคิด วิเคราะห์ วางแผนพัฒนา จนได้ข้อสรุปว่าทั้ง 4 หน่วยบริการต้องให้การดูแลผู้ป่วย STEMI ต่อเนื่องกันตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย และควรเริ่มพัฒนาไปพร้อมกัน ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับทีมแกนหลักเพื่อสรุปแผนปฏิบัติการ (Action plan) และเตรียมการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

2. ระยะพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565) มี 2 วงจร แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงจรที่ 1 นำแผนปฏิบัติการลงสู่การปฏิบัติจริง มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนพัฒนา ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมแกนหลัก 5 คน นำเสนอข้อมูลความต้องการพัฒนา มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ วางแผนควบคุมและติดตามกำกับจำนวน 3 ครั้ง ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยและทีมแกนหลักดำเนินการพัฒนา ดังนี้ 1) กำหนดประเด็นมุ่งเน้นพัฒนาด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน 2) ทำข้อตกลงการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล

โดยใช้หลัก 2Ps safety[12] 3) การจัดแบ่งโซนรับผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ในหน่วยบริการ 4) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามกรอบแนวคิดของ Soukup[13] ดังนี้ หาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase) ทบทวนและสืบค้นหลักฐานสร้างแนวปฏิบัติ (Evidence-supported phase) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในคลินิก (Evidence-observed phase) และประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล (evidence-based phase) ได้หลักฐานที่เกี่ยวข้อง 26 เรื่อง แบ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 4 ฉบับ การวิจัยเชิงทดลอง 1 ฉบับ การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง 11 ฉบับ การศึกษาย้อนหลัง 1 ฉบับ การศึกษาเชิงพรรณนาและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 9 ฉบับ โดยหลักฐานเชิงประจักษ์มีระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพอยู่ในระดับ 1, 2, 3a และ 4[14] 5) จัดทำแผนการนิเทศทางคลินิก และ 6) จัดอบรมพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต ผู้วิจัยทำการสังเกต การพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวข้างต้น สังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ การแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นประชาธิปไตยของทีมแกนหลักเพื่อให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกในการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ ได้สำเร็จ รวมทั้งความสนใจของพยาบาลที่เข้าอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วย STEMI ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ประชุมทีมแกนหลักเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ปรับปรุงระบบและวิธีปฏิบัติงานที่เอื้อต่อการนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ซึ่งได้สะท้อนผลการพัฒนารวม 8 ครั้ง

วงจรที่ 2 ปรับปรุงแผนและสังเคราะห์รูปแบบ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการปฏิบัติ ผู้วิจัยแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกการเฝ้าระวังและแบบประเมิน ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจความตรงเชิงเนื้อหาปรับปรุงตามคำแนะนำ กำหนดวิธีการนำไปใช้ ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยและทีมแกนหลักประชุมร่วมกับทีมสุขภาพ 4 หน่วยบริการเพื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมิน แบบบันทึก ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต ผู้วิจัยใช้การสังเกตพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การใช้แบบประเมิน แบบบันทึก ในขณะลงเยี่ยมติดตามเพื่อให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ เสริมทักษะภาวะผู้นำ และให้อำนาจในการตัดสินใจเมื่อต้องกำกับทีมผู้ปฏิบัติ พบปัญหาว่าผู้ปฏิบัติยังปฏิบัติไม่ได้ตามเกณฑ์ และเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย เช่น มีเลือดออกระหว่างถอดสายรัดข้อมือ (TR-band) มีก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อ เป็นต้น ทีมแกนหลักจึงได้ประชุมปรับรูปแบบเพิ่มเติม โดยจัดทำแผนการนิเทศทางคลินิกเพื่อสอนและกำกับติดตามการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนคิดการปฏิบัติ ผู้วิจัยจัดประชุมทีมแกนหลักสะท้อนคิดการปฏิบัติและสังเคราะห์รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตรงบริบท จากนั้นร่วมพิจารณาวางแผนการประเมินผลการนำใช้รูปแบบ

3. **ระยะที่ 3 การประเมินผล** (กันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565) เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผลลัพธ์ โดยประเมินร้อยละผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยใช้ MEWs ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติสมรรถนะพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการพัฒนา โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ดูแลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ระยะวิเคราะห์สภาพปัญหา ได้แก่ 1.1) ผู้ให้บริการ รวม 25 คน แบ่งเป็น หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหน่วยบริการ และพยาบาลระดับปฏิบัติการจาก 4 หน่วยบริการ 19 คน และสหวิชาชีพที่ รวม 6 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ แพทย์มัณฑนากรหลอดเลือดหัวใจ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด 1.2) ผู้รับบริการ รวม 56 คน ได้แก่ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ 28 คน ผู้ดูแล 28 คน ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชาย เพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ข้อมูลที่ครอบคลุม ลุ่มลึก[15] 2) ระยะพัฒนาและระยะประเมินผล ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหน่วยบริการ 5 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการ 79 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจได้จากผลการศึกษาของ Qi et al.[16] โดยมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Door to balloon) ของกลุ่มหลังพัฒนา 139 กลุ่มก่อนพัฒนา 108 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มก่อนพัฒนา 44 นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (d) ใช้สูตรของ Polite & Beck[17]

$$d = \frac{x_1 - x_2}{S.D.}$$

นำค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาเปิดตารางของโคเฮ็น[17] กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (α = .05) และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: 1-β) ที่ .80 และ ค่าขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ 0.7 เปิดตาราง power analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนา 32 คน กลุ่มหลังพัฒนา 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย 1) แผนปฏิบัติการ (Action plan) 2) แบบวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After action review)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สภาพปัญหา ได้แก่ แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นคำถามปลายเปิดสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาความต้องการการดูแล สำหรับพยาบาลและสหวิชาชีพเกี่ยวกับความต้องการพัฒนาแนวทางสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับระบบบริการการพยาบาลที่เป็นอยู่และความต้องการพัฒนา แนวทางการสังเกต สภาพแวดล้อม ระบบการบริการพยาบาล ปฏิสัมพันธ์ของทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) ระยะพัฒนาและระยะประเมินผล ดังนี้ 2.1) แนวทางสนทนากลุ่มเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมการพัฒนาการระบุปัญหาและแผนแก้ไขปัญหา 2.2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สิทธิการรักษา วินิจฉัยโรค โรคร่วม ตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ปัจจัยเสี่ยง ตำแหน่งและชนิดของหัตถการ ผลการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) จำนวนวันนอน การใช้เครื่องมือพิเศษ และผลลัพธ์การรักษา 2.3) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ใช้บันทึกจำนวนครั้งและลักษณะของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น 2.4) แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย 2.5) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ สำหรับหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 8 ข้อ หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด 28 ข้อ หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด 65 ข้อ และหอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด 48 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ไม่แสดงพฤติกรรมให้เห็นเลย ระดับ 2 แสดงพฤติกรรมให้เห็นบางครั้ง ระดับ 3 แสดงพฤติกรรมให้เห็นบ่อย ๆ ระดับ 4 แสดงพฤติกรรมให้เห็นปานกลาง และ ระดับ 5 แสดงพฤติกรรมให้เห็นสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้ 1) ความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล แผนการนิเทศทางคลินิก แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบบันทึกการประเมิน MEWs ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Item level - content validity index: I-CVI) เท่ากับ .90 .96 .92 .90 และ .96 ตามลำดับ 2) ความเที่ยงตรง ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าเท่ากับ .78 .85 .92 .97 และ .99 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจและผู้ดูแล เกี่ยวกับปัญหาความต้องการขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการ เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ และความต้องการพัฒนารูปแบบ 2) การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความต้องการพัฒนา 3) การศึกษาเอกสาร ได้แก่ แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษา แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาล เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย 4) ศึกษาย้อนหลังเวชระเบียนผู้ป่วย

62 ราย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565 และ 5) ศึกษาผลลัพธ์ผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 32 ราย ก่อนพัฒนาเพื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของกลุ่มผู้ป่วยหลังพัฒนา ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสนทนา การจดบันทึกภาคสนามในกระบวนการพัฒนา รวมทั้งการศึกษาข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก แบบประเมิน แบบวัดผล รวบรวมผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจหลังพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ดังนี้ ถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จัดระเบียบข้อมูลเป็นหมวดหมู่ กำหนดรหัสข้อมูล โดยดึงคำ ข้อความหรือประโยคให้รหัส จัดประเด็นหลัก สร้างข้อสรุปอธิบายข้อค้นพบเชื่อมโยงสู่ทฤษฎีความปลอดภัยของผู้ป่วย STEMI

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย (Trustworthiness) 4 วิธี ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย (Researcher credibility) ด้วยพื้นฐานของผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมามากกว่า 20 ปี และเป็นเลขานุการ service plan สาขาหัวใจทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตมามากกว่า 20 ปี รวมถึงผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 คน ที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมามากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์และผ่านการอบรม มีความเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้รู้ถึงบริบทและวัฒนธรรมของการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่คนในพื้นที่ นอกจากนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงผู้มีประสบการณ์ทำให้ได้ข้อมูลจริง ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของข้อมูลด้วยการทำสรุปย่อแล้วนำย้อนถามผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ว่าบทสรุปนี้ถูกต้องเป็นจริงตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ หากยังไม่ถูกต้องได้มีการอภิปรายข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปที่ถูกต้องร่วมกัน ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) ที่ได้มาจากหลายแหล่ง เปรียบเทียบข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูล (Method triangulation) จากวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต่างกัน 2) การอ้างอิงผลการวิจัย (Transferability) ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดบริบทที่ศึกษา กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้อ่านได้พิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกัน 3) การพึ่งพาเกณฑ์ (Dependability) เพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ ผู้วิจัยได้ระบุการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 3.1) การอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย 3.2) ระบุถึงวิธีการและเหตุผลในการเลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัย รวมทั้งเกณฑ์คุณสมบัติ 3.3) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 3.4) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งได้วิธีการวิเคราะห์ร่วมกันกับทีมวิจัย และ 3.5) การนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายอย่างละเอียด และนำเสนอข้อค้นพบกับ 4 หน่วยบริการ เพื่อเป็นการตรวจสอบครั้งสุดท้าย (Debriefing) 4) ยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยแสดงให้เห็นถึงการได้มาของข้อมูลเชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูล โดยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในประเด็นหลัก และแสดงกระบวนการวิจัยที่มีความชัดเจน จึงสามารถยืนยันผลการวิจัยได้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ร้อยละผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาที ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยใช้ MEWs ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาใช้สถิติ paired sample t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE010/2565 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ เคารพในบุคคลที่ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการให้บริการผู้ป่วยSTEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 1) มุมมองผู้ป่วย พบประเด็น 1.1) ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ความคาดหวังรอดชีวิต ปลอดภัยจากการรักษา รับรู้ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา รับรู้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบาย ต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังเกิดโรค รู้สึกต้องแยกจากครอบครัว 1.2) ระยะรอดชีวิต รับรู้ว่าครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย หลับพักผ่อนได้น้อย 1.3) ระยะเตรียมใช้ชีวิตปกติ กลัวการเจ็บป่วยซ้ำ ต้องการคำแนะนำการใช้ชีวิต คำแนะนำการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่บ้าน 2) มุมมองผู้ดูแล พบประเด็น 2.1) ระยะวิกฤตฉุกเฉิน คาดหวังว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิต รับรู้ถึงความไม่แน่นอน ครอบครัวยอมรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น 2.2) ระยะรอดชีวิต ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยได้ตลอดเวลา 2.3) ระยะเตรียมใช้ชีวิตปกติ ต้องการเตรียมความพร้อมการดูแล ไม่มีความรู้การดูแลผู้ป่วยมาก่อน และกลัวผู้ป่วยเจ็บป่วยซ้ำ 3) มุมองผู้ให้บริการ พบประเด็น 3.1) สมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่ถึงเกณฑ์บางส่วน 3.2) ขาดรูปแบบการพยาบาลที่ประกันความปลอดภัยและตรงบริบท 3.3) เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย 3.4) การให้ความรู้ยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล 3.5) เกิดช่องว่างในการดูแล 3.6) ความยากลำบากในการติดตามดูแล และการกำกับติดตามไม่มีแนวทางที่ชัดเจน 3.7) การส่งต่อข้อมูลและการประสานการดูแลรักษาระหว่างหน่วยงานไม่ครบถ้วน ครอบคลุม 3.8) การวางแผนจำหน่ายยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน 4) การวิเคราะห์เวชระเบียน จำนวน 62 ชุด พบประเด็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.5 อายุเฉลี่ย 62.4 ปี มีโรคร่วม เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงเกิดโรคมากที่สุดคือการสูบบุหรี่ ภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจสวนหัวใจที่พบ ได้แก่ ภาวะเลือดออก ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และภาวะช็อคจากหัวใจ และส่วนใหญ่พบในผู้ป่วย STEMI ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป

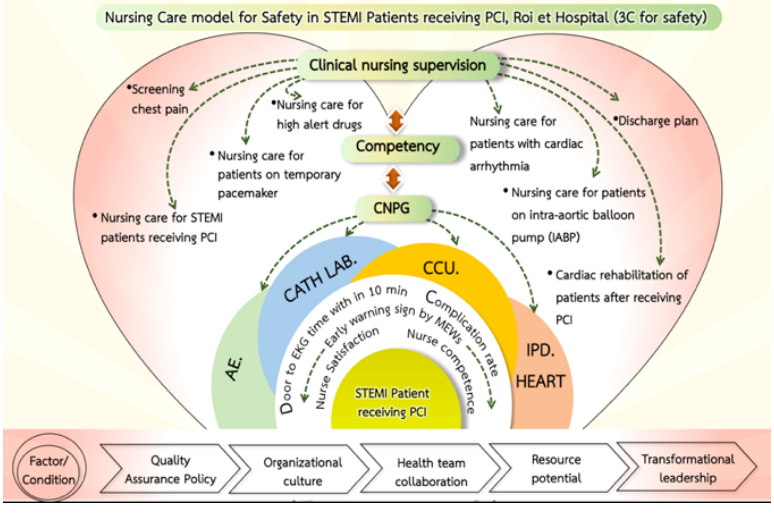
จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการดังกล่าวชี้นำสู่ความต้องการพัฒนา ได้แก่ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะพยาบาล 3) จัดทำแผนการนิเทศทางคลินิกเพื่อสอน แนะนำ และกำกับติดตามการปฏิบัติการพยาบาล 4) พัฒนาแบบบันทึกการเฝ้าระวัง แบบประเมินที่เอื้อต่อการดูแลและการสื่อสาร 5) จัดสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการเพื่อความปลอดภัยและเอื้อต่อการพักผ่อนสำหรับผู้ป่วย 6) พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักในการดูแลเพื่อความปลอดภัย กลวิธีดำเนินงาน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สะท้อนคิดสิ่งที่ต้องการ การนำเสนอข้อมูลปรากฏการณ์ สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน การบอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและเสริมสร้างแรงจูงใจ ผลลัพธ์การพัฒนา ได้บุคคลที่เป็นแกนหลักในการพัฒนา ได้ข้อสรุปสภาพปัญหา แนวคิดการดูแลที่เน้นการเข้าถึงรวดเร็ว ถูกต้อง ได้มาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัย 2) สร้างทีมพัฒนาและสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแล กลวิธีดำเนินงาน ได้แก่ สร้างทีมพัฒนาด้วยการเริ่มจากกลุ่มเล็กดำเนินการพัฒนาจากสิ่งที่ทำได้ก่อนด้วยการร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจบนหลักฐานเชิงประจักษ์ แผนการนิเทศทางคลินิก แบบบันทึกการเฝ้าระวัง แบบประเมินที่เอื้อต่อการดูแลและการสื่อสาร สื่อสนับสนุนการดูแล ผลลัพธ์การพัฒนา ได้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ทีมพัฒนาเกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ทีมพัฒนาได้รณรงค์และส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมแต่ละหน่วยบริการเพื่อความปลอดภัยและเอื้อต่อการพักผ่อนสำหรับผู้ป่วย 3) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลและขยายแนวร่วม ดังนี้ 3.1) การพัฒนาสมรรถนะ กลวิธีดำเนินงาน ได้แก่ การพัฒนาความรู้ ด้วยการจัดอบรม ประชุมวิชาการเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเรื่องการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาทักษะโดยซักซ้อมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องพยุงหัวใจ เป็นต้น และการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผลลัพธ์การพัฒนา

ทำให้พยาบาลมีความรู้การดูแลผู้ป่วยที่ทันสมัย มีทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทีมพัฒนามีสมรรถนะในการสอนการเป็นพี่เลี้ยง การนิเทศทางคลินิก และได้ข้อตกลงร่วมในการนำเครื่องมือการดูแลไปใช้ 3.2) การขยายแนวร่วม กลวิธีดำเนินงาน ได้แก่ การขยายความร่วมมือสู่ทีม ผู้ปฏิบัติด้วยการประชุมทีมผู้ปฏิบัติ 4 หน่วยบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไร้รอยต่อทุกจุดบริการ ผลผลิตการพัฒนา ได้รูปแบบการดูแลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

2.2 การสังเคราะห์รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ จากการพัฒนาที่ได้กล่าวมาข้างต้น นำสู่การสังเคราะห์ได้รูปแบบ 3Cs for safety ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical nursing practice guideline : CNPG) เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่สร้างจากความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความเฉพาะแต่ละหน่วยบริการ 2) สมรรถนะพยาบาล (Competencies of nurse) หมายถึง ความรู้ ทักษะ ความสามารถของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแต่ละหน่วยบริการ 3) การนิเทศทางคลินิก (Clinical supervision) 8 ประเด็น ที่เป็นกระบวนการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญในคลินิกในการกำกับติดตามการปฏิบัติการพยาบาลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัย (Safety outcome) สำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการทั้ง 4 หน่วยบริการ นำสู่ผลลัพธ์ ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละผู้ป่วยได้รับการประเมินเฝ้าระวังโดยใช้ MEWs ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ และสมรรถนะพยาบาล โดยมีปัจจัยเงื่อนไขการขับเคลื่อนรูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้แก่ นโยบายการรับรองและประกันคุณภาพ วัฒนธรรมองค์กรที่เน้นความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ ศักยภาพของแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล อุปกรณ์ สถานที่ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

3.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย 64 ราย แบ่งเป็น 1) กลุ่มก่อนพัฒนา (n=32) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 23 ราย (ร้อยละ 71.9) อายุเฉลี่ย 61 ปี (ต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 81ปี) การวินิจฉัยโรคที่พบมากคือ หลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น 20 ราย (ร้อยละ 62.4) ตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจส่วนล่าง (inferior wall) 17 ราย (ร้อยละ 53.1) การรักษาโดย

ทำ PCI หลังการรักษาเบื้องต้นด้วยยาละลายลิ่มเลือด (pharmaco- invasive strategy) 17 ราย (ร้อยละ 53.1) และทำ primary percutaneous coronary intervention (PPCI) 10 ราย (ร้อยละ 31.2) ผล echocardiogram การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction: LVEF) ที่ร้อยละ 40-50 16 ราย (ร้อยละ 50.0) 2) กลุ่มหลังพัฒนา (n=32) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 19 ราย (ร้อยละ 59.4) อายุเฉลี่ย 61.8 ปี (ต่ำสุด 44 ปี สูงสุด=83 ปี) การวินิจฉัยโรคที่พบมากคือ หลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น 19 ราย (ร้อยละ 59.4) ตำแหน่งกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่เป็น กล้ามเนื้อหัวใจส่วนล่าง 16 ราย (ร้อยละ 50.0) การรักษาโดยทำ PCI หลังการรักษาเบื้องต้นด้วยยาละลายลิ่มเลือด 16 ราย (ร้อยละ 50.0) และทำ PPCI 10 ราย (ร้อยละ 31.2) ผล echocardiogram การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ที่ร้อยละ 40-50 14 ราย (ร้อยละ 43.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ป่วยก่อนพัฒนา (n=32)		กลุ่มผู้ป่วยหลังพัฒนา (n=32)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	23	71.9	19	59.4
หญิง	9	28.1	13	40.6
2. อายุเฉลี่ย(ปี)	61.0 (S.D.=12.16)		61.8(S.D.=11.55)	
อายุต่ำสุด - อายุสูงสุด	(ต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 81ปี)		(ต่ำสุด 44 ปี สูงสุด 83ปี)	
3. วินิจฉัยโรค				
หลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น	20	62.4	19	59.4
หลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น	6	18.8	8	25.0
หลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น	6	18.8	5	15.6
4. การทำรักษา				
PCI	1	3.1	0	0.0
PPCI	10	31.2	10	31.2
Rescue PCI	4	12.6	6	18.8
Pharmaco invasive strategy	17	53.1	16	50.0
5. ผล echocardiogram				
LVEF< 40%	5	15.6	5	15.6
LVEF 40-50%	16	50.0	14	43.8
LVEF >50%	11	34.4	13	40.6

หมายเหตุ Percutaneous coronary intervention (PCI), Primary percutaneous coronary intervention (PPCI), Left ventricular ejection fraction (LVEF)

3.2 ผลลัพธ์ความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) พบว่า 1) กลุ่มก่อนพัฒนา ร้อยละผู้ป่วยได้การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที 28 ราย (ร้อยละ 87.5) ร้อยละผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการเปิดขยายหลอดเลือด 13 ราย (ร้อยละ 40.6) ได้แก่ ภาวะเลือดออก 4 ราย (ร้อยละ 12.6) ภาวะก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อ 3 ราย (ร้อยละ 9.4) ภาวะช็อคจากหัวใจ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ อย่างละ 2 ราย (ร้อยละ 6.2) ภาวะไตวายเฉียบพลัน และรยางค์ส่วนปลายขาดเลือดอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 3.1) 2) กลุ่มหลังพัฒนา ร้อยละผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที 30 ราย (ร้อยละ 93.8) จำนวนผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังตรวจสวนหัวใจ 26 ราย (ร้อยละ 81.4) และเกิดภาวะแทรกซ้อนเพียง 6 ราย (ร้อยละ 18.6) โดยเกิดภาวะเลือดออก 2 ราย (ร้อยละ 6.2) ก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อ ภาวะช็อคจากหัวใจ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะไตวายเฉียบพลันเกิดอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 3.1) และไม่พบการเกิดรยางค์ส่วนปลายขาดเลือด หลังใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ความปลอดภัยผู้ป่วย

ผลลัพธ์ความปลอดภัยผู้ป่วย	กลุ่มผู้ป่วยก่อนพัฒนา (n=32)		กลุ่มผู้ป่วยหลังพัฒนา (n=32)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที	28	87.5	30	93.8
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ				
ไม่มี	19	59.4	26	81.4
มี	13	40.6	6	18.6
ภาวะเลือดออก	4	12.6	2	6.2
ก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อ	3	9.4	1	3.1
ภาวะช็อคจากหัวใจ	2	6.2	1	3.1
ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	1	3.1	1	3.1
ภาวะไตวายเฉียบพลัน	2	6.2	1	3.1
รยางค์ส่วนปลายขาดเลือด	1	3.1	0	0.0

ระยะเวลาที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Diagnosis to balloon time) กลุ่มก่อนพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 103.9 นาที S.D. 20.28 (ต่ำสุด 69 สูงสุด 136 นาที) และกลุ่มหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ย 78.3 นาที S.D. 18.74 (ต่ำสุด 63 สูงสุด 115 นาที)

การริเริ่มใช้แบบประเมิน MEWs เฝ้าระวังเชิงรุกภาพรวมร้อยละ 95.3 ในกลุ่มหลังพัฒนาสำหรับ 4 หน่วยบริการ แยกเป็นหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 93.8 หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 96.8 หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 96.8 และหอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 93.8

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ (n=79) จาก 4 หน่วยบริการ เพศหญิง 69 คน (ร้อยละ 87.3) เพศชาย 10 คน (ร้อยละ 12.7) อายุเฉลี่ย 32.5 ปี (ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 58 ปี) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 7.3 ปี (ต่ำสุด 4 เดือน สูงสุด 37 ปี) พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับมาก สำหรับรายข้อที่พึงพอใจมากเรียงจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจน (Mean = 2.89, S.D. = 0.34) สามารถนำไปปฏิบัติได้ (Mean = 2.84, S.D. = 0.40) และ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน (Mean = 2.84, S.D. = 0.46) ตามลำดับ

สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้ 1) หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ 35 คน เพศหญิง 30 คน (ร้อยละ 85.7) เพศชาย 5 คน (ร้อยละ14.7) อายุเฉลี่ย 35.1 ปี (ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 58 ปี) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.8 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 37 ปี) คะแนนสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.003) 2) หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดมีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ 6 คน เพศหญิง 4 คน (ร้อยละ 66.7) เพศชาย 2 คน (ร้อยละ 33.3) อายุเฉลี่ย 34.5 ปี (ต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 44 ปี) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 4.1 ปี (ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 5 ปี) คะแนนสมรรถนะการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.010) 3) หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด มีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ 28 คน เพศหญิง 27 คน (ร้อยละ 96.4) เพศชาย 1 คน (ร้อยละ 3.6) อายุเฉลี่ย 31.0 ปี (ต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 44 ปี) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 5.1 ปี (ต่ำสุด 4 เดือน สูงสุด 14 ปี) คะแนนสมรรถนะการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) และ 4) หอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด มีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ 10 คน เพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 80.0) เพศชาย 2 คน (ร้อยละ 20.0) อายุเฉลี่ย 26.2 ปี (ต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 28 ปี) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 3.2 ปี (ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 5 ปี) คะแนนสมรรถนะการพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.017) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา

ประเด็นเปรียบเทียบ	คะแนนที่เป็นไปได้ (possible range)	คะแนนสมรรถนะก่อนพัฒนารูปแบบ		คะแนนสมรรถนะหลังพัฒนารูปแบบ		t	*p-value*
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 8 ข้อ (n=35)	8-40	29.85	4.85	30.88	3.78	-3.266	.003
หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด 28 ข้อ (n=6)	28-140	116.67	8.31	124.50	3.88	-4.075	.010
หอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด 65 ข้อ (n=28)	65-325	267.68	29.24	271.78	26.71	-3.610	.001
หอผู้ป่วยสามัญหัวใจและหลอดเลือด 48 ข้อ (n=10)	48-240	176.9	24.75	185.3	16.99	-2.929	.017

P-value < .05

การอภิปรายผล

รูปแบบการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ มีจุดเด่น 3 ประการ ดังนี้ 1) มีกระบวนการสร้างผลลัพธ์ความปลอดภัยทั้งด้านผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพเพราะเมื่อเทียบเคียงกับหลัก 2Ps safety ขององค์การอนามัยโลกพบว่าสามารถสร้างรูปธรรมงานที่ยืนยันถึงความปลอดภัยได้[18] ดังนี้ Patient safety ในการได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจปลอดภัยเห็นได้จากผลลัพธ์ ร้อยละผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที ในกลุ่มหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.8 จากเดิมร้อยละ 87.5 ซึ่งบุหลัน เปลี่ยนไธสง และคณะ[19] และนริสา สะมาแอ และคณะ[20] กล่าวว่าการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้เร็ว นำสู่การวินิจฉัยและรักษาได้เร็ว โอกาสที่ผู้ป่วยจะปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มหลังการพัฒนาลดลงจากร้อยละ 40.6 เหลือร้อยละ 18.6 และเมื่อแยกวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนตำแหน่งใส่สายสวนพบว่า ภาวะเลือดออกลดลงจากร้อยละ 12.6 เป็นร้อยละ 6.2 และก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อลดลงจากร้อยละ 9.4 เป็นร้อยละ 3.1 ซึ่งพบว่าต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำ PCI ในปี พ.ศ. 2561 ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 276 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อที่ตำแหน่งใส่สายสวนร้อยละ 6.16[5] และนอกจากนี้ ยังสามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนลงได้ เช่น ก่อนการพัฒนาพบการเกิดภาวะเลือดออกรุนแรงตรงตำแหน่งใส่สายสวน Radial artery มี 1ราย หลังพัฒนาแม้จะพบภาวะภาวะเลือดออกตรงตำแหน่งใส่สายสวนแต่ไม่รุนแรง สามารถแก้ไขได้ทันทีและผู้ป่วยปลอดภัย ส่วนการเกิดก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อขนาดใหญ่ที่ตำแหน่งใส่สายสวน Femoral ก่อนพัฒนามี 1 ราย หลังพัฒนาพบก้อนเลือดใต้เนื้อเยื่อที่ตำแหน่งใส่สายสวน แต่มีขนาดเล็ก เนื่องจากตรวจพบและเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติได้เร็วขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย กลับบ้านได้ จากกรณีดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[21] ส่วนการริเริ่มใช้แบบประเมิน MEWs เฝ้าระวังเชิงรุกทำให้ดักจับอาการผิดปกติ ตรวจจับสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เช่น ภาวะ Cardiogenic shock, Cardiac arrhythmia และ Acute kidney injury หลังพัฒนาผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังเชิงรุกและได้รับการแก้ไขได้ทันทีทำให้ลดความรุนแรงและปลอดภัย สามารถจำหน่ายกลับบ้านภายใน 3 วัน[22] 2) ด้านความปลอดภัยบุคคลากร (Personnel safety) การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการพัฒนาสมรรถนะในการพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การมีแนวทางการนิเทศทางคลินิกทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยพบภาวะแทรกซ้อนลดลง[23] 3) รูปแบบการพยาบาลที่มาจากสถานการณ์ปัญหาจริง ตรงบริบทสามารถตอบสนองความต้องการ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร[24] เป็นรูปแบบที่สร้างจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ด้วยการเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่จึงสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและเกิดความยั่งยืน[25]

ข้อเสนอแนะ

1) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ควรพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีองค์ประกอบ 3C for safety ที่เหมาะสมกับบริบทเพื่อนำสู่ผลลัพธ์ความปลอดภัยผู้ป่วย

2) องค์กรพยาบาลควรนำแนวคิดการนิเทศทางคลินิก ไปพัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วยกลุ่มโรคเสี่ยงสูงอื่น ๆ

ข้อจำกัดการวิจัย

1) รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเหมาะสำหรับบริบทโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการหน่วยตรวจสวนหัวใจ

2) ความรุนแรงของโรคและขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ภาวะช็อคและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ดูแลพยาบาลผู้ปฏิบัติ นพ.เสมอ แซ่ตั้ง และ ดร.จุธาลักษณ์ แก้วมะไฟ ที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

References

1. Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health. [Internet]. Number and death rate of non-communicable diseases 2016 - 2020 (including 4 diseases /Hypertension /Diabetes /Ischemic heart disease /Stroke /Bronchitis /Emphysema/Chronic Obstructive Pulmonary Disease). 2022 [cited 2022 Jan 18]. Available from: https://shorturl.asia/p3yVb. (in Thai)
2. The Heart Association of Thailand under The Royal Patronage of H.M The King. Thai acute coronary syndromes guidelines 2020. Samut Prakan: Nextstep D-Sign Limited Partnership; 2020. (in Thai)
3. Ministry of public health. Mortality rate of patients with STEMI myocardial infarction. [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 18]. Available from: http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1614. (in Thai)
4. Kumar A, Zhou L, Huded CP, Moennich LA, Menon V, Puri R, et al. Prognostic implications and outcomes of cardiac arrest among contemporary patients with STEMI treated with PCI. Resuscitation Plus. 2021; 100149.
5. Pattanajak C, Sanmaung A, Kiatchoosakun S. In-hospital complications of coronary angiogram and percutaneous coronary intervention: essential for cardiovascular nurses. Mahasarakham Hospital Journal. 2019;16(2);50-61. (in Thai)
6. Naowanee S, Phet-on U, Daengsri T, Pinyopasakul W. Critical cardiovascular patients: nursing care system and competencies in Singapore. Siriraj Med Bull. 2019; 12(3): 202-07. (in Thai)
7. Dawangpa J, Phaktoop. Quality of nursing care as expected and perceived by social security patients in one private hospital in Bangkok. EAU heritage journal science and technology. 2017;11(2):215-26. (in Thai)
8. Puyafa J. Nursing management for patients with ST-elevated myocardial infarction at emergency department. Journal of emergency medical service of Thailand. 2(2): 168-75. (in Thai)
9. Information data center, Roi et hospital. Information for patients with coronary artery disease. Roi et: Roi et hospital. 2021. (in Thai)
10. Holzemer WL. The impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: a focus on outcomes. J Adv Nurs. 1994;20(1):5-12.

11. Kemmis S, McTaggert R. The action research planner geelong. Deakin University Press; 1990.
12. World Health Organization. Global action on patient safety. report from the seven[th] plenary meeting on 28 May 2019. [Internet]. 2019 [cited 2022 October 23] Available from: https://shorturl.asia/l4G1w.
13. Soukup SM. Evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. In Soukup SM & Beason CF, editors. Nursing clinic of North America. Philadelphia: WB Saurs; 2000.
14. Jounna Briggs Institute. [Internet]. JBI levels of evidence. 2022 [cited 2022 Jan 18]. Available from: https://shorturl.asia/styXT.
15. Nilvarangkul K. Action research for nursing. Khon Khaen: Faculty of Nursing Khon Kaen University; 2015. (in Thai)
16. Qi Z, Rui-yan Z, Jian-ping Q, Hui-gen J, Jun-feng Z, Xiao-long W, et al. Impact of different clinical pathways on outcomes of patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: the RAPID-AMI study. Chin Med J. 2009;122(6):636-42.
17. Polit DF, Beck CT. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. 8[th] Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
18. Cheevakasemsook A. New clinical nursing supervision with 2P safety: concept and application. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2):9-17. (in Thai)
19. Plienthaisong B, Piwpong R, Plongram T, Ngaosri W. Development of a nursing care model for ST-segment elevation myocardial infarction patients who had received percutaneous coronary intervention in Buriram hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2021;36(1):63-76. (in Thai).
20. Sahmaae N, Phutkeaw S, Khanbo K. The development of case management model in patients with acute myocardial infarction based on Muslim context, Naradhiwasrajanagarindra hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. 2022;14(1):63-79. (in Thai)
21. Akkanit P, Pochana P.Development of STEMI fast track in accidental and emergency department, waritchaphum hospital, SakonNakhon province. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2018;21(1):99-112. (in Thai)
22. Wang YA, Fang CC, Chen CS, Tsai HS. Periarrest Modified Early Warning Score (MEWS) predicts the outcome of in-hospital cardiac arrest. J Formos Med Assoc. 2016;115(2):76-82.
23. Paisan K. The referral system development on patient cardiovascular disease of Phon health network, Khon Kaen province. Udonthani Hospital Medical Journal. 2017;25(1):11-25. (in Thai)
24. Stehli J, Dinh D, Dagan M, Dick R, Oxley S, Brennan A, et al. Sex differences in treatment and outcomes of patients with in-hospital ST-elevation myocardial infarction. Clin Cardiol. 2022;45:427-34.
25. Srisakhot K, Thipwat S. Development of case management model with ST-segment elevation myocardial infarction receiving thrombolytic drugs. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(4):232-42. (in Thai)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e260711

การประเมินผลโครงการการจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ในการดำเนินงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน พย.บ., รป.ม., APN.*
กัลยา อุ่นรัตนะ พย.บ.**

(วันรับบทความ: 27 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 27 มกราคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินนี้ มีจุดประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการการจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (คลินิกการพยาบาลวิสัญญี) ในการดำเนินงานประเมินและเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นแบบผสมผสาน โดยใช้รูปแบบซิปป์ (CIPP Model) ของ Stufflebeam กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้บริหาร 5 คน 2) วิสัญญีพยาบาลที่คลินิกวิสัญญี 40 คน 3) ผู้ป่วย 74 คน องค์ประกอบการประเมินประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้บริหาร 2) แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ CIPP model 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลลัพธ์ (Product) สำหรับวิสัญญีพยาบาล 3) แบบวัดความวิตกกังวล The State Trait Anxiety Inventory Form X-1 สำหรับผู้ป่วย และ 4) แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังรับบริการ ได้แก่ Wilcoxon Signed Rank Test และ Fisher's exact test และวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่าโครงการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดทั้ง 3 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) การประเมินด้วย CIPP Model พบว่ามีความเหมาะสมมากทั้ง 4 ด้านคือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ 2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ3) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด องค์กรพยาบาล และวิสัญญีแพทย์ยอมรับให้เป็นต้นแบบศึกษาดูงาน ประเด็นที่ควรต้องปรับปรุงได้แก่ โครงสร้างของคลินิก งบประมาณ สถานที่ และวิสัญญีพยาบาลควรมีส่วนร่วมสร้างแนวปฏิบัติการบริการ สรุป คลินิกการพยาบาลวิสัญญีมีความเหมาะสมมากทั้ง 4 ด้านตามกรอบของ CIPP Model สมควรให้บริการผู้ป่วยต่อไป และควรมีการปรับปรุงโครงสร้าง สถานที่ บุคลากร และงบประมาณให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: คลินิกการพยาบาลวิสัญญี ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผ่าตัดแบบแผลเล็ก คลินิกวิสัญญี การประเมินก่อนการระงับความรู้สึก

*หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
**วิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
*ผู้ประสานการตีพิมพ์ E-mail: ssiritip@gmail.com Tel: 081-8780373

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e260711

Evaluation of the Pre-anesthetic Evaluation Nursing Clinic of One Day Surgery and Minimally Invasive Surgery in Sunpasitthiprasong Hospital

Siritip Sanguanwongwan B.N.S., M.P.A., APN.*
Kalaya Unratana B.N.S.**

(Received Date: December 27, 2022, Revised Date: January 30, 2023, Accepted Date: February 1, 2023)

Abstract

The purpose of this evaluation research was to evaluation the Pre-anesthetic Evaluation Nursing Clinic system, Sappasitthiprasong Hospital in evaluating and preparing the patients of one-day surgery and minimally invasive surgery. This study was a mixed method research using the CIPP model framework of Stufflebeam. The samples were 5 executives, 40 nurse anesthetists and 74 surgical patients. The tools were: 1) in-depth interviews using semi-structured questions for the executives, 2) Online Google Form questionnaire using the CIPP model framework for nurse anesthetists, evaluating 4 aspects including context, input, process, and product. 3) The State Trait Anxiety Inventory Form X-1 and the satisfaction questionnaire for the patients. Data were analyzed by descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation. Inferential statistics were used to compare pre- and post-service anxiety: Wilcoxon Signed Rank Test and Fisher's exact test and content analysis for qualitative data.

The results of the study showed that the project achieved the goals set for all three indicators. 1) Assessment using the CIPP Model found that it was very suitable in all 4 aspects: context, input, process and product. 2) The patients had a statistically significant reduction in anxiety ($p<0.001$). 3) The patients were most satisfied. Organizations of nurses and anesthesiologists accepted as model study visits. Issues that need to be improved include: the structure of the clinic, budget, location and Nurse anesthetists should be more involved in the development of service practice guidelines. In conclusion, based on the CIPP model framework, all four of the aspects of the Pre-anesthetic Evaluation Nursing Clinic were suitable and appropriate for continued implementation.

Keywords: the preanesthetic evaluation nursing clinic, one day surgery, minimally invasive surgery, preanesthetic evaluation clinic

*Head of nurse anesthetist, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani
**Nurse anesthetist, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani
*Corresponding author, E-mail: ssiritip@gmail.com Tel: 081-8780373

บทนำ

คลินิกการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขระบบการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบเดิมที่ประเมินและเตรียมผู้ป่วยโดยให้มานอนก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ปัญหาคือ 1) ผู้ป่วยผ่าตัดมีจำนวนมากวันละประมาณ 100 คน 2) วิสัญญีพยาบาลมีจำนวนน้อย และมีภาระงานมากจึงไม่สามารถไปเยี่ยมประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนและให้ข้อมูลที่จำเป็น หรือฝึกทักษะการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยจะได้รับประมาณเที่ยงคืน ทำให้วิสัญญีแพทย์ซึ่งมาพบความผิดปกติในวันรุ่งขึ้นไม่สามารถแก้ไขความผิดปกติได้ทัน ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกเลื่อนหรืองดผ่าตัด คลินิกการพยาบาลวิสัญญีเปลี่ยนระบบการเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดจากเดิมการเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยใน 1 วันก่อนผ่าตัด เปลี่ยนเป็นการเยี่ยมประเมินและเตรียมผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หลังจากผู้ป่วยรับนัดผ่าตัดจากศัลยแพทย์ คลินิกการพยาบาลวิสัญญีได้ดำเนินงานตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 ถือเป็นคลินิกประเมินสภาพผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด (Pre-anesthetic Evaluation and Preparation Clinic) ในผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (Outpatient department)[1] ถือเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลวิสัญญีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการคิดนอกกรอบ แห่งแรกของประเทศไทย เป็นการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาการเลื่อนผ่าตัดที่ไม่จำเป็นจากความบกพร่องของระบบบริการวิสัญญี/การผ่าตัดของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์[2,3] ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ในการให้ความรู้[4,5] และมีกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยเด็กเพื่อลดการบาดเจ็บทางจิตใจ (Psychic trauma)[6,7] วิสัญญีพยาบาลทำหน้าที่ในการซักประวัติ ตรวจสภาพร่างกายและจิตใจ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูง ส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์หรือศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ประสาน จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาล่วงหน้าก่อนมานอนโรงพยาบาล ให้ข้อมูลคำแนะนำในการปฏิบัติตนเอง ทั้ง 3 ระยะ ในผู้ป่วยเด็กฝึกการใช้อุปกรณ์เครื่องมือดมยาสลบ ให้เด็กเกิดความคุ้นเคย และให้ความร่วมมือเมื่อเข้าห้องผ่าตัด ฝึกการจัดการความปวดด้วยตนเอง หรือใช้เครื่องให้ยาแก้ปวดด้วยตัวเอง (Pain Controlled Analgesia: PCA) ส่งต่อข้อมูลให้วิสัญญีพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อวางแผนล่วงหน้า รูปแบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญีใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม[8] มาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal และ Johnson[9] และสมรรถนะหลักของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced Practice Nurses: APN) ในการสร้างเป็นแนวทางการให้บริการ ภายใต้การดูแลควบคุมของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการให้ยาระงับความรู้สึก เมื่อมีการเพิ่มขยายบริการเพื่อผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ซึ่งมีความจำเป็นมากในเรื่องการเตรียมความพร้อม การให้ข้อมูลคำแนะนำการดูแลตนเอง และการติดต่อสื่อสารกลับโรงพยาบาล เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ก่อนการผ่าตัดเพราะหลังผ่าตัดในวันเดียวกันผู้ป่วยต้องกลับบ้านพักรักษา ดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย จึงได้เพิ่มกิจกรรมติดตามผลการผ่าตัดทางโทรศัพท์ การเป็นศูนย์ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อผู้ป่วยสามารถรายงานความผิดปกติหลังการผ่าตัดหรือเพื่อขอคำแนะนำในการดูแลตนเอง

คลินิกการพยาบาลวิสัญญี มีการพัฒนาบุคลากร และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะในการช่วยแก้ปัญหาและให้ข้อมูลคำแนะนำผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด จะมีความกลัว วิตกกังวลและเกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลต่อการระงับความรู้สึก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ในปีพ.ศ. 2555 มีการอบรมพยาบาลให้คำปรึกษาให้กับวิสัญญีพยาบาลทุกคน และเพื่อให้วิสัญญีพยาบาลมีทักษะในการช่วยปัญหาของผู้ป่วย การให้คำแนะนำที่จำเป็นและเหมาะสม ส่วนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ตามมาตรฐานการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด ในปีพ.ศ. 2558 คลินิกการพยาบาลวิสัญญีร่วมมือกับหน่วยจิตเวชส่งเสริมให้ผู้ป่วยลด เลิก การสูบบุหรี่ ให้ได้อย่างถาวรหลังการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยนัดผ่าตัดทุกรายต้องงดสูบบุหรี่ หรือสารเสพติดอย่างน้อย 7-14 วันก่อนการผ่าตัด การให้ข้อมูล อธิบายแก่ผู้ป่วยถึง ผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือติดสารเสพติดของผู้ป่วยที่จะเกิดปัญหาสุขภาพหลังผ่าตัด จนส่งผลให้ผู้ป่วยควรต้องลด งดหรือเลิกบุหรี่ต่อเนื่องและถาวร โดยเน้นการให้ คำแนะนำผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือสารเสพติดตระหนักถึงพิษภัยที่จะมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึกอาจส่งผลทำให้ถอดท่อช่วยหายใจยาก และนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหลังผ่าตัด ปีพ.ศ.2561 เพิ่มทักษะการคิด ชีวิต และสังคม (Non technical skill) ให้กับพยาบาลวิสัญญีประจำคลินิกเพื่อเพิ่มศักยภาพ

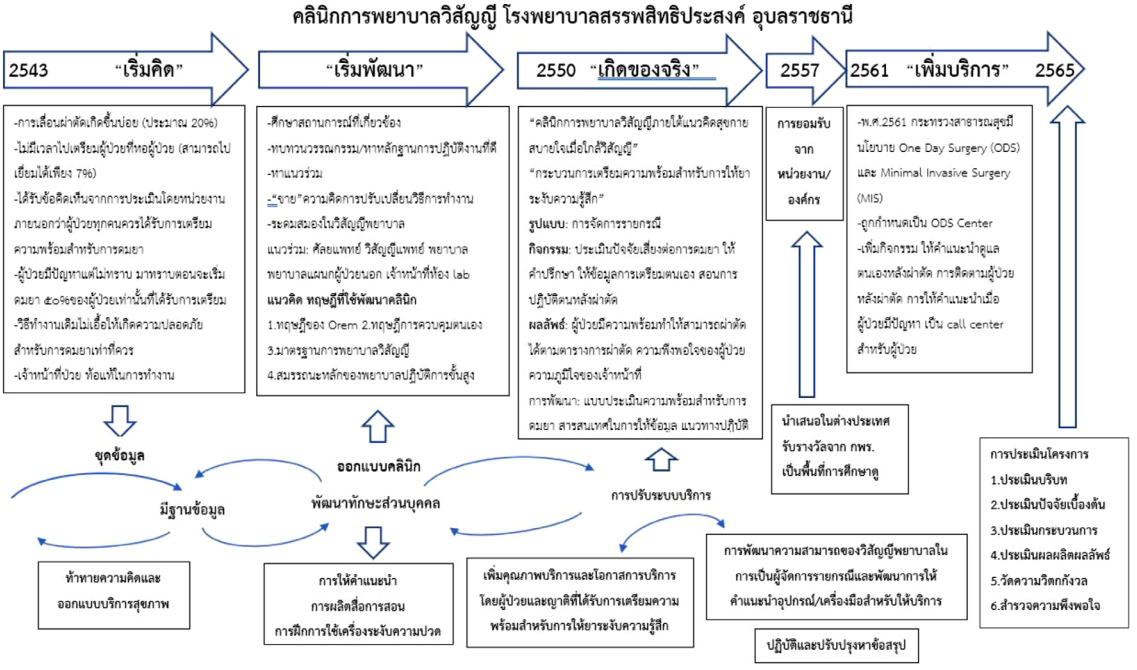
ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและประสานงานกับบุคลากรในโรงพยาบาล สำหรับการพัฒนาระบบ ในปี พ.ศ. 2554 ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น เดิมใช้การบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกเวชระเบียนด้วยมือ ทำให้ยากต่อการจัดเก็บหรือนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาโปรแกรมเก็บข้อมูลโดยใช้ ไมโครซอฟท์ แอคเซส (Microsoft Access) เพื่อเป็นฐานข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ในการค้นหาปัญหาผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยไม่ต้องใช้เอกสารหรือแฟ้มแบบเดิม เมื่อมีผู้รับบริการเพิ่มจำนวนมากขึ้นเพื่อเป็นการลดภาระงานในการให้ข้อมูลคำแนะนำแบบเดิมซ้ำ ๆ ของวิสัญญีพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพการให้ข้อมูลคำแนะนำให้ผู้ป่วยผ่านสื่อวีดีทัศน์ ทำให้เห็นขั้นตอนปฏิบัติและสภาพจริง และยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยจึงได้มีการพัฒนาสื่อวีดีทัศน์ โดยในปีพ.ศ.2560 พัฒนาสื่อวีดีทัศน์สำหรับเด็ก ปีพ.ศ.2562 พัฒนาสื่อวีดีทัศน์ผสมภาพแอนนิเมชันให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ณ คลินิกวิสัญญี[10] พัฒนาสื่อวีดีทัศน์ชุดเที่ยวชมห้องผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด รายละเอียดของโครงการคลินิกการพยาบาลวิสัญญีและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แสดงในภาพที่ 1

คลินิกการพยาบาลวิสัญญีได้รับการยอมรับจากหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพ โดยได้รับรางวัลจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ ปีพ.ศ.2551 ได้รับรางวัลการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ (Routine to research: R2R) ดีเด่น ปีพ.ศ.2552 ได้รับการคัดเลือกให้ไปนำเสนอในการประชุมวิชาการ International forum on Quality and Safety in health care 2009 in Berlin Germany จัดโดย British medical Journal (BMJ) ปีพ.ศ.2556 ได้รับรางวัลการบริการภาครัฐแห่งชาติจาก คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) สำนักนายกรัฐมนตรี (Thailand Public Service Award 2013) ประเภทรางวัลพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ ปีพ.ศ.2557 ได้รับการคัดเลือกเป็นนวัตกรรมทางด้านการพยาบาลวิสัญญีในการส่งเสริมสุขภาพ ของภาพตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ 6 สถาบัน[11] และมีการเผยแพร่เพื่อเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลอื่นนำไปใช้

ปลายปีพ.ศ.2561 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บริการโครงการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ซึ่งหมายถึงการผ่าตัดชนิดที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาล พัฒนาช่วยแก้ไขปัญหาและเพิ่มคุณภาพการบริการ เช่น ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มคุณภาพความปลอดภัยของการบริการ ซึ่งการผ่าตัดวันเดียวเริ่มให้บริการที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยในปีพ.ศ.2514 สมาคมการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริการับรองแนวคิดของการผ่าตัดผู้ป่วยนอก โดยวิธีการให้ยาดมสลบหรือการให้ยาชาเฉพาะที่ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ต่อมาในปี พ.ศ.2516 สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอเมริกา (American Society of Anesthesiologists: ASA) กำหนดมาตรฐาน “แนวปฏิบัติสำหรับการผ่าตัดวันเดียวกลับ ยาระงับความรู้สึกที่ใช้อาจเป็นยาชาเฉพาะที่หรือยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)[12] ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ใช้เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องวิดีโอที่สอดเข้าไปในบริเวณที่ทำการผ่าตัด (Laparoscopic Surgery) และนอนพักในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้สมัครเข้าร่วมโครงการ และกำหนดให้คลินิกการพยาบาลวิสัญญีทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางดำเนินโครงการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ซึ่งจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังผ่าตัดภายในวันเดียวกัน ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองที่บ้าน คลินิกการพยาบาลวิสัญญีต้องดูแลความปลอดภัย ให้ข้อมูลคำแนะนำ การติดต่อสื่อสาร สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเพิ่มบทบาทของการติดตามผลการรักษา และสร้างช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การโทรศัพท์ติดตามอาการทุกราย เป็นศูนย์กลางให้ผู้ป่วยโทรศัพท์รายงานเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ ให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยมีวิสัญญีแพทย์เป็นที่ปรึกษา การเพิ่มกิจกรรมบริการเป็นการเพิ่มภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานมากขึ้นโดยไม่ได้มีการเพิ่มอัตรากำลัง สถานที่ และงบประมาณ

จากประสบการณ์การให้บริการนานกว่า 15 ปีของคลินิกการพยาบาลวิสัญญี มีการจัดระบบบริการ อัตรากำลัง สถานที่และงบประมาณเพื่อการเตรียมผู้ป่วยชนิดนัดผ่าตัดล่วงหน้า ที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดเท่านั้น คลินิกการพยาบาลวิสัญญี การตรวจสอบความมีประสิทธิผลของโครงการจึงน่าจะมีการประเมินโครงการและการประเมินผลโครงการมีหลายรูปแบบ แต่แบบที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุดคือ CIPP Model ของ Stufflebeam[14] เนื่องจากเป็นรูปแบบการประเมินเพื่อตัดสินใจ (Decision-making model) แยกผู้บริหารออกจากผู้ประเมินซึ่งจะทำหน้าที่ค้นหาข้อมูลส่งให้ผู้บริหารประกอบการตัดสินใจ การประเมินมี 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อตัดสินใจวางแผน 2) ประเมินปัจจัยนำเข้าเพื่อ

ตัดสินใจกำหนดโครงสร้าง ความเป็นไปได้ของโครงการ 3) ประเมินกระบวนการเพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องในขณะดำเนินการและนำไปปรับปรุงแก้ไข 4) ประเมินผลผลิตเพื่อตัดสินใจยกเลิกหรือขยายโครงการ ผู้วิจัยจึงได้ประเมินผลโครงการการจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ในการดำเนินงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก โดยใช้หลักการ CIPP model เนื่องจากต้องการทราบว่าเมื่อภาระงานเพิ่มขึ้น ทั้งปริมาณและรูปแบบกิจกรรมบริการ โดยอัตรากำลัง และงบประมาณยังคงเดิม จะเกิดปัญหา และอุปสรรค ด้านใดบ้าง เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงระบบบริการให้มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและพึงพอใจ ปรับปรุงพัฒนาให้มีโครงสร้างด้านงบประมาณ สถานที่และบุคลากร ให้ยั่งยืน หรือยกเลิกบริการหากผลลัพธ์ตัวชี้วัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย



แผนภาพที่ 1 รายละเอียดของโครงการคลินิกการพยาบาลวิสัญญี แนวคิดและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

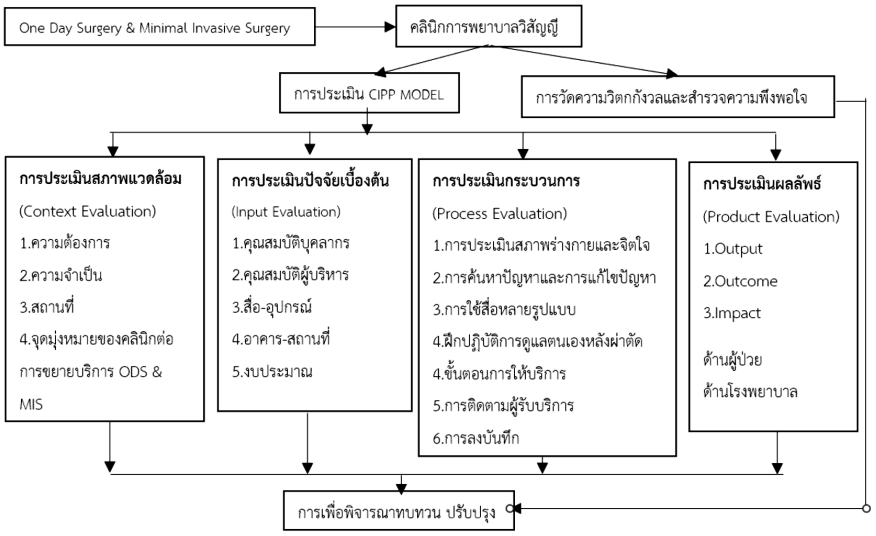
วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อประเมินผลโครงการจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 4 ด้านคือ 1. ด้านบริบทเพื่อตัดสินใจวางแผน 2. ด้านปัจจัยเบื้องต้นเพื่อตัดสินใจกำหนดโครงสร้างของคลินิก 3. ด้านกระบวนการเพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องในขณะดำเนินการ และนำไปปรับปรุงแก้ไข 4. ด้านผลผลิต ร่วมกับการประเมินความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจขยายโครงการหรือยกเลิก

ขอบเขตการวิจัย ขอบเขตประชากรคือ ผู้บริหาร วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่คลินิกการพยาบาลวิสัญญี และผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ขอบเขตเนื้อหาคือ การประเมิน ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วย ขอบเขตสถานที่คือ ห้องทำงานของผู้บริหาร และคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ขอบเขตของเวลาทำวิจัยระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม และสมรรถนะหลักของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ในการสร้างเป็นแนวทางการให้บริการ ภายใต้การดูแลควบคุมของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการให้ยาระงับ

ความรู้สึก เมื่อขยายบริการเพื่อผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ได้เพิ่มกิจกรรมติดตามผลการผ่าตัดทางโทรศัพท์ การเป็นศูนย์ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อผู้ป่วยสามารถรายงานความผิดปกติหลังการผ่าตัด หรือเพื่อขอคำแนะนำในการดูแลตนเอง (แผนภาพที่ 2)



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการประเมินผลการจัดระบบคลินิกการการพยาบาลวิสัญญีหรือคลินิกวิสัญญีด้วย CIPP model

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบแผนการวิจัยเป็น วิจัยประเมินโครงการ เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed methods) ใช้ CIPP model ของ Stufflebeam เป็นกรอบในการประเมิน

1. วิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งตอบวัตถุประสงค์ด้านการประเมินบริบท ปัจจัยพื้นฐาน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของคลินิก โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหารองค์กรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีส่วนรับผิดชอบบริหาร คลินิกหรือมีอำนาจในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของคลินิก จำนวน 5 ท่าน ซึ่งได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี หัวหน้าพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ประธาน แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาผ่าตัดวันเดียวกลับและผ่าตัดแผลเล็ก

เครื่องมือที่ใช้วิจัยเชิงคุณภาพ

1. แนวทางสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Interview guide) และเตรียมตัวเป็นผู้สัมภาษณ์ที่ดีโดย 1) ต้องเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างดี 2) ต้องไม่มีอคติและยึดถือประสบการณ์ของตนเป็นสำคัญ 3) เป็นผู้ฟังที่ดี เปิดโอกาให้ผู้ให้ข้อมูลพูดได้อย่างอิสระ 4) ไม่พูดวิจารณ์ 5) ห้ามโต้เถียงกับผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างเด็ดขาด 6) ต้องมีความอดทน ไม่เร่งรีบจนเกินไป 7) ต้องเคารพความเห็นผู้ถูกสัมภาษณ์[15]

2. แนวทางสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยพื้นฐาน โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ของคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ผู้วิจัยสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ จากการศึกษา ตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ ความถูกต้องชัดเจน เช่น

2.1 โรงพยาบาลมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริการผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ และผ่าตัดแผลเล็กอย่างไร

2.2 การสนับสนุน อัตรากำลังบุคลากรที่ให้บริการในคลินิกวิสัญญี มีจำนวนบุคลากรเพียงพอหรือไม่ อย่างไร เมื่อต้องขยายบริการรองรับผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ และผ่าตัดแผลเล็ก

2.3 บุคลากรที่ให้บริการในคลินิกวิสัญญี มีความรู้เพียงพอในการให้บริการ และเข้าใจบทบาทของตนเองหรือไม่

3. เครื่องบันทึกเสียง ใช้แอปพลิเคชัน Voice Notes ในโทรศัพท์มือถือ

4. สมุดบันทึกข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) สำหรับผู้บริหารองค์กร โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัยพร้อมบันทึกเสียง มีขั้นตอนดังนี้

1) การขอความยินยอมเก็บข้อมูล ประสานงานกับผู้ที่จะถูกสัมภาษณ์ พร้อมทั้งอธิบาย วัตถุประสงค์การวิจัยขอนัดวัน เวลา สถานที่สัมภาษณ์ ที่ผู้ให้สัมภาษณ์มีความสะดวกในการสัมภาษณ์ เมื่อได้รับอนุญาตจึงเริ่มการเก็บข้อมูล

2) กระบวนการสัมภาษณ์ มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการ สัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบแนวทางการสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยแต่ละรายใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 45 นาทีต่อคน

3) ข้อมูลทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ จากเครื่องบันทึกเสียงสัมภาษณ์ นำมาถอดเป็นข้อความโดยใช้ Application Google Doc และ VB-Audio CABLE และทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผู้ให้บริการ ประชากรคือวิสัญญีพยาบาลที่เคยปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกวิสัญญี หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1.เป็นวิสัญญีพยาบาล 2.เคยปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกการพยาบาลวิสัญญี หรือผู้เกี่ยวข้อง เกณฑ์คัดออกคือ เคยร่วมการทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ การคัดเลือกโดยการจับฉลาก จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบสอบถามแบบตอบเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิต (Likert scale) ซึ่งมีอยู่ 3 ระดับ 1=เหมาะสมน้อย 2=เหมาะสมปานกลาง 3=เหมาะสมมาก แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วนตามกรอบการประเมิน CIPP model โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินด้านบริบท ได้แก่ จุดมุ่งหมายของคลินิกการพยาบาลวิสัญญี การขยายงานเพื่อรองรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และผ่าตัดแผลเล็ก จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินด้านปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ คุณสมบัติบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่คลินิก คุณสมบัติผู้บริหารโครงการ สื่อ อุปกรณ์ อาคารสถานที่ งบประมาณ จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 3 การประเมินด้านกระบวนการ ได้แก่ การจัดการแนวปฏิบัติ การบริการผู้ป่วยโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การจัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล และการฝึกปฏิบัติดูแลตนเองหลังการผ่าตัด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 การประเมินด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ จำนวน 6 ข้อ

เกณฑ์การประเมิน ระดับความเหมาะสมของการประเมินโครงการของคลินิกการพยาบาลวิสัญญี

คะแนน < 1.5=ไม่เหมาะสม, คะแนน 1.5 - 2.4=เหมาะสมปานกลาง, คะแนน 2.5 - 3.0=เหมาะสมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรง (Content validity index: CVI) = 0.92 และทดสอบความเที่ยง โดยวิสัญญีพยาบาลที่เคยปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกวิสัญญี จำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยง (Conbach's alpha coefficient) = 0.90

2.2 ผู้ป่วย

การวิจัยในผู้ป่วยมุ่งตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในการประเมินผลลัพธ์ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้รับบริการเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการ และสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการ

2.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัดแบบล่วงหน้า หรือผู้ป่วยแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ หรือผู้ป่วยผ่าตัดแบบแผลผ่าตัดเล็ก 3 มารับบริการที่คลินิกการพยาบาลวิสัญญี

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1. ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ 2. ไม่สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้

2.2.2 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จาการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลร้อยละ 27-97[5] ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้ค่าเฉลี่ยที่ ร้อยละ 70

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประเมินค่าสัดส่วน

$$n = \frac{Z^{2}_{\alpha/2} P(1-P)}{d^{2}}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Zα = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 %

P = ค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเท่ากับ 0.70

d = Precision กำหนดที่ 15% ของ P

หลังแทนค่าในสูตร: ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 74 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบเก็บข้อมูลมี 3 ส่วนคือ

1. บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับบริการที่ คลินิกวิสัญญี สร้างขึ้นด้วยตัวผู้วิจัยและคณะ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ของครอบครัว และประวัติเคยได้รับยาระงับความรู้สึก

2. แบบวัดความวิตกกังวล The State Trait Anxiety Inventory Form X-1 ของ สปิลเบอร์เกอร์และคณะ[16] ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโภคาทร และ มาลี นิสสัยสุข[4] เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองโดยแบบวัดนี้ใช้ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อความจำนวน 20 ข้อ ที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิต ซึ่งมีอยู่ 4 ระดับ เป็นข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 และข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 คะแนนมีตั้งแต่ 1-80 คะแนนยิ่งสูง แสดงว่า ผู้ป่วยยิ่งมีความวิตกกังวลมาก เกณฑ์ประเมินความวิตกกังวล คะแนน 20-40 = วิตกกังวลระดับน้อย คะแนน 41-60 = วิตกกังวลระดับปานกลาง คะแนน 61-70 = วิตกกังวลระดับสูง คะแนน 71-80 = วิตกกังวลรุนแรง

3. แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อบริการของคลินิกวิสัญญีสรรพสิทธิ์ ซึ่งพัฒนาขึ้นเองมีจำนวน 20 ข้อ สอบถามความพึงพอใจต่อบริการ 4 ด้านได้แก่ 1. ด้านขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ 2. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ 3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ 4. ด้านคุณภาพการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิต ซึ่งมีอยู่ 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูง ผู้ป่วยยิ่งมีความพึงพอใจ เกณฑ์ประเมินความพึงพอใจ คะแนน 1.0-2.0 = ไม่พึงพอใจ คะแนน 2.1-3.0 = พึงพอใจน้อย คะแนน 3.1-4.0 = พึงพอใจปานกลาง คะแนน 4.1-4.5 = พึงพอใจมาก คะแนน 4.6-5.0 = พึงพอใจมากที่สุด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.90 ตรวจสอบความเที่ยงโดยผู้ป่วยที่คลินิกการพยาบาลวิสัญญี จำนวน 30 คนตอบแบบประเมิน แล้วนำมาวิเคราะห์ ได้ค่าความเที่ยง = 0.92

2.2.4 การคัดเลือกอาสาสมัคร และเก็บรวบรวมข้อมูล

ติดประกาศแจ้งการรับอาสาสมัครที่หน้าคลินิกการพยาบาลวิสัญญี หากผู้ป่วยสนใจผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายและให้ลงนามใบยินยอมหากผู้ป่วยยินดีร่วมการวิจัย จากนั้นให้ตอบแบบถามเพื่อวัดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับบริการ หลังจากผู้ป่วยได้รับบริการเรียบร้อยแล้ว ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้ตอบแบบสอบถาม 2 ชุดคือแบบวัดความวิตกกังวล และแบบวัดความพึงพอใจ ผู้ช่วยวิจัยเก็บแบบสอบถามหลังจากตรวจสอบแล้วว่าอาสาสมัครตอบแบบสอบถามครบถ้วน

จริยธรรมการทำวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เอกสารรับรองเลขที่ CA code 096/2565 ลงวันที่วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 ทั้งนี้ผู้วิจัยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของอาสาสมัคร อาสาสมัครมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหลังจากได้รับข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยไม่เปิดเผยความลับของอาสาสมัคร ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่สามารถโยงไปถึงอาสาสมัครได้ ผู้เข้าถึงข้อมูลมีเพียงนักวิจัยเท่านั้น ข้อมูลการวิจัยจะเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี ภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น หลังจากนั้นจะขออนุญาตทำลาย ด้านหลักความยุติธรรม การคัดเลือกอาสาสมัครใช้การสุ่ม แต่กลุ่มผู้บริการใช้การเจาะจงตามตำแหน่งงานที่เกี่ยวข้องกับคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ด้านหลักการได้ประโยชน์ อาสาสมัครได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ และจะถูกนำไปใช้ปรับปรุงระบบบริการซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ เนื่องจากคำถามเกี่ยวข้องกับระบบบริการซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ตรวจสอบได้โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)[17] เปรียบเทียบผลการสัมภาษณ์ของผู้บริหารทั้ง 5 คน และเปรียบเทียบกับกิจกรรมบริการในคลินิกการบริการวิสัญญี และความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในฐานะของผู้บริหารซึ่งความคิดเห็นส่วนบุคคล ข้อมูลที่ได้จึงน่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยแยกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามคำถามที่ต้องการทราบจากการวิจัย และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงใจความหลัก (Thematic analysis หรือ Interpretive analysis) เพื่อระบุ วิเคราะห์ และสร้างข้อสรุปเพื่อรายงานผลที่อยู่ภายในข้อมูลที่ได้มา

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1) ข้อมูลของวิสัญญีพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจากแบบสอบถามได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2) ข้อมูลของอาสาสมัครผู้ป่วยที่มารับบริการ ใช้สถิติพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนและหลังการรับบริการด้วย สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลความต่างของค่าความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้ารับบริการไม่เป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการเข้ารับบริการของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Fisher exact test.

ผลการวิจัย

1. กลุ่มผู้บริหาร ผลการวิเคราะเนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 5 คน พบว่ามีความสอดคล้องกับการประเมินของวิสัญญีพยาบาล แต่มีประเด็นความเห็นเพิ่มเติมดังนี้

ด้านบริบท

1. ผู้บริหารทุกคนสนับสนุนการดำเนินงานของคลินิกการพยาบาลวิสัญญีเนื่องจากสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และการบริการอย่างมีคุณภาพ

ด้านปัจจัยเบื้องต้น

1. เรื่องอัตรากำลังของผู้ให้บริการขึ้นกับปริมาณงานและต้องคำนึงถึงภาพรวมของโรงพยาบาลอาจมีการเพิ่มหรือลดได้ขึ้นกับปริมาณงานในช่วงเวลานั้นๆ

2. มีงบประมาณสำหรับการพัฒนาบุคลากรตามแผนงานและตามความจำเป็น

3. ยอมรับว่าสถานที่ของคลินิกคับแคบ แนะนำให้แนวคิดใหม่ เทคโนโลยีใหม่ เช่นผู้ป่วยที่รอตรวจอาจไม่จำเป็นต้องเข้าไปรอในคลินิก จะสร้างบริเวณรอตรวจไว้นอกอาคาร และใช้แอปพลิเคชัน หรืออุปกรณ์ที่สามารถแจ้งเตือนให้มาที่คลินิกได้เมื่อถึงเวลานัดตรวจเป็นต้น จะช่วยลดความแออัด

ด้านกระบวนการ

1. บริการของคลินิกการพยาบาลวิสัญญีเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเรียนรู้การเข้าถึงบริการ และเรียนรู้การดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด สอดคล้องกับหลักการของ ความรอบรู้ทางสุขภาพ

2. เห็นด้วยกับกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเพราะเป็นการตรวจสอบสภาพและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามผลการผ่าตัด เป็นศูนย์กลางให้ผู้ป่วยติดต่อได้

3. แนะนำให้เปลี่ยนเอกสารสำหรับให้ความรู้ในแบบกระดาษไปเป็นเอกสารอิเล็กโทรนิค ใช้คิวอาร์โคด (QR code) เพื่อส่งเข้าโทรศัพท์มือถือ หรือ แท็บเล็ด

ด้านผลลัพธ์ เห็นว่าคลินิกการพยาบาลวิสัญญีมีผลลัพธ์ดี สมควรให้บริการผู้ป่วยวันเดียวกลับ และผู้ป่วยผ่าตัดแผลเล็ก ตลอดจนผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า

2. การประเมินตามกรอบของ CIPP model โดยของวิสัญญีพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลจำนวน 40 คนตอบแบบสอบถามครบทุกคน ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.0) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.3±8.5 ปี สถานะภาพสมรส (ร้อยละ 62.5) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.5) อายุการทำงานเฉลี่ยที่ 16±10.9 ปี

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินของวิสัญญีพยาบาล ตามกรอบ CIPP Model ทั้ง 4 ด้าน

ลำดับที่	หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1	ด้านบริบท	2.68	0.37	เหมาะสมมาก
2	ด้านปัจจัยเบื้องต้น	2.66	0.35	เหมาะสมมาก
3	ด้นกระบวนการ	2.77	0.39	เหมาะสมมาก
4	ด้านผลลัพธ์	2.70	0.38	เหมาะสมมาก
	ผลโดยรวม	2.70	0.37	เหมาะสมมาก

จากตารางที่ 1 ผลการประเมินตามกรอบ CIPP Model พบว่าทุกด้านมีความเหมาะสมมาก

1. ด้านบริบทมีความเหมาะสมมาก ประเด็นย่อยที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ “สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการได้” (2.83±0.38) ประเด็นย่อยที่มีความเหมาะสมปานกลางอาจต้องทบทวนและปรับปรุงคือ โครงสร้างของคลินิกอาจยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมด 2. ด้านปัจจัยเบื้องต้นมีความเหมาะสมมาก ประเด็นย่อยที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ “มีอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ดมยาสลบเด็ก และ เครื่อง PCA” (2.85±0.36) ประเด็นที่ควรปรับปรุงคือ การวางแผนงบประมาณตามลำดับความจำเป็นและสำคัญของงาน 3.ด้านกระบวนการมีความเหมาะสมมาก ประเด็นย่อยที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ “ผู้ป่วยรายผ่าตัดใหญ่ได้รับการสาธิตการใช้เครื่อง PCA” (2.83±0.8) ประเด็นที่ควรปรับปรุงคือการให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการสร้างและแก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ใช้ในคลินิกการพยาบาลวิสัญญี 4. ด้านผลผลิตมีความเหมาะสมมาก ประเด็นย่อยที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ “ผู้ป่วยได้รับข้อมูล คำแนะนำ ที่เหมาะสม ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ” (2.83±0.38)

มีการแสดงความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาในการปรึกษาวิสัญญีแพทย์ในบางกรณี ห้องที่ให้ผู้ป่วยชมวิดีทัศน์ 2 ห้อง จะเกิดเสียงรบกวนเมื่อใช้พร้อมกัน มีข้อเสนอให้วิสัญญีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำที่คลินิกการพยาบาลวิสัญญี และการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนและครอบคลุม

3. ผู้ป่วยที่มารับบริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 74 คน ตอบแบบสอบถามครบทุกคน ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.0) อายุเฉลี่ย 42.6±15.8 ปี อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 28.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.1) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.6) ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 60.8) เคยถูกผ่าตัด (ร้อยละ 51.4)

1. ประเมินความวิตกกังวล

การเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนรับบริการ และหลังรับบริการพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง 55 คน วิตกกังวลเท่าเดิม 8 คน และวิตกกังวลมากขึ้น 11 คน

ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลที่วัดโดย State-anxiety: form X-1 ก่อนและหลังการเข้ารับบริการ คือ 44.57±8.67 และ 39.30±6.35 ตามลำดับ พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า p-value < .001

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์คะแนนเป็น 3 กลุ่มคือ วิตกกังวลน้อย วิตกกังวลปานกลาง และวิตกกังวลมาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล 3 ระดับ ก่อนและหลังเข้ารับบริการที่คลินิกการพยาบาลวิสัญญี

ผู้ป่วย	ก่อนเข้ารับบริการ (n=74) จำนวน/(ร้อยละ)	หลังเข้ารับบริการ (n=74) จำนวน/(ร้อยละ)	p-value
1.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อย	27(36.48)	42(56.75)	0.015
2.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลปานกลาง	45(60.81)	32(43.24)	(Fisher exact test)
3.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก	2(2.70)	0(0)	

จากตารางที่ 2 เมื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มตามเกณฑ์คะแนน พบว่าหลังเข้ารับบริการ จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลมากลดจาก 2 คนเป็น 0 คน ผู้ป่วยที่มีระดับวิตกกังวลปานกลางลดจาก 45 คน เหลือ 32 คน และผู้ป่วยที่มีระดับวิตกกังวลน้อยเพิ่มจาก 27 คนเป็น 42 คน จำนวนผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

2. ประเมินความพึงพอใจ ต่อการการเข้ารับบริการ

ตารางที่ 3 แสดงผลคะแนนความพึงพอใจในบริการทั้ง 4 ด้าน (n=74)

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
ด้านขั้นตอนการให้บริการ	4.68	0.38	พึงพอใจมากที่สุด
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	4.73	0.33	พึงพอใจมากที่สุด
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.66	0.42	พึงพอใจมากที่สุด
ด้านคุณภาพการให้บริการ	4.71	0.36	พึงพอใจมากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.69	0.34	พึงพอใจมากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกการพยาบาลวิสัญญีมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดต่อบริการทั้ง 4 ด้าน และความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้รับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านคุณภาพการให้บริการ ด้านขั้นตอนการให้บริการ (ค่าเฉลี่ย และสุดท้ายคือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ความพึงพอใจโดยรวม และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพึงพอใจมากที่สุดสำหรับหัวข้อย่อย “การได้รับประโยชน์จากบริการนี้” (4.77± 0.42)

การอภิปรายผล

การประเมินผลโครงการการจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ในการขยายกิจกรรมบริการเพื่อให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดที่ไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล โดยไม่มีการเพิ่มอัตรากำลังและงบประมาณ โดย CIPP Model เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของระบบบริการ และหาข้อมูล ปัญหา อุปสรรค เพื่อพิจารณายุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนระบบบริการ ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ด้านบริบท (Context) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาหลักการ เหตุผล ความจำเป็นของการให้บริการ และเป้าหมาย ผลการประเมินมีความเหมาะสมมาก เนื่องจากคลินิกการพยาบาลวิสัญญีถูกพัฒนาขึ้นเพื่อบริการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยใช้ 4 แนวคิดทฤษฎี ได้แก่ 1) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่หนึ่งก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ระยะที่สองระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกต้องใช้ข้อมูลจากระยะที่หนึ่งมาใช้วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของผู้ป่วย และระยะที่สามการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามที่ได้ฝึกปฏิบัติ 2) สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อค้นหาความเสี่ยงจากการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด ประสานแก้ไข ควบคุมปัญหาที่มีอยู่และอาจเกิดขึ้น 3)ทฤษฎีการควบคุมตนเอง ของ Leventhal และ Johnson สาระสำคัญของทฤษฎีการปรับตนเอง คือเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย จะเกิดความวิตกกังวลดังนั้น การได้รับข้อมูลและประสบการณ์ที่ต้องเผชิญล่วงหน้า จะทำให้ลดความวิตกกังวล 4)ทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ทฤษฎี ได้แก่ 1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) 2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) 3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing systems) เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการผ่าตัดจะเกิดปัญหาไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง คลินิกการพยาบาลวิสัญญีมีความจำเป็นในการให้บริการเนื่องจากเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นบทบาทหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของโครงการ โดยพิจารณาจากข้อมูลคุณสมบัติของบุคลากรประจำคลินิก คุณสมบัติของผู้บริหาร ความพอเพียงของทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เวลา สถานที่ ผลการประเมินมีความเหมาะสมมาก แม้ว่าอัตรากำลัง และงบประมาณของคลินิกการพยาบาลวิสัญญีจะไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังจากขยายบริการรองรับผู้ป่วย ODS และ MIS แต่จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการลดลงเนื่องจากการระบาดของ COVOD-19 จึงทำให้ผู้ให้บริการไม่รู้สึกว่าภาระงานมากขึ้น แต่หลังจากสถานการณ์ COVID-19 ดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น อาจต้องเพิ่มงบประมาณ และอัตรากำลัง ประเด็นที่ต้องแก้ไขคือสถานที่คับแคบ ผู้บริหารแนะนำให้ใช้เทคโนโลยีแบบใหม่แก้ไข เช่น ให้ผู้ป่วยรออยู่นอกคลินิกถืออุปกรณ์ที่ส่งเสียงร้องได้เมื่อถึงคิวตรวจ เป็นต้น

ด้านกระบวนการ (Process) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินงาน เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงการบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพิจารณาจากการจัดการแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในคลินิก และการให้บริการผู้ป่วยซึ่งได้แก่ การประเมินสภาพ การตรวจร่างกาย การค้นหาปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อแก้ไข การให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติดูแลตนเองหลังการผ่าตัด การทำให้ผู้ป่วยเด็กคุ้นเคยกับอุปกรณ์ให้ยาระงับความรู้สึก การฝึกประเมินความปวด การสอนให้ผู้ป่วยเข้าถึงความรู้ที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจและนำไปใช้ ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกล่าวว่า “บริการของคลินิกเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเรียนรู้การเข้าถึงบริการของการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ถือเป็นการให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)”[18, 19] ผลการประเมินมีความเหมาะสมมากเนื่องจาก คลินิกการพยาบาลวิสัญญีมีประสบการณ์ในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้ามานานกว่า 15 ปี โดยมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง มีการวิจัยเป็นระยะ จึงมีความสามารถเพียงพอในการขยายบริการเพื่อให้บริการผู้ป่วย ODS และ MIS และความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการสร้าง แก้ไข ปรับปรุง และใช้แนวปฏิบัติของคลินิกการพยาบาลวิสัญญีเป็นสัญญาณสำคัญที่แสดงให้เห็นว่า วิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทความรับผิดชอบของตนเองต่อคลินิกการพยาบาลวิสัญญีที่เกิดจากแนวคิดใหม่จึงต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการ

ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ (Product) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ เพื่อพิจารณา ยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ ผลการประเมินมีความเหมาะสมมาก เนื่องจากผลผลิต/ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายคือ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังรับบริการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากได้ชมสื่อวิดีทัศน์สารคดีชุดเที่ยวชมห้องผ่าตัด ขั้นตอนการรับบริการ การปฏิบัติตัวก่อน และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริทิพย์ สงวนวงศ์วานและกัลยา อุ่นรัตนะ[4] Rajput และคณะ[20] Cakmak และคณะ[21] Shao และคณะ[22] ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการมากที่สุด และผลกระทบต่อองค์กรคือ องค์กรวิชาชีพพยาบาล และวิสัญญีแพทย์ให้การยอมรับคลินิกการพยาบาลวิสัญญี และเห็นว่ามีความเหมาะสมเป็นต้นแบบเพื่อการศึกษาดูงาน

สรุปผล การจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญีมีความเหมาะสมมากทั้ง 4 ด้านตามกรอบแนวคิด CIPP Model ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต จากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกการพยาบาลวิสัญญีมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับบริการ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อบริการของคลินิกการพยาบาลวิสัญญี แต่ควรมีการปรับปรุงโครงสร้าง การจัดการงบประมาณ การขยายพื้นที่บริการ การมีส่วนร่วมของวิสัญญีพยาบาลในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่บริการในคลินิกการพยาบาลวิสัญญี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรให้มีบริการคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ในการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับและผ่าตัดแผลเล็ก และปรับปรุงโครงสร้าง สถานที่ บุคลากร และงบประมาณให้เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และ ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกการพยาบาลวิสัญญี ท่านอาจารย์ที่ปรึกษา กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ และ นพ.วิศิษฏ์ สงวนวงศ์วาน ที่กรุณาให้การสนับสนุน และให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Nilakantam S, Gurudatt C, Dayananda M. Setting up preanesthesia evaluation clinic - An experience of planning and establishment at a private medical college and hospital. Int J Health Allied Sci. 2020;9(3):246.
2. Kristoffersen EW, Opsal A, Tveit TO, Berg RC, Fossum M. Effectiveness of pre-anaesthetic assessment clinic: a systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. BMJ Open. 2022;12(5):e054206.
3. Sanguanwongwan S, Wechphan S, Sangiamsak A, Unrattana K, Rueangchat O, Muensri D. The effect of patient preparation in advance of anesthesia at the examination room. outpatient (Healthy clinic - Sabaijai when near anesthesia) Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. Sappasit Medical Journal. 2009; 30(1):35-48. (in Thai)
4. Sanguanwongwan S, Unrattana Ka. Effect of providing information via video media, operating room tour series on anxiety levels prior to administration of anesthesia in elective surgical patients at pre-anesthetic evaluation clinic, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province, Thailand. Journal of Health Science. 2022;31(1):80-8 (in Thai)
5. Abate SM, Chekol YA, Basu B. Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: a systematic review and meta-analysis. Int J Surg Open, 2020;25:6-16.

6. Dwairej DA, Obeidat HM, Aloweidi AS. Video game distraction and anesthesia mask practice reduces children's preoperative anxiety: a randomized clinical trial. J Spec Pediatr Nurs. 2020;25(1):e12272.
7. Aydin T, Sahin L, Algin C, Kabay S, Yucel M, Hacioglu A, et al. Do not mask the mask: use it as a premedicant. Paediatr Anaesth. 2008;18(2):107-12.
8. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
9. Leventhal H, Johnson J.E. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P.J. Wooldridge, M.H. Schmitt, J.K. Skipper, & R.C. Leonard (Eds.), Behavioral science and nursing theory. St.Louis: Mosby; 1983.
10. Sanguanwongwan S, Unrattana K. Effectiveness of mixed-media video and animation to provide information for patients undergoing cesarean section using spinal anesthesia, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. Journal of Health Science. 2019;28:488-98. (in Thai)
11. Srisuphan W, Senarat W, Nantabutr K, editors. Innovation for health promotion. Under the chapter of the nursing profession. Bangkok: ThaiHealth; 2014. (in Thai)
12. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Suggestions for the development of the service system One-day surgery and small incision surgery Bangkok: Charansanitwong Printing Co., Ltd.; 2021.
13. Ambulatory surgery center association. History [Internet]. [cited 2023 Jan 24]. Available from: https://www.ascassociation.org/aboutus/whatisanasc/history#
14. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation Models [Internet]. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2022 [cited 2022 Nov 8]. Available from: http://link.springer.com/10.1007/0-306-47559-6_16
15. Kanato M. Qualitative Research Methodology in Community Health Systems. 1st ed. Khon Kaen: Network for academic development and drug information, Northeast, Khon Kaen University; 2007.
16. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
17. Chantawanich S. Data Analysis in Qualitative Research. 12th edition. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai)
18. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, et al. Updating health literacy for healthy people 2030: defining its importance for a new decade in public health. Journal of Public Health Management and Practice. 2021;27(Supplement 6):S258-64.
19. Tavousi M, Mohammadi S, Sadighi J, Zarei F, Kermani RM, Rostami R, et al. Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. Rios-González CM, editor. PLoS ONE. 2022;17(7):e0271524.
20. Rajput S, Tiwari T, Chaudhary A. Effect of preoperative multimedia based video information on perioperative anxiety and hemodynamic stability in patients undergoing surgery under spinal anesthesia. J Family Med Prim Care. 2021;10(1):237.
21. Cakmak M, Kose I, Zinzircioglu C, Karaman Y, Tekgul ZT, Pektas S, et al. Effect of video-based education on anxiety and satisfaction of patients undergoing spinal anesthesia. Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition). 2018;68(3):274-9.
22. Shao J, Xiao T, Shi M, Zhou X, Wang Z, Lin T, et al. Effect of multimedia-based nursing visit on perioperative anxiety in esophageal squamous cell carcinoma patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery. Psychol Health Med. 2019;24(10):1198-206.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e260292

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

เกษา นาสวน พย.บ.*
เสาวนีย์ จันทรรัตน์ พย.บ.**
ศศิธร แก้วสกุล พย.บ.**

(วันรับบทความ: 9 มกราคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน 2) ศึกษาผลของการนำรูปแบบฯมาใช้ ได้แก่ ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯและการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน 3) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการใช้รูปแบบและพยาบาลวิชาชีพผู้นำรูปแบบไปใช้ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้วยวิธีสนทนา กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มสหวิชาชีพรวม 12 คน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลหลัก รวม 6 คน 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินคุณภาพแนวทางการส่งเสริมฯ ตามเกณฑ์ AGREE II โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้คุณภาพโดยรวมร้อยละ 95.1 นำรูปแบบฯ ไปทดลองการใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก 3 คน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก 3 คน พร้อมนำผลมาปรับปรุงรูปแบบฯ 3) ดำเนินการใช้รูปแบบฯ ฉบับที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง พร้อมประเมินผลการใช้รูปแบบกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก 15 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก 15 คน โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คนปฏิบัติตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าคอนบาคอัลฟ่าทั้งฉบับที่ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งสองกลุ่ม พบว่า 1) คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทั้งสองกลุ่มเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p >.05) 2) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความพึงพอใจทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p <.05) 3) เปรียบเทียบระดับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯหลังการใช้รูปแบบฯ ทั้งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักและไม่มีผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) 4) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบฯ เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) และ 5) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน จึงควรนำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครปฐม
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครปฐม
*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: kesa2507@hotmail.com Tel. 089-8873818

The Development of a Self-care Promoting Model for Breast Cancer Patients to Prevent Unplanned Re-visiting at the Surgical Outpatient Department at Nakhon Pathom Hospital

Kesa Nasuan B.N.S.*
Soawanee Jantarut B.N.S.**
Sasiton Kuasakun B.N.S.**

(Received Date: January 9, 2023, Revised Date: February 13, 2023, Accepted Date: February 13, 2023)

Abstract

This research and development design research aimed to: 1) develop a self-care promoting model for breast cancer patients to prevent unplanned re-visits, 2) determine the effects of the model implemented on the level of the perception of breast cancer patients regarding compliance with self-care promotion and the unplanned re-visiting rate and 3) study the satisfaction of the breast cancer patients and registered nurses who participated in the program. This study was divided into following 3 steps. Step one was the analysis of the situations and the roles of registered nurses regarding promoting self-care behavior among breast cancer patients. Groups of 12 multidisciplinary health care providers and 6 breast cancer patients and their caregivers were recruited to collect data via group discussions. Step two was the development of the self-care promotion model for breast cancer patients based on the situations and important issues discovered in the first step and empirical evidence. The quality of the promotion model guidelines was evaluated in accordance with the AGREE II criteria by three experts; the overall quality was 95.1%. The model was then trialed with six breast cancer patients, three who had, and three who did not have caregivers, and revised. The third steps was the implementation of the model with 30 participants, 15 breast cancer patients with caregivers and 15 breast cancer patients without caregivers by five registered nurses. Data were collected using semi-structured questions in group discussions to evaluate the model, a nursing behavior perception in helping patients of professional nurses questionnaire, a form to assess the breast cancer patients' and professional nurses' satisfaction with the model, and the records of patients re-visiting at the out-patient department. The quality of the questionnaire was assessed by using the content validity index and was 0.96. The Cronbach alpha coefficient showed an acceptable reliability of 0.85. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Wilcoxon signed rank tests.

Applying the model to both groups of breast cancer patients yielded the following five findings. First, the satisfaction scores of both groups increased significantly after the model was implemented (p <.05). Second, the difference in the increase of satisfaction of the two groups was not statistically different (p >.05). Third, the perception scores of both groups of breast cancer patients' caregivers' increased statistically significantly (p < .05). Fourth, the

*Registered nurse (Senior Professional Level), Nakhon Pathom Hospital
**Registered nurse (Professional Level), Nakhon Pathom Hospital
*Corresponding Author, Email: kesa2507@hotmail.com Tel. 089-8873818

registered nurses' satisfaction was statistically significantly higher ($p < .05$). Fifth, there were no unplanned re-visits among the patients who participated in the study. The findings suggested that the self-care promotion model for breast cancer patients to prevent unplanned outpatient re-visits outpatient that was developed should continue to be used in the out-patient department.

Keywords: promoting self-care, breast cancer patients, prevent re-visit

บทนำ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 2.3 ล้านคน เสียชีวิตราว685,000 คนต่อปี[1] สำหรับประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงไทย จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้หญิงไทยป่วยด้วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 18,000 คนต่อปี หรือคิดเป็น 49 คนต่อวัน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมราว 4,800 คน หรือคิดเป็น 13 คนต่อวัน[2] ผู้หญิงที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงมะเร็งเต้านมมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป หรือกลุ่มที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรกอาจไม่แสดงอาการและมักมาพบแพทย์ด้วยการคลำพบก้อนเนื้อในเต้านมหรือบริเวณรักแร้ อาการอื่น ๆ อาจสังเกตได้จากขนาดหรือรูปร่างของเต้านมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นแผลและอาจมีน้ำเหลืองหรือของเหลวสีคล้ายเลือดไหลออกมาหรือเป็นผื่นบริเวณหัวนม ด้านการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี[3] เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยยาแบบมุ่งเป้า และการรักษาฮอร์โมน หรือแพทย์อาจใช้หลายวิธีร่วมกันในการรักษาซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของทีมแพทย์และระยะของโรค สุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย[4] ภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำ ในระหว่างการรักษามะเร็งเต้านมแบบผู้ป่วยนอก ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด เคมีบำบัดและการฉายรังสี เมื่อได้รับการรักษามะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่มจะเกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด เคมีบำบัดและการฉายรังสี ตลอดจนปัญหาทางจิต และปัญหาสังคมที่อาจพบผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียงที่พบค่อนข้างบ่อยคือผมร่วงระหว่างทำเคมีบำบัดอาการแทรกซ้อนที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยและไม่คาดหมายคือการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว[5] ผลข้างเคียงหลังการผ่าตัดจะมีอาการปวดและโอกาสเกิดการติดเชื้อ หากมีการผ่าต่อมน้ำเหลืองการเคลื่อนไหวของแขนอาจถูกจำกัดจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวถึงไหล่แข็ง หรือเกิดปัญหาภาวะบวมน้ำเหลืองซึ่งเป็นภาวะที่หลอดเลือดน้ำเหลืองของรักแร้เสียหายระหว่างการผ่าตัด การดูแลจึงเน้นเพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่แขนของมะเร็งเต้านม ด้านผลข้างเคียงของเคมีบำบัด มีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ อาการคลื่นไส้อาเจียน ภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังการรักษา ได้แก่ การติดเชื้อ การติดเชื้อรุนแรงที่เกิดจากนิวโทรพีเนียที่เกิดจากเคมีบำบัด เป็นหนึ่งในผลข้างเคียงที่อันตราย เส้นประสาทส่วนปลายประสาทอักเสบ[6]

จากสถิติบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านศัลยกรรมโรงพยาบาลนครปฐม[7] ปี พ.ศ.2562-2564 มีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มารักษาจำนวน 1,555, 1,495 และ 1,277 ครั้ง ตามลำดับ ปัจจุบันมีวิธีรักษาด้วยการผ่าตัดและเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Modified Radical Mastectomy: MRM) พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ร้อยละ 3-85 สาเหตุหลักที่ทำให้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลับมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ก่อนถึงวันที่แพทย์นัดมาเพื่อติดตามอาการหลังจำหน่ายกลับบ้าน (ก่อน 14 วัน) คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ (1) ภาวะของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (Seroma) หลังผ่าตัดเต้านม ในปี พ.ศ. 2563-2564 คิดเป็นร้อยละ 76.03 และร้อยละ 68.62 (2) อาการแขนบวมจำนวน 1 รายในปี พ.ศ.2563 และ (3) อาการปวดมาก 1 ราย ในปี พ.ศ.2564 แพทย์ต้องรักษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยการเจาะดูดน้ำเหลืองที่คั่งบริเวณใต้ผิวหนังบริเวณผ่าตัด จำนวนปีละ 172 และ 276 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่ง Seroma นั้นเกิดจากการรั่วของน้ำเหลืองออกนอกเส้นเลือด ซึ่งมีสาเหตุมาจากการตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ การเกิด Seroma สามารถป้องกันได้โดยใส่สายระบายหลังผ่าตัด เพื่อระบายของเหลวที่คั่งค้างบริเวณใต้แผลผ่าตัดและรักแร้ถือเป็นวิธีมาตรฐานในการลดการเกิด Seroma ภาวะดังกล่าว แม้ไม่อันตรายร้ายแรงต่อชีวิตผู้ป่วย แต่ก่อให้เกิดความกังวลไม่สุขสบายกายและจิตใจ ตลอดจนการหายของแผลผ่าตัดที่ช้าลง ต้องทำหัตถการเพิ่มขึ้น เช่น การเจาะระบายน้ำเหลือง การล้างทำความสะอาดแผล อีกทั้งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นอย่างมาก ผลที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือ การให้การรักษาเสริมสำหรับมะเร็งเต้านมอื่น ๆ ต้องล่าช้าออกไป ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิด Seroma[8] พบว่ามีเพียงปัจจัยเดียวที่เป็นสาเหตุหลัก คือ ปริมาณของสารคัดหลั่งทั้งหมดใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งอาจใช้ในการคาดการณ์การเกิดภาวะ Seroma ในผู้ป่วย ซึ่งปริมาณของเหลวที่ออกหากเกิน 200 มิลลิลิตรใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรได้รับคำแนะนำถึงภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว รวมทั้งแผนการรักษาเมื่อเกิดภาวะ Seroma ขึ้น โดยอาจพิจารณาใส่สายระบายนานขึ้น หรือหากได้รับการถอดสายระบายแล้ว เริ่มเกิดภาวะ Seroma ให้ผู้ป่วยกลับมารับการรักษาก่อนที่ปริมาณ Seroma จะมีมาก ซึ่งอาจเริ่มการรักษาด้วยการทำการระบายเบื้องต้น (Simple aspiration) ตั้งแต่ภาวะ Seroma ระดับ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการ

เพื่อให้ภาวะดังกล่าวหายได้เร็วขึ้น พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อให้เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ โดยมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม[9] ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองที่พยาบาลมีบทบาทส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือตามความพร่องในการดูแลตนเองใน 4 วิธี ประกอบด้วย 1) การชี้แนะ (Guiding another) 2) การสนับสนุน (Supporting another) 3) การสอน (Teaching) และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (Providing appropriate environmental conditions) จะสามารถป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารับบริการได้

จากการทบทวนการพยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอกพบว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมยังปฏิบัติพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยเฉพาะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยไม่มั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังเข้ารับการรักษา จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน โดยเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลหลักให้มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม พยาบาลวิชาชีพให้ความช่วยเหลือและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เผชิญกับปัญหาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม[9] ตามวิธีการช่วยเหลือทั้ง 4 วิธี ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดโดนาบีเดียนโมเดล[10] ในการประเมินคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการตามองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 หัวข้อหลักประกอบด้วย 1) การออกแบบโครงสร้าง (Structure) 2) การออกแบบกระบวนการ (Process) ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการรับรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้บริการ ทั้งด้านประสิทธิผลของกิจกรรมและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ซึ่งการปฏิบัติตามรูปแบบนี้จะส่งผลให้กระบวนการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายใน 14 วัน หลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยและกลับบ้าน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน
2. ศึกษาผลของการนำรูปแบบมาใช้การส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ได้แก่ ระดับการรับรู้การปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน และพยาบาลวิชาชีพผู้นำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ไปใช้ ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ได้
2. ระดับการรับรู้ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ดูแลหลักต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบฯ เพิ่มสูงขึ้น และการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 14 วันหลังจำหน่ายกลับบ้านลดลง

3. ระดับความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ดูแลหลัก และพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เพิ่มสูงขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม[9] โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ 1) การชี้แนะ (Guiding another) 2) การสนับสนุน (Supporting another) 3) การสอน (Teaching)และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (Providing appropriate environmental conditions) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดโดนาบีเดียนโมเดล[10] ในการประเมินคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการตามองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 หัวข้อหลักประกอบด้วย 1) การออกแบบโครงสร้าง (Structure) 2) การออกแบบกระบวนการ (Process) ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการรับรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้บริการ ทั้งด้านประสิทธิผลของกิจกรรมและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ดังแผนภาพ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) กำหนดการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565) ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบและปรับปรุงรูปแบบ (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565) ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการใช้รูปแบบและประเมินผล (เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (Research 1 [R1]) ศึกษาสภาพการณ์บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและความต้องการส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เก็บรวบรวมข้อมูลได้จาก

การวิเคราะห์สถานการณ์ จากข้อมูลรายงานสถิติในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 และวิเคราะห์สถานการณ์จากการปฏิบัติงานที่หน้างาน และสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 1 ครั้งระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยจัดกลุ่มสนทนา เพื่อรวบรวมประเด็นสำคัญเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบฯ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสหสาขาวิชาชีพรวม 12 คน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลหลักรวม 6 คน ที่ยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ดังนี้ 1) ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม กลุ่มสหสาขาวิชาชีพจำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1.1) ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ในประเด็นต่อไปนี้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประสบการณ์การส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่านมา และการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่านมา 1.2) เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลให้พ้นจากปัญหา ความวิตกกังวลที่เผชิญอยู่ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง 2) ข้อคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลหลักรวม 6 คน ในประเด็นต่อไปนี้ 2.1) ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือผู้ดูแล ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ประกอบด้วย ความรู้สำคัญในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องการรู้ ประเด็นที่วิตกกังวลมากที่สุดระหว่างการรักษาคืออะไร ประเด็นที่กังวล มุ่งหวังสิ่งใดจากพยาบาลวิชาชีพและทีมรักษา 2.2) เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาว่าสามารถดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากปัญหา ความวิตกกังวลที่เผชิญอยู่ด้วยตนเองอย่างไร และ 2.3) ประเด็นใดที่ทำให้ท่านกลับมารักษา/มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อนนัดหมาย ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาสนทนาต่อกลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จในแต่ละประเด็น ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบพรรณนาและทำการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 (Research 2 [R2]) พัฒนาและสร้างรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนประกอบด้วย 1) ดำเนินการพัฒนารูปแบบ (ฉบับร่าง) 2) ทดลองการใช้รูปแบบ 3) พัฒนารูปแบบ (ฉบับปรับปรุง) โดยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมตำราวิชา การงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อ (1) ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (2) ผลกระทบจากการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (3) แนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน นำเข้ากระบวนการโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง[9] โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ 1) การชี้แนะ 2) การสนับสนุน 3) การสอน และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การดำเนินการพัฒนารูปแบบและยกร่างรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน พร้อมนำร่างรูปแบบฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพรูปแบบฯ ประกอบไปด้วยศัลยแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งและอาจารย์พยาบาลด้านศัลยศาสตร์ ด้วยเครื่องมือ AGREE II[11] ประกอบด้วยหัวข้อจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวดคือ ความชัดเจนของขอบเขตและวัตถุประสงค์มีคุณภาพร้อยละ 93.1 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องมีคุณภาพร้อยละ 100 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบมีคุณภาพร้อยละ 91.8 ความชัดเจนและการนำเสนอมีคุณภาพร้อยละ 94.7 การประยุกต์ใช้มีคุณภาพร้อยละ 91.2 และความเป็นอิสระของทีมจัดทำรูปแบบมีคุณภาพร้อยละ 100 ส่วนในภาพรวมมีคุณภาพร้อยละ 95.1 แสดงว่ารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้

2. ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน โดยนำไปใช้กับสหสาขาวิชาชีพจำนวน 12 คน (กลุ่มเดียวกับระยะที่ 1) และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก 3 คน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก 3 คน พร้อมประเมินและปรับปรุงรูปแบบฯ ก่อนนำไปใช้จริง

3. ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบฯ และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการใช้รูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ดังนี้ 1) นำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐมไปใช้ สรุปกิจกรรมการเตรียมพร้อมของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังภาพที่ 2 และ 2) ประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครปฐม ในสัปดาห์ที่ 4 หลังการใช้รูปแบบฯ ได้แก่ 1) จำนวนการกลับมารักษาซ้ำใน 14 วันหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยและกลับบ้าน 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง 4) ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4
วัตถุประสงค์	ทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม	พยาบาลวิชาชีพ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทั้ง 2 กลุ่ม	นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลักและพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	ประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
กิจกรรม	- ประชุมพยาบาลวิชาชีพเรื่องการปฏิบัติตามแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยตามทฤษฎีของโอเร็ม 4 วิธี - ฝึกการใช้ไลน์ออฟฟิสเชียล (Line Official) การให้ข้อมูลให้ความรู้ ขอความช่วยเหลือขอคำแนะนำ	- พยาบาลวิชาชีพนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย ความรู้มะเร็งเต้านม การรักษาภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการดูแลตนเอง บทบาทของสมาชิกในครอบครัว บทบาทพยาบาลวิชาชีพ และระบบการพยาบาล โดยวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี - แนะนำผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลหลักเรื่องการใช้ Line Official	- พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยปฏิบัติต่อเนื่องในระบบ Line Official ตั้งแต่วันที่ 1 -14 อธิบายแนวทางการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเลือกแนวทางในการแก้ปัญหา - พยาบาลวิชาชีพแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะกันทุกวันพุธและศุกร์ทุกสัปดาห์รวม 8 ครั้ง	ประเมินหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ได้แก่ จำนวนการกลับมารักษาซ้ำ ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง

ภาพที่ 2 กิจกรรมการเตรียมพร้อมของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก 15 คน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก 15 คน ที่มารับบริการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐมจำนวน 5 คน

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 มารับบริการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565-เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ทั้งมีผู้ดูแลหลักและไม่มีผู้ดูแลหลัก 4) สามารถให้ข้อมูลสื่อสารได้ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก ได้แก่ 1) การดำเนินของโรคมะเร็งเลวลงเป็นระยะที่ 4 2) เสียชีวิตขณะเข้าร่วมวิจัยและ 3) อาสาสมัครขอถอนตัว

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ปฏิบัติการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และ 3) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ 1) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออก ระหว่างเข้าร่วมวิจัยและ 2) อาสาสมัครขอถอนตัว

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐมจำนวน 5 คนทำการเลือกแบบเจาะจง และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักที่มารับบริการรวม 15 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลักรวม 15 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้งานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน กำหนดค่า α=0.05, β=0.2 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คนทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อให้เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนมากขึ้นตามหลักการรวมขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งสิ้น 30 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วย

เครื่องมือชุดที่ 1 ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 หัวข้อ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับอายุ เพศ อายุงาน ระดับการศึกษา หน่วยงานหลักในโรงพยาบาลนี้ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้นำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ไปใช้จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยคะแนน 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด และ 1 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ที่ให้การดูแลที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม และต่อเนื่องที่บ้านที่เป็นหลักและได้รับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการรักษามะเร็งเต้านม การมารักษาตามระบบ การกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการรบกวนต่าง ๆ ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนจากการตรวจสอบเวชระเบียน

2.2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนรวม 20 ข้อเป็นแบบสอบถามปลายปิดเพื่อสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับความพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการพยาบาลโดยระบบการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 วิธี คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยคะแนน 5 หมายถึง การรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุดและ 1 หมายถึง การรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยที่สุด การแปลผลระดับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯโดยใช้

ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง การรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง หมายถึง การรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยมาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง หมายถึง การรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง การรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง การรับรู้พฤติกรรมของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก ที่ได้รับการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนไปใช้ จำนวน 10 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยคะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด และ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนความพึงพอใจเช่นเดียวกับการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการค้นคว้าจากทฤษฎีและแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปจัดทำแบบเก็บข้อมูลพร้อมปรึกษากับศัลยแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งและอาจารย์พยาบาลด้านศัลยศาสตร์ เพื่อให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องครอบคลุมตามนิยามเชิงปฏิบัติการ มีความถูกต้องในการใช้ภาษาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของที่ปรึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์และแพทย์อายุรกรรมเฉพาะทางด้านมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลนครปฐมรวม 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ พร้อมนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

2. การทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขหลังตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกันประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแลหลักจำนวน 10 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าคอนบาคอัลฟ่า ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบเก็บข้อมูลและแบบสอบถามภาพรวมทั้งฉบับที่ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครปฐม รับรองเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 หมายเลข COA No. 057/2022 รหัสโครงการ 039/2022 และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและการปกป้องการเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนค่ารหัส ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ กรณีตีพิมพ์ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม

วิธีเก็บรวมรวมข้อมูล

หลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม และได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์กับกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มใช้รูปแบบฯ กับพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแล 2) กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และแบบวัดคะแนนความพึงพอใจ ใช้เวลา 20 นาที (Pre-test) 3) กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ตามขั้นตอนการดำเนินการทดลองตลอด 4 สัปดาห์ตามแผน 4) หลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและพยาบาลวิชาชีพทำแบบสอบถามตามข้อ 1 อีกครั้ง ใช้เวลา 20 นาที (Post-test) หลังสิ้นสุดโครงการ และ 5) ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง รวบรวมแบบสอบถามกล่าวขอบคุณและปิดการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ โดย 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลักโดยใช้สถิติ Chi-Square Test 3) เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจและระดับการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ Wilcoxon signed rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยนี้ ได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือข้อมูลส่วนบุคคล และผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนลดลง หลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

หลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักและกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักไม่มีการกลับมารักษาซ้ำก่อนถึงวันที่แพทย์นัดดูอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ก่อน14 วัน)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 5 คน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักรวมจำนวน 15 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลักจำนวน 15 คน โดยมีข้อมูล สรุปได้ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 5 คน มีอายุเฉลี่ย 50 ปี (พิสัย 45-57 ปี) ตำแหน่งงานเป็นพยาบาลหัวหน้าทีม 1 คน พยาบาลประจำการ 4 คน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานในปัจจุบันเฉลี่ย 5.2 ปี มากที่สุด (พิสัย 1-15 ปี) ประสบการณ์ด้านผู้ป่วยมะเร็งเฉลี่ย 7.8 ปี มากที่สุด (พิสัย 1-15 ปี) เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง 2 คน เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา 4 คน

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักรวมจำนวน 15 คน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลักจำนวน 15 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกันด้วยการทดสอบด้วยค่าสถิติไคร์สแคว หัวข้อ การศึกษา การรักษาที่ได้รับอาการรบกวนที่ (p > .05) และมีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มมีลักษณะคล้ายกันมาก พบว่า ด้านอายุมีอายุระหว่าง 41-60 ปีมากที่สุดร้อยละ 46.67 ทั้ง 2 กลุ่ม ระดับการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักร้อยละ 53.33 อยู่ที่ระดับประถมศึกษา และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลักอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 60.00 ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2565 ที่ร้อยละ 100 และ 93.33 ตามลำดับ การรักษาที่ได้รับมากที่สุดของทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ การผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ร้อยละ 66.67 และ 53.33 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีอาการรบกวนมากกว่า 2-5 อาการขึ้นที่ร้อยละ 93.33 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลักมีอาการรบกวนที่ 1 อาการมากที่สุดร้อยละ 53.33 และมีอาการรบกวนมากกว่า 2-5 อาการขึ้นที่ร้อยละ 46.67

ส่วนที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

สรุปรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนตามทฤษฎีของโอเร็ม[9] แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้เหมาะสมประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การผ่าตัด การมารับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการที่เป็น

ผลข้างเคียงจากการรักษา และการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 2) การจัดการด้านบทบาท คือ การปรับเปลี่ยนบทบาทในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วยและบทบาททางสังคม และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย และการจัดการกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัญหาการรับประทานอาหารที่เหมาะสม พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้ว่าอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงคืออะไรตามแผนการรักษา **วางแผน/ระบบพยาบาล** ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี 1) การชี้แนะให้แนวทาง 2) การสอน **การปฏิบัติการพยาบาล** ประกอบด้วย 1) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคเป็นประจำและการให้ข้อมูลอาหารชนิดใดที่ควรหลีกเลี่ยง 2) เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของรับประทานอาหารและป้องกันน้ำหนักตัวลดลงหากมีน้ำหนักที่ผิดปกติควรพบแพทย์ **การประเมินผล** 1) ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารที่มีการปรุงรสและมีโอกาสปนเปื้อนสูง 2) ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินภาวะน้ำหนักลดลงของตนเอง

2. ปัญหาการรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ผู้ป่วยยังมีแนวคิดการใช้สมุนไพร อาหารเสริมร่วมกับการใช้ยาหรือแผนการรักษาไม่ถูกต้อง **วางแผน/ระบบพยาบาล** ระบบสนับสนุนและให้ ความรู้ด้วยวิธี 1) การชี้แนะให้แนวทาง 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ **การปฏิบัติการพยาบาล** ประกอบด้วย 1) ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าการติดตามและการปฏิบัติตามแผนการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดได้โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนัก 2) ให้คำแนะนำและสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้สมุนไพร อาหารเสริมและตระหนักถึง ความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง 3) หาวิธีการในการป้องกันการลืมรับประทานยาของผู้ป่วย 4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและการดูแลตนเอง **การประเมินผล** ผู้ป่วยรับประทานยา การใช้สมุนไพร อาหารเสริม ร่วมกับการใช้ยาหรือแผนการรักษาถูกต้อง

3. ปัญหาการรับรู้และการจัดการอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้นจากอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยรับรู้ได้นั้นมักเป็นอาการที่รุนแรงแล้วส่งผลให้ ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำก่อนนัดหมาย **วางแผน/ระบบพยาบาล** ระบบทดแทนบางส่วนด้วยวิธีการสนับสนุนทางด้านร่างกาย และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี 1) การชี้แนะให้แนวทาง 2) การสนับสนุนทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ **การปฏิบัติการพยาบาล** ประกอบด้วย 1) ประเมินอาการและอาการแสดงที่ครอบคลุมทั้งภาวะแทรกซ้อนหรืออาการรบกวนจากโรคและหลังการรักษามะเร็งเต้านมและจากโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วย 2) ให้เวลากับผู้ป่วยในการพูดคุยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นทุกวัน ทั้งที่บ้านโดยผู้ดูแลหรือในระบบไลน์ออฟฟิศเซียล 3) อธิบายและเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการบอกเล่าอาการแก่ผู้ดูแลหรือพยาบาลวิชาชีพ 4) วางแผนเตรียมพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเสมอก่อนการรักษา ระหว่างรับการรักษาและหลังรับการรักษา 5) พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาและคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างหน่วยงานและสู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ **การประเมินผล** 1) ผู้ป่วยสามารถสำรวจ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผิดปกติของตนเองได้ถูกต้อง 2) ผู้ป่วยบอกอาการและอาการแสดงของกลุ่มรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผู้ป่วยรับรู้แล้วส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำก่อนนัดหมาย ได้ถูกต้อง 3) เมื่อมีอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผู้ป่วยและญาติจะปรึกษาพยาบาลวิชาชีพในระบบไลน์ออฟฟิศเซียลทันที

4. ปัญหาการรักษาสมดุลของการทำกิจกรรมและการพักผ่อน โดยพบว่าผู้ป่วยเข้าใจผิดเกี่ยวกับการออกกำลังกายทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงหรือหยุดการออกกำลังกายเนื่องจากกลัวกระทบต่อโรคและมีปัญหาการนอนหลับเนื่องจากความกังวล **วางแผน/ระบบพยาบาล** 1) ระบบสนับสนุนและให้ ความรู้ด้วยวิธี (1) การชี้แนะให้แนวทาง (2) การสอน (3) การสนับสนุนทางด้าน จิตใจและสังคม (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ และ 2) ระบบทดแทนบางส่วนด้วยการสนับสนุนทางด้านร่างกาย **การปฏิบัติการพยาบาล** ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และชนิดของการออกกำลังกายเหมาะสม สิ่งที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย 2) แสดงบทบาทของผู้ประสานความร่วมมือโดยการซักถามแพทย์ผู้รักษาถึงความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยในการออกกำลังกาย รวมถึงชนิดของ

การออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการออกกำลังกาย 3) แนะนำเกี่ยวกับรูปแบบการนอนที่เหมาะสม 4) สังเกตความอิดโรยจากสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย ซักถามและรับฟังเกี่ยวกับรูปแบบการพักผ่อนนอนหลับ ปัญหาและวิธีการจัดการปัญหาในเรื่องการนอนหลับของผู้ป่วย 5) ให้ผู้ป่วยเล่าปัญหาการนอนหลับแก่แพทย์ เนื่องจากปัญหาการนอนหลับอาจมาจากพยาธิสภาพของโรคหรือจากยา ซึ่งแพทย์อาจต้องปรับยาเพื่อแก้ไขสาเหตุของปัญหาดังกล่าว **การประเมินผล** 1) ผู้ป่วยบอกวิธีการออกกำลังกายได้ถูกต้อง 2) ผู้ป่วยสาธิตการออกกำลังกายให้พยาบาลและทีมประเมินได้ถูกต้อง 3) ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ปกติ 8-10 ชั่วโมง 4) หลังจากผู้ป่วยได้รับการปรับเวลาการใช้ยาจากเดิมทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับช่วงกลางคืนได้

5. ปัญหาการดูแลตนเองด้านจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีข้อจำกัดในหลายด้าน โดยเป็นการเจ็บป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการรักษา ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการแทรกซ้อนหรืออาการรบกวนเมื่อไรหรือรุนแรงแค่ไหน ซึ่งอาจต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น **วางแผน/ระบบพยาบาล** ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี 1) การสนับสนุนทางด้าน จิตใจและสังคม 2) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ **การปฏิบัติการพยาบาล** ประกอบด้วย 1) ให้กำลังใจผู้ป่วยว่าสามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้เบื้องต้นแล้วสามารถขอคำแนะนำสอบถามพยาบาลวิชาชีพผ่านระบบไลน์ออฟฟิศเซียลทันที 2) จัดกิจกรรมทางศาสนา 3) จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อผู้ป่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 4) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว 5) เป็นที่ปรึกษาและเป็นคนกลางในการเสริมสร้างความเข้าใจและให้กำลังใจระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพในสหสาขาวิชาชีพ **การประเมินผล** 1) ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มพูดคุยเป็นกันเองกับพยาบาล 2) ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการกับอาการแทรกซ้อนหรืออาการรบกวนได้หากเกิดขึ้นที่บ้าน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองฯ ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลัก (n1) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (n2) ก่อนกับหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มตัวอย่าง 1 กับ 2 (n1=15, n2 = 15)

คะแนนความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง 1 (n1=15)				กลุ่มตัวอย่าง 2 (n2 = 15)			
	mean	S.D.	Mean Rank	p-value	mean	S.D.	Mean Rank	p-value
ก่อนทดลอง	2.96	0.88	.00	.004**	2.57	0.69	.00	.001***
หลังทดลอง	3.53	0.61	.00		3.62	0.59	.00	

**p < .01, ***p < .001 Wilcoxon Signed Ranks Test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองฯ ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลัก (n1) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (n2) ก่อนกับหลังการใช้รูปแบบ ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 1 กับ 2 (n1=15, n2 = 15)

คะแนนความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง 1 (n1=15)			กลุ่มตัวอย่าง 2 (n2 = 15)			
	mean	S.D.	Mean Rank	mean	S.D.	Mean Rank	p-value
ก่อนทดลอง	2.96	0.88	.00	2.57	0.69	.00	.203^{ns}
หลังทดลอง	3.53	0.61	.00	3.62	0.59	.00	.573^{ns}

ns > .05 Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองฯ ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก หลังนำมาทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) และระหว่าง 2 กลุ่มมีคะแนนความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างกัน (p > .05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล ก่อนกับหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก (n1 = 15)

ระดับการรับรู้	ก่อนทดลอง (n1 = 15)			หลังทดลอง (n1 = 15)			
	mean	S.D.	แปลผล	mean	S.D.	แปลผล	p-value
การชี้แนะ	2.70	0.81	ปานกลาง	3.68	0.69	มาก	.001***
การสนับสนุน	2.82	0.81	ปานกลาง	3.62	0.59	มาก	.001***
การสอน	2.61	0.65	ปานกลาง	3.73	0.66	มาก	.004**
การจัดสิ่งแวดล้อม	2.79	0.77	ปานกลาง	3.53	0.61	มาก	.001***
โดยรวม	2.72	0.75	ปานกลาง	3.65	0.63	มาก	.001***

*p <.01 ***p < .001 Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีระดับการรับรู้มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล ก่อนกับหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (n2 = 15)

ระดับการรับรู้	ก่อนทดลอง (n2 = 15)			หลังทดลอง (n2 = 15)			
	mean	S.D.	แปลผล	mean	S.D.	แปลผล	p-value
การชี้แนะ	2.96	0.88	ปานกลาง	3.73	0.66	มาก	.001*
การสนับสนุน	3.16	0.78	ปานกลาง	3.70	0.66	มาก	.001*
การสอน	2.78	0.85	ปานกลาง	3.68	0.69	มาก	.001*
การจัดสิ่งแวดล้อม	2.96	0.81	ปานกลาง	3.62	0.59	มาก	.001*
โดยรวม	2.94	0.83	ปานกลาง	3.65	0.63	มาก	.001*

***p < .001 Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีระดับการรับรู้มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 1 กับ 2 (n1=15, n2 = 15) หลังการใช้รูปแบบฯ

ระดับการรับรู้	กลุ่มตัวอย่าง 1 (n1=15)			กลุ่มตัวอย่าง 2 (n2 = 15)			
	mean	S.D.	แปลผล	mean	S.D.	แปลผล	p-value
การชี้แนะ	3.68	0.69	มาก	3.73	0.66	มาก	.203ns
การสนับสนุน	3.62	0.59	มาก	3.70	0.66	มาก	.900ns
การสอน	3.73	0.66	มาก	3.68	0.69	มาก	.849ns
การจัดสิ่งแวดล้อม	3.53	0.61	มาก	3.62	0.59	มาก	.573ns
โดยรวม	3.65	0.63	มาก	3.65	0.63	มาก	.638ns

ns >.05 Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับการรับรู้พฤติกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับการรับรู้ก่อนกับหลังการใช้รูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลัก (n1 = 15) และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (n2 = 15) ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ด้านพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 2.82 (S.D.=0.81) หลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.62 (S.D.=0.59)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ได้

หลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน พบว่า ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำก่อนถึงวันที่แพทย์นัดดูอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ก่อน14 วัน) สรุปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหลักในการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดโอเร็ม[9] สามารถส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ให้ความช่วยเหลือและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ โดยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองโดยมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ 1) การชี้แนะ 2) การสนับสนุน 3) การสอน และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดการยอมรับต่อโรคมะเร็ง เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องบทบาทการให้คำปรึกษา บทบาทผู้ให้ความรู้ บทบาทการเสริมพลัง บทบาทการฟื้นฟูสภาพจิตใจ และบทบาทการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ ในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย และมีบทบาทการประสานทรัพยากรในการสนับสนุนด้านทรัพยากรทางสังคม รวมทั้งมีบทบาทผู้ให้ข้อมูลและความรู้[12]

สมมติฐานที่ 2 ระดับการรับรู้ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ดูแลหลักต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบฯ เพิ่มสูงขึ้น และการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 14 วันหลังจำหน่ายกลับบ้านลดลง

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม[13] ศึกษาถึงประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ทั้งในแง่ของโครงสร้าง การบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าหลังมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ปฏิบัติงานในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังรับเคมีบำบัดน้อยลง สามารถรับเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดและหลังรับเคมีบำบัดลดลงในแต่ละปี ตามระยะเวลาประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งการสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จะช่วยลดอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น[14] ซึ่งความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้รับทำให้เห็นความสำคัญของการจัดการตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ การพยาบาลเพื่อการส่งเสริม

คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย[15] ตามแนวปฏิบัติทำให้เกิดผลด้านบวกทางจิตใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านมากขึ้น และควรถือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องให้การดูแล โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจนกลายเป็นผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น และประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม[16] ดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการตนเอง 2) การจัดการด้านบทบาท การปรับเปลี่ยนบทบาทในการดำเนินชีวิต 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวล สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ และการสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ช่วยลดอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น นำไปสู่การรับรู้เกี่ยวกับความสุขความพึงพอใจในชีวิตทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมมติฐานที่ 3 คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ดูแลหลัก และพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เพิ่มสูงขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองฯ ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก หลังนำมาทดสอบทางสถิติพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบฯ มากกว่าก่อนการใช้และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองฯ ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีผู้ดูแลหลักและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก พบว่าคะแนนความพึงพอใจของระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มหลังการใช้รูปแบบฯ มีคะแนนความพึงพอใจไม่มีความแตกต่างกัน ผลวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายมีความต้องการการสนับสนุนทางการพยาบาล อธิบายได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้มีความมั่นใจและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ตามมาในระหว่างการรักษามะเร็งและการดำเนินชีวิตอย่างมั่นใจ ลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำก่อนวันนัดหมายได้สอดคล้องกับการวิจัยที่นำแนวทางการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน[17] และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[18] และโรคมะเร็งเต้านม[19]

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ต่อรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน หลังใช้รูปแบบฯ เพิ่มสูงขึ้นก่อนใช้รูปแบบฯ เนื่องจากกระบวนการพัฒนารูปแบบนั้นผู้วิจัยได้ใช้ความมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจึงมีผลต่อความพึงพอใจ อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพได้เล็งเห็นความสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยและมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบฯ จึงส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ James และ Jones[20] ที่กล่าวว่า สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ล้อมรอบตัวผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งในขณะที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการใด ๆ ก็ตามเมื่อมีรูปแบบการปฏิบัติงานที่ชัดเจน จะส่งผลต่อตัวผู้ปฏิบัติงานย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจที่จะร่วมมือในการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าบทบาทพยาบาลวิชาชีพต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วย ร่วมกับการจัดระบบสนับสนุน เช่น คู่มือแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง และวีดีทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ประสบความสำเร็จในการจัดการตนเองผ่านไลน์ออฟฟิสเชียล (Line official) ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความสะดวกและสามารถนำมาใช้ได้ง่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งกลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักและไม่มีผู้ดูแลสามารถการนำรูปแบบที่ได้รับไปใช้การจัดการตนเองได้เหมาะสม

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากเป็นการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนในระยะเวลาสั้น ๆ เพียง 1 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด หรือการรักษาด้วยเคมีบำบัดและติดตามหลังรับ

การรักษาเมื่อจำหน่ายกลับจากหอผู้ป่วย แต่ความซับซ้อนของปัญหาที่จะศึกษาเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนบางสาเหตุ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการใช้รูปแบบมากกว่า 1 สัปดาห์และเป็นการติดตามข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายกลับบ้านจากหอผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้องนำการใช้รูปแบบที่พัฒนานี้ไปใช้ที่หอผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยไม่ได้กลับมารักษาซ้ำก่อนวันนัดหมาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารและผู้กำกับนโยบายในการใช้และพัฒนาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพให้เต็มศักยภาพ เพื่อการพัฒนาการบริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณภาพในระบบบริการอย่างต่อเนื่อง
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ที่พัฒนาขึ้นในระบบบริการสุขภาพ
3. ผู้บริหารควรกระตุ้นให้พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญในการพัฒนาการพยาบาล ให้ตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นว่ายังมีความต้องการในระดับที่สูง ตลอดจนพยาบาลควรให้ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงที่ได้รับการรักษาแต่ละแผนการรักษาและระหว่างการมาตรวจตามนัดให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีความชัดเจนว่าเป็นเรื่องใด เพื่อนำไปใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป
2. ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครปฐม ให้เป็นข้อมูลต่อยอดในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นต่อไป
3. ควรมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครปฐม ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำก่อนวันนัดหมายล่วงหน้าที่ได้ผลอย่างยั่งยืน
4. ควรศึกษาระยะยาว 6 เดือน และระยะ 1 ปี เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน และการลดการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

References

1. World Health Organization. Incidence breast cancer statistics. The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization. 2018.
2. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. The dangers of breast cancer; 2020. [cited 2022 Jul 5]. Available from: https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_3255332 (In Thai)
3. Siriraj Piyamaharajkarun Hospital. How to treat breast cancer. 2021. [cited 2022 May 27]. Available from: https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/breast-cancer-treatment. (In Thai)
4. Office for the Elevation of Asian Society. Causes, prevention and treatment of breast cancer.2020. [cited 2022 May 27]. Available from: https://shorturl.asia/FDsbf (In Thai)
5. National Cancer Institute. Breast cancer statistics. Bangkok. 2018. (In Thai)

6. National Cancer Institute. Department of Medical Services, Ministry of Public Health Screening Guidelines diagnose and treat breast cancer. 2020. [2022 May 27]. Available from: https://www.nci.go.th/th/cpg_index.html (In Thai)
7. Nakhon Pathom Hospital. Annual Cancer Treatment Statistics Report between 2019-2021. (In Thai)
8. Ingsirorat T and Chaochuen S. Risk Factors for Seroma After Breast Cancer Surgery by Modified Radical Mastectomy. Srinakarin Medical Journal. 2021;36(4):382-8. (In Thai)
9. Orem DE. Nursing: concept of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby year book; 2001.
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005;83(4):691-729.
11. AGREE Next Steps Consortium (2017). The AGREE II Instrument [Electronic version]. [2022 June 28]. Available from: http://www.agreetrust.org.
12. Kamsan W, Limsakul M. Roles of Social Workers in Social Support for Breast Cancer Patients. Journal of Social Work. 2021;29(1):31-76. (In Thai)
13. Hanprasitkham K, Namchantra R, Hanucharoenkul S, Suphametaphon P, Nateethanasombat K, Soiwong P. Advanced Practice Nurses' Efficiency in Caring for Breast Cancer Patients. Thai Journal of Nursing Council. 2021;27(3):45-62. (In Thai)
14. Honchai T, Soivong P, Lukkahatai N. Effects of a self management support on self-management behaviors and symptom distress among breast cancer patients receiving chemotherapy. Nursing Journal. 2013;40(1): 14-22. (In Thai)
15. Puttpitak P, Phantasi P, Klangtampon K. The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Enhancing the Quality of Life of Caregivers Who Cared for The Terminally Ill Cancer Patient in Community. Journal of Food Health and Bioenvironmental Science. 2011;4(1):39-52. (In Thai)
16. Soivong P, Sawasdisingha P, Tanvattanagul C, Fukul A, Kaewinta Y, Puangsaijai S, et al. Efficacy of a Self-Management Programme in Breast Cancer Patients.Thai Journal of Nursing Council. 2018;32(4): 5-18. (In Thai)
17. Paisansujareekul K, Soivong P. Nantachaipan P. Effectiveness of implementing nursing management guidelines for persons with type 2 diabetes mellitus. Nursing Journal 2014;41Suppl:26-34. (In Thai)
18. Ketvatimart M, Phaonoi B, Peungtim P. Kittithan P. Effectiveness of pulmonary rehabilitation guidelines implementing for patients with chronic obstructive pulmonary disease in Saraburi Hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2012;22(2):49-63. (In Thai)
19. Loh SY, Packer T, Chinna K, Quek KF. Effectiveness of a patient self-management programme for breast cancer as a chronic illness: A non-randomised controlled clinical trial. J Cancer Surviv 2013;7(3):331-42.
20. James LR, Jones AP. Organizational climate: A review of theory and research. Psychological bulletin. 1974; 81(12):1096.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e261594

แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง

อารยา ผ่องแผ้ว สม.*
สุภัชเขม สมสินนกุล พย.บ.**

(วันรับบทความ: 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสม (Mix Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไข 2) องค์ประกอบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4) แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินหรือด้านสุขภาพจิต ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข 80 คน กลุ่ม 2 ประชากรจังหวัดระยอง 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) คำนวณสัดส่วนตามอำเภอ และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือ 1) แบบสัมภาษณ์ 2) แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย 4 ข้อ ดังนี้ 1) สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอาการคลุ้มคลั่งพบประมาณเดือนละ 1-2 ราย ส่วนใหญ่มาด้วยอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ทำลายข้าวของ มีปัญหาเรื่องการส่งต่อจากโรงพยาบาลในพื้นที่มายังโรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับจังหวัด ซึ่งไม่สามารถรับไว้รักษาได้ ทำได้เพียงให้การรักษาในภาวะวิกฤตและให้กลับไปรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน สาเหตุที่ทำให้กลับมามีอาการคลุ้มคลั่งเกิดจากไม่รับประทานยาต่อเนื่องและหยุดยาเองของผู้ป่วย จิตแพทย์มีจำนวนน้อย การประสานงานในขณะเกิดเหตุระหว่างญาติผู้ป่วยและโรงพยาบาลในพื้นที่ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มีประวัติเดิมอยู่แล้วสามารถดำเนินการได้รวดเร็ว สำหรับกรณีที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ต้องใช้เวลานานในการซักประวัติและประเมินอาการ ประกอบกับหากนำส่งโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจหรืออาสากู้ภัยที่ไม่ใช่ญาติ และปัญหาผู้ป่วยจิตเวชเร่ร่อน แนวทางแก้ไขปัญหา คือ โรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์สามารถติดต่อประสานงานให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมงที่พบผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และมีการจัดทำยาจิตเวชพื้นฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการวิกฤตสุขภาพจิต รวมทั้งประสานการส่งต่อของผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหากต้องมีการนำส่ง 2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บูรณาการกับเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ระบบข้อมูล การมีส่วนร่วม การฝึกอบรม การสื่อสาร ระบบการรับและแจ้งเหตุ และบุคลากร (2) องค์ประกอบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ ได้แก่ พัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ 3) ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ การมีส่วนร่วม การสื่อสาร และระบบข้อมูล ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 84.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยด้านการรับและแจ้งเหตุส่งผลมากที่สุด 4) แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ พบว่า แนวทางในการพัฒนานั้นดำเนินการโดยการพัฒนาด้วยวงจรบริหารงานคุณภาพในทุกขั้นตอน ทุกทีมงาน โดยบุคลากรเป็นผู้นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ในสถานการณ์จริงที่พบผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต การบูรณาการ

---

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: araya_ncd@hotmail.com Tel: 089-4051669

The Development of an Integrative Guideline for the Emergency Medical Services System for Emergency Patients Experiencing Mental Health Crises in Rayong Province

Araya Pongpaew M.P.H.*
Supatkhem Somsinnakul B.N.S.**

(Received Date: February 8, 2023, Revised Date: February 20, 2023, Accepted Date: February 21, 2023)

Abstract

This mixed methods research aimed to study: 1) the current situations, problems and solutions; 2) the components of emergency medical service system (EMSS) development; 3) the factors affecting EMSS development, and 4) to craft integrated guidelines concerning the development of the EMSS for emergency patients experiencing mental health crises in Rayong Province. There were two groups of participants. Group one was comprised of 80 administrators and medical and non-medical personnel performing duties related to emergency medicine or mental health, as well as police, community leaders and public health volunteers. Group two was comprised of 400 people living in Rayong Province. Stratified random sampling was used based on district population. Two research tools were used: 1) an interview form and 2) questionnaires using a 5-point Likert rating scale. The qualitative data were analyzed using content analysis and the quantitative data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis.

The results of the research related to the four study objectives are as follows. First, regarding the current situation, problems and solutions, it was found that there are approximately 1 to 2 emergency psychiatric patients per month. These patients were typically sent to the emergency department because they were acting dangerously in public, such as running amuck, behaving manically, or destroying things. However, the community hospitals are unable to comprehensively manage these patients and have to refer them to higher-level hospitals. The causes leading to the acting-out were mostly related to non-compliance with prescribed medications, an insufficient number of psychiatrists to provide coverage, and the psychiatric patients being homeless. The solutions would be as follows: the number of psychiatrists must be increased, there must be telephone contact and co-ordination for providing 24/7consultation, a good referral system for psychiatric patients must be developed, and the delivery system for sending basic psychiatric medications to local community hospitals when needed. Secondly, based on the integrated data from the interviews and the relevant research documents, the components integral to EMSS development are: (1) the factors which affect EMSS development, such as the quality of the information system, participation, training, communication, the emergency receiving and reporting system, and personnel; (2) having

*Public Health Specialist Head of Non-Communicable Disease Control Group Rayong Provincial Public Health Office
**Registered nurse Non-Communicable Disease Control Group Rayong Provincial Public Health Office
*Corresponding Author, Email: araya_ncd@hotmail.com Tel: 089-4051669

integrative and collaborative improvement of patient management, having a self-managed community system, an emergency medical management system, and community hospital. Third, the factors affecting the emergency call and dispatch system included the receiving and reporting system, participation, communication and information systems and they statistically significantly affected the development of EMSS by 84.40 % at level .01. The receiving and reporting system affected this issue most. Fourth, with regard to the development of integrated EMSS guidelines for patients experiencing a mental health crisis, it was found that the a Quality Management Cycle (PDCA) would be most appropriate because it includes various teams of relevant personnel from the related organizations in every step of the development process to promote developing well-crafted EMSS protocols to ensure appropriate response to, and treatment of, psychiatric patients experiencing mental crises and public safety.

Keywords: development service system, emergency medical service, emergency patients experiencing mental health crises, integrative

บทนำ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีวัตถุประสงค์ คือ ช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันไม่ให้สถานการณ์เลวร้าย และบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงหรือทุกข์ทรมานลง[1] ดังนั้นระบบการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตฉุกเฉินและฉุกเฉินเร่งด่วน ที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตราย การจัดการหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมจะสามารถช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่เกิดเหตุได้มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งตลอดปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยฉุกเฉิน 1,780,044 ราย โดยแจ้งเหตุทาง 1669 โดยตรง จำนวน 1,410,903 ราย แจ้งผ่านหมายเลขอื่นเพื่อส่งเข้าระบบ 1669 เป็นลำดับที่สอง (Second Call) จำนวน 172,359 ราย หมายเลขอื่น ได้แก่ หมายเลขของมูลนิธิและสถานีตำรวจในพื้นที่ ฯลฯ จำนวน 22,732 ราย วิทยุสื่อสาร จำนวน 154,516 ราย ผ่านช่องทางอื่น จำนวน 15,043 ราย และไม่ระบุวิธีการแจ้งเหตุ จำนวน 1,943 ราย[2] ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัลที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ภาวะจิตประสาท อารมณ์ ซึ่งเป็นลักษณะกลุ่มอาการหนึ่งที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาการนำที่ 13 Criteria Based Dispatch (CBD-13) ของเกณฑ์ในการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมวด 3 การปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน แต่ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของแวดล้อม การดูแลช่วยเหลือต้องคำนึงถึงความปลอดภัย 3Ps Safety คือเกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (Patient) บุคลากร (Personnel) และสังคม (People and Public) จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกคาดการ์ณว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากถึง 10 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่เข้าถึงระบบการดูแลรักษา ซึ่งการที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคม ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินสุขภาพจิตภายหลังการรักษาจนกลับมาสู่ภาวะปกติ จะรู้สึกมีตราบาปในจิตใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า เครียด ซึมเศร้า ส่วนใหญ่แก้ปัญหาโดยพึ่งพาการดื่มสุรา สารเสพติด และไม่รับประทานยา เพราะรู้สึกไม่สุขสบาย ตัวแข็ง ซึม ง่วง จนทำให้เป็นวงจรอุบาทว์ที่ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ ๆ สำหรับคนในครอบครัวส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่อหน่ายพฤติกรรมผู้ป่วย กลัวถูกทำร้าย ไม่อยากให้ทำอะไร กลัวอาละวาด บางครอบครัวใช้วิธีล่ามโซ่ กักขังไว้หลังบ้านและที่สำคัญคือขาดความรู้ ความเข้าใจการจับสัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะคลุ้มคลั่ง ชุมชนบางแห่งพยายามขับไล่ผู้ป่วยออกไปอยู่ที่อื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายคนในครอบครัวจนเสียชีวิตและจุดไฟเผาบ้านในชุมชน กีดกันไม่ให้มาร่วมงานลงแขกต่าง ๆ[3]

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถือเป็นอาการแสดงทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น และชุมชนแวดล้อม[4] สำหรับจังหวัดระยอง พบว่าตั้งแต่ปี 2563-2565 มีผู้มารับบริการด้วยโรคทางจิตเวชที่โรงพยาบาลระยอง จำแนกเป็นรายกลุ่มโรคดังนี้ โรคทางจิตเวชที่มีภาวะฉุกเฉินหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำนวน 102, 96, 123 รายตามลำดับ ต้องนอนโรงพยาบาล 59, 55, 76 รายตามลำดับ โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด จำนวน 122, 107, 117 รายตามลำดับ ต้องนอนโรงพยาบาล 79, 86, 90 รายตามลำดับ และความผิดปกติทางอารมณ์ จำนวน 36, 25, 51 รายตามลำดับ ต้องนอนโรงพยาบาล 17, 11, 30 ราย ตามลำดับ[5]

ในด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดระยอง ผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยโรคทางกายและจิตที่ใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนเท่ากับ 18,756,19,646 และ 19,313 ราย ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยฉุกเฉิน 19,646 ราย เป็นการแจ้งเหตุทางหมายเลขสายด่วน 1669 จำนวน 9,840 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.34 แจ้งผ่านหมายเลขอื่นเพื่อส่งเข้าระบบ 1669 เป็นลำดับที่สอง (Second Call) จำนวน 3,201 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.38 หมายเลขอื่น ๆ จำนวน 205 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.05 วิทยุสื่อสาร จำนวน 6,268 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.07 อื่น ๆ จำนวน

29 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 และไม่ระบุวิธีการแจ้งเหตุ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.01 ในการดูแลรักษามีผู้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.06 และเสียชีวิตระหว่างนำส่ง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.02 และเสียชีวิตทันที ณ ที่เกิดเหตุ โดยไม่ได้รับการรักษา จำนวน 185 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.95[6] จากประชากรทั้งหมด 747,267 ราย[7] จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 2.63 ของประชากรทั้งหมด ในส่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ซึ่งเป็นลักษณะกลุ่มอาการนำที่ 13 Criteria Based Dispatch (CBD-13) จังหวัดระยองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนเท่ากับ 95,111 และ 76 ราย ตามลำดับ[8] เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง ครอบครัวและชุมชนจะร้องขอความช่วยเหลือจากตำรวจ อาสาสมัครมูลนิธิ ผู้นำชุมชนหรือหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินใกล้ที่เกิดเหตุ ที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน การตอบสนองจึงขึ้นอยู่กับ ทักษะและประสบการณ์ของผู้ให้การช่วยเหลือ ประกอบกับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต สถานพยาบาลในจังหวัดระยองไม่สามารถรองรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ บางครั้งปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษา การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ได้แก่ ตำรวจ (191) และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (1669) รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนา เพื่อช่วยให้ญาติผู้ป่วยและชุมชนมีความมั่นใจว่ามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในเวลาวิกฤตที่ต้องการ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง เป็นการศึกษาสถานการณ์ ระดมสมองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวทางในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดระยอง ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ป้องกันไม่ให้สถานการณ์เลวร้าย และบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงหรือทุกข์ทรมานลง แก้ไขปัญหาที่พบและเพื่อพัฒนางานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตให้ครอบคลุม เท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ จนสามารถกลับมาเป็นประชาชนที่เป็นกำลังในการพัฒนาประเทศต่อไปได้

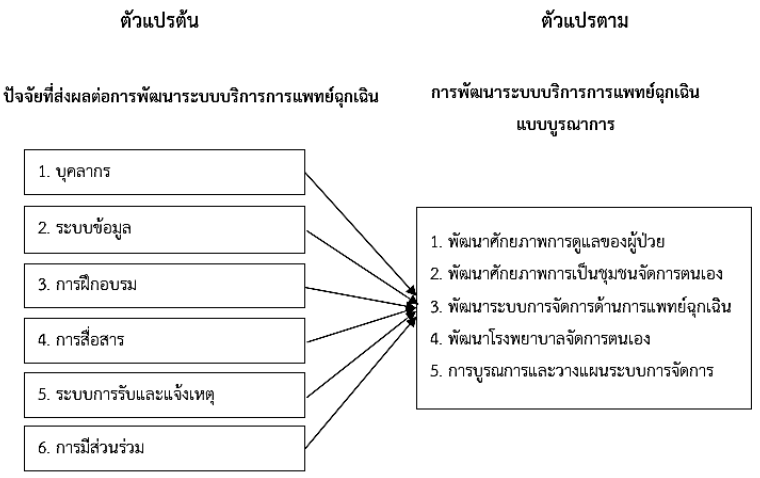
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง
4. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการกับเอกสาร งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการและนักการศึกษา[9-15] จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการสัมภาษณ์พบว่า การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่หนึ่ง คือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคลากร 2) ปัจจัยด้านระบบข้อมูล 3) ปัจจัยด้านการฝึกอบรม 4) ปัจจัยด้านการสื่อสาร 5) ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ 6) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม และองค์ประกอบที่สอง ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วย 2) พัฒนาศักยภาพ

การเป็นชุมชนจัดการตนเอง 3) พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 4) พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง และ 5) การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ กรอบแนวคิดการวิจัย แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) โดยการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ มีวิธีดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

1) ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข

2) กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสุขภาพ ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง มี 8 อำเภอ อำเภอละ 10 คน รวมจำนวน 80 คน จากผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ให้ข้อมูลหลักและวัตถุประสงค์การวิจัยมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสุขภาพ ตำรวจ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ระดับอำเภอที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ และมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉินและตัวแทนนักวิชาการด้านสุขภาพจิต ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินหรือด้านสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดระยองเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 9 คน

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

1) ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดระยอง 747,267 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดระยอง โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามตารางของทาโรยามาเน[16] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) คำนวณสัดส่วนตามอำเภอ แล้วดำเนินการสุ่มอย่างง่าย ดังนี้ อำเภอเมือง 154 คน อำเภอแกลง 70 คน อำเภอปลวกแดง 41 คน อำเภอบ้านฉาง 41 คน อำเภอบ้านค่าย 37 คน อำเภอนิคมพัฒนา 30 คน อำเภอวังจันทร์ 14 คน และอำเภอเขาชะเมา 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้วิจัย และแบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง (Structured interview guide) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกภาคสนามนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (Verbatim) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตามแนวคิดของ Patton[17] เนื้อหาเกี่ยวกับ สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อคำถามในการสนทนากลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ตรวจความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แก้ไขปรับเปลี่ยน ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการนำมาใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่พัฒนาเองจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 49 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 38 ข้อ

แบบสอบถามตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบสอบถามตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีความหมายดังนี้ 1=น้อยที่สุด, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=มาก และ 5=มากที่สุด เกณฑ์การพิจารณาการจัดระดับค่าเฉลี่ยซึ่งมีคะแนนเต็ม = 5 ระดับช่วงคะแนน 1.00-1.80 = น้อยที่สุด, 1.81-2.60 = น้อย, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 3.41-4.20 = มาก และ 4.21-5.00 = มากที่สุด

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ (Index of items objective congruence: IOC) แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ทำให้ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.91

2. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่อำเภอราชสาสน์ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน

3. นำแบบสอบถามซึ่งไปทดลองใช้ในอำเภอราชสาสน์ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค[18] ซึ่งค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิธีสนทนากลุ่ม ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและจดบันทึก

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ โดยผู้วิจัยจัดเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการ ดำเนินการนัดหมายขอสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 10 คน ใช้เวลาคนละ 30 นาที จนครบทุกอำเภอ โดยในขณะสัมภาษณ์จะมีการปรับข้อคำถามเพื่อความชัดเจน ตามบริบทและสีหน้า อารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้ทักษะสัมภาษณ์เชิงลึก คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีระยะพักข้อละ 2 นาทีเพื่อป้องกันการเกิดความเครียด หลังการสัมภาษณ์เสร็จแสดงความขอบคุณ

3. การสังเกตและการจดบันทึก ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างขณะสัมภาษณ์ และหลังจากการสังเกตผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลควบคู่ไปด้วย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Rigor criteria) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันจากหลายแหล่ง (Data Triangulation) เช่น รายงาน สื่อออนไลน์ ข่าวท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และมีการบันทึกสะท้อนความคิด (Reflexive note) หลังการเก็บข้อมูลเพื่อบันทึกแนวคิด ความเชื่อตามข้อมูล และความเชื่อมโยงที่พบในการเก็บข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ครบถ้วนและถูกต้อง จากนั้นนำมาสนทนากลุ่มเพื่อสรุปและประเมินแนวทางการพัฒนา[19]

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาตามกรอบแนวคิด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative analysis) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะตีความ กำหนดรหัสข้อมูล จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยสกัดเนื้อหาสาระจากการสื่อความหมายของผู้ให้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สามเส้า (Data triangulation) พิสูจน์ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาตามเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ และใช้วิธีการแปลความและตีความหมายของข้อมูล (Interpret) แล้วสร้างมโนทัศน์ขึ้น โดยเทียบเคียงกับทฤษฎี และผลงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วตามแนวทางการศึกษาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Strauss and Corbin[20] วิเคราะห์หาองค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ เพื่อเป็นการหาแนวทางในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ มีขั้นตอน ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ดำเนินการ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ

2) วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระดับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยภาพรวมและรายด้าน

4) การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยใช้วิธี stepwise

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างการศึกษาวิจัยนี้เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่เอกสารรับรอง COA No. 20/2565 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า สภาพสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้น คือ มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1-2 รายต่อเดือน ส่วนใหญ่มีอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ทำลายข้าวของ โดยผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้แจ้งมาที่โรงพยาบาลและส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้ควบคุมตัวมาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสุขภาพจิตที่มีความก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น มีสาเหตุมาจากการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบ ซึ่งส่วนใหญ่ครอบครัวหรือญาติดูแลควบคุมไม่ได้ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจเต็มใจช่วยฝึกบุคลากรอาสาสมัครกู้ชีพ กู้ภัย ให้สามารถช่วยรับมือผู้ป่วยจิตเวชได้ จิตแพทย์มีไม่ครบทุกโรงพยาบาล แต่มีการจัดการให้มีการหมุนเวียนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นลักษณะเดือนเว้นเดือนหรือทุกสองเดือน ซึ่งนานไปสำหรับการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช ที่ไม่อาจคาดเดาได้ว่าจะเกิดเรื่องช่วงไหน ซึ่งในแต่ละส่วนที่รับผิดชอบก็จะทำงานและช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังกันอย่างเต็มที่ อีกทั้งผู้ปฏิบัติการมีประสบการณ์และสามารถแนะนำผู้ปฏิบัติใหม่ได้อย่างดี มีการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ก้าวร้าวหลังจากทำให้สงบแล้วไปโรงพยาบาลระยอง ส่วนใหญ่โรงพยาบาลระยองจะไม่รับเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีแต่ก่อนเคยรับกรณีที่วุ่นวาย แต่ในปัจจุบันไม่รับมักจะให้ไปที่โรงพยาบาลระยองตามระบบก่อน ส่วนโรงพยาบาลจิตเวช จังหวัดสระแก้วที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 จะรับผู้ป่วยสุขภาพจิตที่ผ่านจากโรงพยาบาลระยองเท่านั้น จะไม่รับผู้ป่วยกรณีจิตเวชวุ่นวายที่ส่งตรงจากโรงพยาบาลอื่นในพื้นที่ที่ไม่ผ่านโรงพยาบาลระยอง

ผู้ให้ข้อมูลกล่าว *"ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีเดือนละประมาณ 1-2 ราย มาโดยชุมชน กู้ภัยแจ้งมา ตำรวจแจ้งมา ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ควบคุมตัวมา จะไม่ค่อยเจอในกรณีที่ผู้ป่วยมาเอง (Walk in) มีบ้างที่ผู้ป่วยมาเอง (Walk in) มาขอการรักษา บางทีมีญาติโทรมาปรึกษาว่า ผู้ป่วยเริ่มก้าวร้าว จะทำร้ายคนอื่น ส่วนใหญ่จะเจอในรายจิตเวชที่ไม่รับประทานยา ขาดยา จะแนะนำญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อน รับประทานให้ต่อเนื่อง ถ้าญาติเอาไม่อยู่จะบอกให้ญาติโทรแจ้ง 191 หรือ 1669 เพื่อนำผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน ที่นี่เรามีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลระยองออกให้บริการที่คลีนิคเดือนเว้นเดือน"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems01)

ผู้ให้ข้อมูลอีกท่านที่กล่าว *"ส่วนใหญ่ที่เจอเป็นรายที่ค่อนข้างรุนแรง พ่อ-แม่เอาไม่อยู่ เจอรายหนัก ๆ ส่วนใหญ่เกี่ยวกับยาเสพติด เสพมากแล้วก็หลอน เดือนละประมาณ 1 ราย ก็จะมีแจ้งมาจากทางตำรวจบ้างหรือประชาชนแจ้งมาทางกู้ภัยบ้าง"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems02)

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง พบว่า ปัญหาการรักษาผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวในโรงพยาบาลที่ไม่มีจิตแพทย์และต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับจังหวัดนั้น ต้องเป็นไปตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่กำหนดในระดับจังหวัดและระดับเขต การรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือหยุดยาเอง ทำให้ขาดยาและเกิดอาการคลุ้มคลั่ง ปัญหาคนเร่ร่อน ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

ผู้ให้ข้อมูลกล่าว *"ปัญหาในการส่งต่อ ปัจจุบันโรงพยาบาลแกลงไม่สามารถส่งต่อ (refer) ไป โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้เลยทุกกรณี ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลระยองก่อน ทั้งที่เมื่อก่อนส่งต่อได้"* ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า (ผู้ให้ข้อมูล Ems03)

ผู้ให้ข้อมูลกล่าว *"เจอในรายจิตเวชที่ไม่รับประทานยา ขาดยา จะแนะนำญาติให้ ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนให้ต่อเนื่อง ถ้าญาติเอาไม่อยู่จะบอกให้ญาติ โทรแจ้ง 191 หรือ 1669"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems04)

แนวทางแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง พบว่า โรงพยาบาลต้องพร้อมด้านบุคลากรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พบว่าจิตแพทย์ยังมีน้อย ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยจิตเวชอาการรุนแรง ก้าวร้าว อาละวาดได้ครบทุกโรงพยาบาล การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องขอความร่วมมือจากทุกฝ่าย ไม่ว่าเป็นแพทย์ พยาบาล ครอบครัว หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ต้องร่วมด้วยช่วยกัน รวมไปถึงการวางแผน พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่โรงพยาบาลเครือข่ายให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ยาจิตเวชขั้นพื้นฐานต้องพร้อมใช้รักษาอาการฉุกเฉินทางสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทุกแห่งแม้ไม่มีจิตแพทย์ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ใส่ใจจัดการในชุมชนได้ มีความพร้อมและมีแผนการดำเนินการ คอยสอดส่องดูแลช่วยเหลือกัน เมื่อประสบปัญหา ปรับปรุงระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินอยู่อย่างสม่ำเสมอ และตามกฎหมายผู้เสพยาถือว่าเป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต้องรับมาบำบัดด้วย และหน่วยงานที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการนั้น เรียกได้ว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ได้แก่ หน่วยงานคุมประพฤติ งานยาเสพติดและสุขภาพจิตของโรงพยาบาล ครอบครัว ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เจ้าหน้าที่ด้านการปกครองในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และตำรวจ ต้องร่วมมือกัน หรือมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ดีที่สุด

ผู้ให้ข้อมูลกล่าว *"แนวทางในการแก้ปัญหาคือ การทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา ปัจจุบัน โรงพยาบาลไม่มีจิตแพทย์ ทำให้ไม่มียาจิตเวชบางตัวด้วย วางแผนไว้จะให้จิตแพทย์มาทุกเดือน แต่ไม่รู้ว่าจะได้หรือป่าว เพราะจิตแพทย์มีน้อยและต้องไปหมุนเวียนที่ โรงพยาบาลบ้านฉางด้วย ตอนนี้ทาง โรงพยาบาลมีส่งแพทย์ไปเรียนเฉพาะทางด้านจิตเวช 2 ท่านซึ่งจะจบกลับมาปี 2569* (ผู้ให้ข้อมูล Ems05)

ผู้ให้ข้อมูลอีกท่านกล่าว *"ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เป็นเจ้าหน้าที่ด้านการปกครองในพื้นที่ก็ต้องร่วมด้วยช่วยกันดูแลประชาชนอยู่แล้ว ไม่ว่าเรื่องอะไร"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems06)

และมีผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า *"ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วม กรณี รับผู้ป่วยไว้นอนที่โรงพยาบาลต้องมีญาติ"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems07)

2. องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ได้จากการสังเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึกบูรณาการกับเอกสารงานวิจัยที่สังเคราะห์อีกครั้งจากนักวิชาการ นักศึกษา ทำให้ได้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบไปด้วย บุคลากร ระบบข้อมูล การฝึกอบรม การสื่อสาร ระบบการรับและแจ้งเหตุ และการมีส่วนร่วม

2.2 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง เป็นการส่งเสริม สนับสนุน ปรับปรุงระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการให้ดียิ่งขึ้น อันประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง และการบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ

ผู้ให้ข้อมูลกล่าว *"เพื่อให้มีความรู้เพิ่มขึ้นตามสภาวะการเปลี่ยนแปลงของสังคม หรือทบทวนความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์ฉุกเฉิน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือประชาชนที่สนใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในกรณีเมื่อตนเองประสบเหตุการณ์ฉุกเฉิน ควรมีการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems08)

ผู้ให้ข้อมูลอีกท่านหนึ่งกล่าว *"ปัจจัยที่จะทำให้สำเร็จของการอบรมยุทธวิธี การปกป้องสิทธิ์ของทีมกู้ภัย ให้มีอำนาจในการควบคุมระดับนึงโดยส่วนใหญ่กู้ภัยไปถึงที่เกิดเหตุก่อน และแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจให้มา ปัญหาตรงนั้นที่มันเกิดมากมายอาจจะได้รับการทำร้าย และเป็นผู้ที่ได้รับความกดดันจากญาติและประชาชนโดยรอบอยากให้มีการอบรมยุทธวิธี ให้ดำเนินการได้แทนเจ้าหน้าที่ก่อน ส่วนในเรื่องการเคลื่อนย้ายก็ไปเข้าระบบของสาธารณสุขผ่าน 1669"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems09)

ผู้ให้ข้อมูลอีกท่านหนึ่งกล่าว *"ข้อมูลของเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งเมื่อมีการแจ้งเหตุข้อมูลที่ได้รับได้มีการจดบันทึก และมีการสื่อสารที่ถูกต้องไปยังผู้ปฏิบัติการ ในการประสานความร่วมมือให้ความช่วยเหลือและเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนในการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ดังนั้นการสื่อสารก็ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งเช่นกัน"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems01)

ผู้ให้ข้อมูลอีกท่านหนึ่งกล่าว *"สิ่งสำคัญอีกอย่างคือ เราต้องเป็นคนใจกว้างยอมรับฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น ในการพัฒนาระบบงานให้ดียิ่งขึ้น เพราะมีบางคนพอเราพูดแนะนำไปก็ไม่พอใจก็มี อีกทั้งผู้ปฏิบัติการมีประสบการณ์ในการทำงาน ยังสามารถแนะนำผู้ปฏิบัติใหม่ได้อย่างดีด้วย"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems10)

ผู้ให้ข้อมูลอีกท่านกล่าว *"ระบบการรับและแจ้งเหตุ ส่วนใหญ่กู้ภัยรับแจ้งจากทางตำรวจ ทางญาติก็มี ทางโรงพยาบาลก็มี มีหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่จะจากตำรวจขอกำลังถ้ามีคลุ้มคลั่งนะคะ จะขอกำลังให้ช่วยจับ ช่วยล็อค ถ้าชาวบ้านแจ้งมากู้ภัยก็จะแจ้งตำรวจและประสานกับโรงพยาบาลด้วยค่ะ ถ้าเกิดโรงพยาบาลเป็นฝ่ายได้รับแจ้งจากญาติจะประสานตำรวจก่อนและกู้ภัยก็จะออกตรวจสอบเหตุด้วยค่ะ"* (ผู้ให้ข้อมูล Ems05)

2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษา/ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ

2. ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ปัจจัยด้านระบบข้อมูล รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการฝึกอบรม ปัจจัยด้านการสื่อสาร และปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ ส่วนปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านบุคลากร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในภาพรวม (n=400)

ข้อ	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
1.	ปัจจัยด้านบุคลากร	3.98	0.78	มาก	6
2.	ปัจจัยด้านระบบข้อมูล	4.11	0.79	มาก	1
3	ปัจจัยด้านการฝึกอบรม	4.01	0.81	มาก	3
4	ปัจจัยด้านการสื่อสาร	4.00	0.79	มาก	4
5	ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้ง	3.99	0.81	มาก	5
6	ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม	4.03	0.80	มาก	2
	รวม	**4.02**	**0.80**	**มาก**	

3. ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง รองลงมา คือ การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ พัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วย ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับสุดท้าย คือ พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และพัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ ทั้ง 5 ด้าน (n=400)

ข้อ	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับ
1.	พัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วย	4.02	0.82	มาก	3
2.	พัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง	4.04	0.84	มาก	1
3	พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	4.00	0.80	มาก	4
4	พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง	4.00	0.80	มาก	4
5	การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ	4.03	0.80	มาก	2
	รวม	**4.02**	**0.81**	**มาก**	

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคลากร ระบบข้อมูล การฝึกอบรม การสื่อสาร ระบบการรับและแจ้งเหตุ และการมีส่วนร่วม ที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการด้านพัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เรียงตามลำดับ ดังนี้ ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านระบบข้อมูล ปัจจัยด้านการฝึกอบรมและปัจจัยด้านการสื่อสาร ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ (n=400)

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	Y
บุคลากร (X_1)	1.00						
ระบบข้อมูล (X_2)	.269**	1.00					
การฝึกอบรม (X_3)	.565**	.215**	1.00				
การสื่อสาร (X_4)	.400**	.262**	.332**	1.00			
ระบบการรับและแจ้งเหตุ (X_5)	.510**	.338**	.412**	.244**	1.00		
การมีส่วนร่วม (X_6)	.450**	.354**	.318**	.240**	.844**	1.00	
การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ **(Y)**	.491**	.383**	.359**	.288**	.880**	.873**	1.00

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ การมีส่วนร่วม การสื่อสาร และระบบข้อมูล ที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการสื่อสาร และปัจจัยด้านระบบข้อมูล สามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ได้ร้อยละ 84.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุส่งผลมากที่สุด โดยปัจจัยด้านบุคลากร และด้านการฝึกอบรม ไม่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง

Model	*b*	*S.E.b*	β	*t*	*Sig*
ค่าคงที่ (Constant)	1.267	.100		12.692	.000***
ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ	.309	.024	.484	12.829	.000***
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม	.279	.024	.434	11.448	.000***
ปัจจัยด้านการสื่อสาร	.057	.023	.052	2.447	.05*
ปัจจัยด้านระบบข้อมูล	.039	.017	.052	2.350	.05*
$R = .916$, $R^2 = .840$, $S.E._{est} = .11781$, $F = 518.150$					

*p<.05, ***p<.001

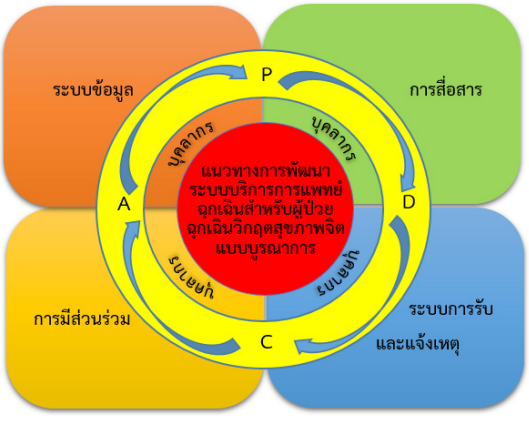
6. แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการจังหวัดระยอง

ผลการจัดสนทนากลุ่ม พบว่า ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้ยืนยันว่าเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพด้วยวงจรบริหารงานคุณภาพ (PDCA) ในทุกขั้นตอน ทุกทีมงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น โดยบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการช่วยเหลือ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง และการขับเคลื่อนด้วยบุคลากรทุกคนและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงสามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในสถานการณ์จริงได้

กลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 กล่าว *"จากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอแนวทางทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยองนั้น เป็นแนวทางที่ดี เพราะสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินนั้น คือ ระบบการรับและแจ้งเหตุที่มีประสิทธิภาพแล้วบุคลากร ณ จุดนั้นต้องมีความเข้าใจและประสานงานกับหน่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องด้วย นอกจากนี้ยังมีระบบข้อมูลที่ถูกต้องในการติดตามตรวจสอบ ซึ่งก็ต้องอาศัยการสื่อสารที่ดี ก็มีความสำคัญและยังมีทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องอาศัยกระบวนการ PDCA ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ถือว่าเป็นความคิดที่ดี"* (ผู้ให้ข้อมูล QP01)

กลุ่มตัวอย่างคนที่ 2 กล่าว *"ผมเห็นด้วย น่าเสียดายว่าจากที่ผู้วิจัยนำเสนอนั้นปัจจัยบุคลากร และการอบรมไม่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ แต่จริง ๆ แล้วทุกขั้นตอนก็มีบุคลากรเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งนั้น เป็นไปได้ไหม ว่าให้เพิ่มคำว่า "บุคลากร" ในช่องว่างระหว่างวงสีแดงกับวงสีเหลืองทั้งสี่สีเลย"* (ผู้ให้ข้อมูล QP09)

กลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 กล่าว *"ผมว่าก็ไม่เสียหายอะไรน่ะ ความหมายของแนวทางการพัฒนาก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงอะไร ผมก็เห็นด้วยนะ เพราะทุกขั้นตอนก็ต้องอาศัยบุคลากรอยู่แล้ว"* (ผู้ให้ข้อมูล QP03)



ภาพที่ 2 แสดงแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบบูรณาการจังหวัดระยอง

การอภิปรายผล

1. สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า สภาพสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวน 1-2 รายต่อเดือน โดยผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือกู้ภัยแจ้งมา เจ้าหน้าที่ตำรวจ

แจ้งมา ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ตำรวจจะควบคุมตัวมา ปัญหาผู้ป่วยมีความก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น ต้องรับประทานยา แต่บางรายไม่รับประทานยา ทำให้อาการกำเริบ โรงพยาบาลต้องพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะบุคลากรทางด้านจิตแพทย์ยังมีน้อยไม่สามารถรองรับผู้ป่วยจิตเวช จึงต้องร่วมมือกัน หรือมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ดีที่สุด สอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[21] กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ แต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ เข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเกิดความคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น ทำลายข้าวของ ได้แก่ โรคจิตเภท ติดแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า ติดสารเสพติด และพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[22] กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง เมื่อขาดยา ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีการใช้ สุราสารเสพติด ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บางรายก่อเหตุรุนแรง สะเทือนขวัญเกิดการสูญเสีย ญาติหรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย โกรธ หรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาไม่ยอมรับการเจ็บป่วยไม่มารักษาตามนัด หรือบางราย ขาดจากระบบการรักษา กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ[23] กล่าวว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ผ่านมาเหมือนกับการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วย จิตเวชทั่วไป กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ผู้ที่ไม่มีคดี) 4 แนวทาง ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงแบบผู้ป่วยนอก 2) การติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง กรณีผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล จิตเวช 3) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง แบบผู้ป่วยในและการติดตามหลังจำหน่ายสู่ชุมชน 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน

2. องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการจังหวัดระยอง ได้จากการสังเคราะห์การสัมภาษณ์บูรณาการกับเอกสารงานวิจัยที่สังเคราะห์อีกครั้งจากนักวิชาการ นักศึกษา ทำให้ได้ (1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อันประกอบไปด้วย บุคลากร ระบบข้อมูล การฝึกอบรม การสื่อสาร ระบบการรับและแจ้งเหตุ และการมีส่วนร่วม (2) การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง เป็นการส่งเสริม สนับสนุน ปรับปรุงระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการให้ดียิ่งขึ้น อันประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วย การเป็นชุมชนจัดการตนเอง ระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจัดการตนเอง และการบูรณการและวางแผนระบบการจัดการ

2.1 ระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ระบบข้อมูล การมีส่วนร่วม การฝึกอบรม การสื่อสาร ระบบการรับและแจ้งเหตุ และบุคลากร โดยผลรวมปัจจัยทั้ง 6 ด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ โพธิยอด[24] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อตอบโต้ต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จังหวัดลำพูน โดยผลรวมปัจจัยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับเกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม[25] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตรฐานความปกติใหม่ในจังหวัดเชียงราย พบว่า โดยผลรวมปัจจัยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

2.2 ระดับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง การพัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ ทั้ง 5 ด้านในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับวันเพ็ญ โพธิยอด[24] ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อตอบโต้ต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จังหวัดลำพูน โดยผลรวมปัจจัยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

3. ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านระบบข้อมูล

ปัจจัยด้านการฝึกอบรม และปัจจัยด้านการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับไตรเทพ โดษะนันท์[26] ได้ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ของผู้ปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยจูงใจในด้านต่าง ๆ ดี จะทำให้การปฏิบัติการดีขึ้น จะผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาทำให้บรรลุจุดหมายที่ต้องการ เมื่อแรงจูงใจมีความเหมาะสมกับความต้องการของบุคคลจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพของงานเพิ่มมากขึ้น ก็จะส่งผลถึงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไปด้วย

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการสื่อสาร และปัจจัยด้านระบบข้อมูล สามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ได้ร้อยละ 84.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งปัจจัยด้านระบบการรับและแจ้งเหตุส่งผลมากที่สุด สอดคล้องกับเกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม[25] ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตรฐานความปกติใหม่ในจังหวัด เชียงราย พบว่า ปัจจัย 8 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และเพศหญิง ปัจจัยด้านองค์การ ได้แก่ การวางแผนองค์การ การรายงาน การจัดการด้านสารสนเทศ การสื่อสาร การจัดการงบประมาณ และการสนับสนุน โดยทั้ง 8 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายคะแนนการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตรฐานความปกติใหม่ได้ร้อยละ 65.60 ซึ่งเป็นเรื่องที่ศึกษาคล้ายคลึงกัน และมีบางปัจจัยที่เหมือนกัน คือ ปัจจัยด้านบุคคล การจัดการด้านสารสนเทศ การสื่อสาร

5. แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ผลการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) พบว่า แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง ประกอบด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้แก่ ด้านระบบข้อมูล การสื่อสาร ระบบการรับและแจ้งเหตุ และการมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ ประกอบด้วย การ พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง และการบูรณการและวางแผนระบบการจัดการ มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพด้วยกระบวนการ PDCA ในทุกขั้นตอนทุกทีมงาน นั่นคือ บุคลากรทุกภาคส่วน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้นำกระบวนการ PDCA อย่างจริงจัง ร่วมกันวางแผนการบริหารจัดการ การดำเนินการไม่ว่าจะเป็นการวางระบบข้อมูล การสื่อสาร ระบบการรับและแจ้งเหตุ และระดมการมีส่วนร่วมทุกฝ่ายรวมถึงภาคประชาชน ร่วมตรวจสอบ ประเมินผลตามสภาพจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง นำมาใช้ในการปรับปรุงอย่างมีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่มีทุกขั้นตอน สามารถปรังปรุงระบบกลไกการทำงานให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการช่วยเหลือ เป็นผู้นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ จังหวัดระยอง และเป็นผู้การขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในครั้งนี้ได้ลงพื้นที่เข้าถึงชุมชน สร้างมาตรการชุมชนโดยชุมชนในระยะเฝ้าระวังก่อนมีอาการคลั่ง ในขณะที่มีอาการคลุ้มคลั่งมีการบูรณาการเชื่อมรอยต่อระหว่างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ผ่านหมายเลขสายด่วน 1669 และเหตุด่วน-เหตุร้าย หมายเลขสายด่วน 191 และภายหลังกลับจากการรักษาแล้วต้องมีกระบวนการในการคืนผู้ป่วยสู่ชุมชน ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1) เป็นข้อมูลสำหรับ ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ในข้อสังเกตว่าค่าเฉลี่ยของทุกปัจจัยใกล้เคียงกันมาก มีความแตกต่างกันเล็กน้อย แสดงว่าทุกปัจจัย

มีความสำคัญต่อองค์ประกอบในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ด้านบุคลากรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในอันดับสุดท้าย ดังนั้น ควรเน้นการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความเชี่ยวชาญและการตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกกรณีได้ในระดับที่น่าพอใจ รวมไปถึงการพัฒนาตนเองในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ เมื่อปฏิบัติงานแล้วสามารถตัดสินใจได้ว่า มีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่ามีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจ ให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุนก็ยังปฏิบัติได้ดีในระดับหนึ่ง หรือโทรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแทนก็อาจไม่ทันการณ์ก็ได้ อีกทั้งควรให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในครอบครัวของตนเองและในชุมชน

2) เป็นข้อมูลสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานที่กำหนดและครอบคลุมทุกพื้นที่ ในด้านการพัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง ควรมีบุคลากรวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านจิตแพทย์ต่อการรองรับผู้ป่วย

3) เป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดนโยบายที่ให้ความสำคัญในการส่งเสริมกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ให้ก้าวไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนาการจัดการด้านระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เชื่อมต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะคลุ้มคลั่ง เพื่อการเป็นชุมชนจัดการตนเอง

2) ควรศึกษารูปแบบการจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตกลับคืนสู่ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบยืนยันแนวทางฯ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ และขอขอบคุณทุก ๆ ท่านที่มีส่วนเกี่ยวทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

References

1. National Institute for Emergency Medicine. Guidelines for Compliance with Criteria and Methods for Separating Emergency Patients and Prioritizing Care at the Emergency Room According to the Criteria of the PDRC. Set. 3rded. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine, Thailand; 2015. (In Thai).
2. Sirisamutr T, Wachiradilok P, Somton A. A Model for Developing of Mental Crisis Emergency Patients through Integration of Emergency Medical Service. Journal of Health Science 2019;28(2Suppl):S157-71. (In Thai).
3. Wachiradilok P. A Mental Crisis Emergency Patient Support under an Integrated Emergency Medical Service System in the Area. Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2022;2(1):77-89. (In Thai).
4. National Institute of Emergency Medicine Guidelines for caring for emergency patients with mental health crisis without Joints and integration in the area. Bangkok: National Institute of Emergency Medicine. 2020. (In Thai).
5. Surabenjawong J. Mental Health Promotion Project for Psychiatric and Narcotic Personnel in Muang District, Rayong Province. On December 20, 2022 at Golden City Hotel, Muang District, Rayong Province; 2022. (copy). (In Thai).
6. National Institute for Emergency epicene. Emergency Medicine Statistics Report [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 02]. Available from: https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/ (In Thai).

7. Rayong Provincial Public Health Office. Central Population Statistics 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 02]. Available from: https://rayonghealth.com/web/stat.php (In Thai).
8. National Institute for Emergency epicene. Emergency Medicine Statistics Report [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 17]. Available from: https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/ (In Thai).
9. Wangsri K. The EMS system in Thailand. The 29th academic conference of the year 2013; 69-73. (In Thai).
10. National Institute for Emergency Medicine. National Emergency Medicine Principle No. 3.1 B.E. 2562-2564. 2rd ed. Nonthaburi: Ultimate Printing Co., Ltd; 2019. (In Thai).
11. Chaipian N. Factors related to the use of emergency medical services for acute critically patients and emergency patients in a hospital. Journal of Nursing and Health Research 2021;22(1):52-66. (In Thai).
12. Maichan A. The Factors affecting performance efficiency among employees in machine installed production line, Songkhla Province. [Thesis the Degree of Master of Business Administration]. Songkla: Songkla University; 2017. (In Thai).
13. Khansakorn N, Silawan T, Rawiwarakul T, Kittipichai W, Laothong U. The Study on Emergency Medical Service for The Elderly. Faculty of Public Health Mahidol University; 2016. (In Thai).
14. Kaewmeesri R, Hanphajonsuk T, Suchima N, Fankhaai W, Jaita S, Katui P, et al. Development model of the emergency medical services integrated spatial for the elderly vulnerable groups in the of community context under the semi-urban, Semi-rural society. Nonthaburi: National Institute of Emergency Medicine; 2017. (In Thai).
15. Kreethong W. The Development of Patient Referral Management System for Professional Nurses at Emergency Department in a Tertiary Level Hospital under the Medical Service Department in Bangkok Metropolitan Administration. [Thesis for the Master of Nursing Science Program]. Nakhon Pathom: Christian University; 2015. (In Thai).
16. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rded. Harper & Row Ltd.: New York; 1973.
17. Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 2nded. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
18. Cronbach LJ. Essential of psychological testing 5th ed. New York: Harper Collins; 1990.
19. Chantawanich S. Data analysis in qualitative research. 9th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009.
20. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 1998.
21. National Institute for Emergency Medicine. Operation manual Emergency medical service system for Mental health emergency patients Integrated in the area. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Department of Mental Health, Thailand; 2019. (In Thai).
22. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Handbook of care systems for psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus Company Limited, Thailand; 2020. (In Thai).
23. Pholsen K. Wachiradilok P. Sirisawan T. Duangthipsirikul S. Kumnuerrk N. The situation and the factors that affect the use of emergency medical services at the emergency department of patient emergency in Thailand. Nonthaburi: National Institute of Emergency Medicine; 2016. (In Thai).

24. Phothiyot W. Factors Affecting the Organization of Emergency Medical Services in Response to the Coronavirus Disease 2019 Epidemic Situation of the Basic Medical Operations Unit, Lamphun Province. Journal of Emergency Medical Services of Thailand. 2022; 2(2): 114-25. (In Thai).
25. Pintatham K. Factors Affecting Emergency Medical Service Operations according to the New Normal Standards in Chiang Rai Province. CHIANGRAI MEDICAL JOURNA 2022; 14(3): 57-70. (In Thai).
26. Dosanant T. Medical Emergency Practices according to Medical Emergency Act, 2551 B.E. of Operators in Pathumthani Provice Area. Public Health & Health Laws Journal 2016; 2(1): 31-43. (In Thai).

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e261620

การเปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมกับแบบใหม่ในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ณาตยา ขนุนทอง พย.ม.*
อรนิต สุวินทรากร พย.ม.**
ชนินทร์นาถ แวงดงบัง พย.บ.***

(วันรับบทความ: 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมและแบบใหม่ต่อความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติฯตามหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ Rosswurm & Larrabee ระยะที่ 2 นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงและประเมินผล ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566 ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ มีค่า 0.98 และหาคุณภาพโดยใช้เครื่องมือ AGREE II มีคุณภาพโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 76.67 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 60 รายต่อกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลผลการใช้แนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก และ Independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวไม่แตกต่างกัน (p>.05) กลุ่มทดลองมีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และมีโอกาสเกิดความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 4.50 เท่า (95%CI=1.66-12.23) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีคุณภาพและนำไปใช้ได้จริง ข้อเสนอแนะควรทำการศึกษาการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคที่สำคัญ หรือทำการศึกษาในกลุ่มช่วงอายุแต่ละช่วง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

*หัวหน้าพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
***พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม1 โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
*,***ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: nattayajon55@gmail.com Tel: 083-4471159

A Comparison of Weaning Success Rate between Conventional and New Weaning Nursing Practice Guidelines in Patients Receiving an Invasive Mechanical Ventilator at Chaophrayayommarat Hospital

Nattaya Khanunthong M.N.S.*
Oranit Suwintharakorn M.N.S.**
Chaninnat Waengdongbung B.N.S.***

(Received Date: February 9, 2023, Revised Date: February 27, 2023, Accepted Date: February 27, 2023)

Abstract

This action research aims to: 1) develop the weaning guideline based on empirical evidence; and 2) study the effect of adopting of the standard and new-developed weaning guideline on successful rate of ventilator weaning. The research was divided into two phases: phase 1: the development of the guideline using the evidence-based conceptual development framework of Rosswurm & Larrabee, phase 2: implementation between December 2022 and January 2023. The content validity index examined by five experts was 0.98, and then the quality determined by five experts using the AGREE II tool, showed the overall quality as of 76.67%. The sample were 120 patients being on a ventilator for more than 24 hours, divided into control and experimental groups, 60 cases per group. The instruments consist of the new ventilation weaning guideline developed by the researcher, the patient's information record form, and the guideline implementation data record form. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Logistic regression and independent sample t-test.

The results showed that there were no difference in age, sex, diagnosis, and causes of respiratory failure in the two groups of samples (p>.05). Compared to the standard guideline, the weaning successful rate in the experimental group using the new ventilator was statistically significantly higher (p<. 001) with higher possibility to be able to wean-off the ventilator 4.50 times (95%CI=1.66-12.23) higher. Moreover, the duration of ventilator use and the length of stay in the ward were reduced compared to the conventional method (p<.001). The findings of the study pointed out that the new weaning nursing practice guidelines that have been developed are of good quality and can be implemented and should be adopted to specific and critical group of patients or further study in different age group.

Keywords: Guidelines for weaning from ventilators, Ventilator, Successful weaning from ventilators

*Nursing Director, Nursing Department, Chaophrayayommrat Hospital
**Registered Nurse (Senior Professional Level), Head nurse of Orthopedic ward, Chaophrayayommrat Hospital
***Registered Nurse (Practitioner Level), Intermediate care unit I, Chaophrayayommarat Hospital.
*,***Corresponding author, Email: nattayajon55@gmail.com Tel: 083-4471159

บทนำ

เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต และยังช่วยลดระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit: ICU)[1] ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 95[2] มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการบำบัดรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้อย่างเหมาะสม การหายใจล้มเหลวแบ่งออกเป็น 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) ภาวะการหายใจล้มเหลวชนิดที่ออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxic respiratory failure) 2) ภาวะการหายใจล้มเหลวชนิดที่มีการระบายอากาศล้มเหลว หรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (Hypercapnic respiratory failure) 3) ภาวะการหายใจล้มเหลวที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด (Perioperative respiratory failure) และ 4) ภาวะการหายใจล้มเหลวที่สัมพันธ์กับภาวะช็อก (Hypoperfusion state: Shock)[3] ภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระบบหายใจให้ทำงานได้ปกติ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ลดพลังงานที่ใช้ในการหายใจและการทำงานของหัวใจลง[4]

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เปิดให้บริการหอผู้ป่วยหนักจำนวน 7 แห่ง ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 มีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2,497 และ 2,509 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วย COVID-19 ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2564 จำนวน 110 ราย[5] เมื่อสาเหตุของการหายใจล้มเหลวได้รับการแก้ไขและระบบหายใจทำงานเป็นปกติ แพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็วที่สุดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจได้เองและหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจได้ จากสถิติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ปี พ.ศ. 2563 และ 2564 พบว่า ความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 49.26 และ 48.11 ตามลำดับ ผลกระทบของการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia: VAP) ภาวะกล้ามเนื้อที่กระบังลมเสียหน้าที่จากเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-induce diaphragm dysfunction: VIDD) เป็นต้น[6] ด้านจิตใจ ได้แก่ ความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล กลัว เครียด[7] และการสื่อสารลำบาก[8] ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การใช้ทรัพยากรในการดูแล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล[9]

จากสถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 คิดเป็นร้อยละ 2.48, 2.92 และ 3.07 ต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ[10] นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ทำให้ไม่สามารถหมุนเวียนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยใหม่ที่ต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจให้เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องการใช้เตียงของหอผู้ป่วยหนักได้ จากการทบทวนปัญหาในกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จพบว่าเกิดจาก 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การวินิจฉัยโรค ชนิดของภาวะหายใจล้มเหลว และความวิตกกังวล 2) ปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล พบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน มีผลต่อการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย[11] การเฝ้าระวัง และการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้อง พยาบาลจบใหม่อาจขาดความมั่นใจในการเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ ต้องรอคำสั่งแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ ทำให้เกิดความล่าช้าในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพร้อมหย่าเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ กระบวนการติดตามผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจด้วยแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมที่กลุ่มการพยาบาลพัฒนาในปี พ.ศ.2552 นำมาใช้และมีการพัฒนาแนวทางในการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจากแพทย์ระบบทางเดินหายใจ หอผู้ป่วยหนักในแต่ละแห่งได้พัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจใช้เองทำให้พบปัญหาความไม่ทันสมัยของแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติมีความหลากหลาย กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ไม่เป็นระบบและขาดการมีส่วนร่วมของวิชาชีพ ส่งผลให้ทิศทางในการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน สิ่งที่สำคัญคือ พยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติเนื่องจากเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดเวลาจนกว่าจะยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจและบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย คือพยาบาล เพราะเป็นผู้ที่เฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยตลอดเวลาและเป็นผู้ที่สังเกตเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดจนให้

ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นบุคคลแรก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีองค์ความรู้ และมีสมรรถนะอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต[12] อีกทั้งในหลาย ๆ ประเทศ พยาบาลมีการสร้างแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจนำสู่การปฏิบัติการพยาบาล[13]

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm & Larrabee[14] และแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ เพื่อเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้พยาบาลมีกระบวนการในการพยาบาลและเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพเกิดความปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดค่าใช้จ่าย และสามารถหมุนเวียนเตียงให้เพียงพอสำหรับรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
2. เพื่อศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย

สมมติฐานงานวิจัย

1. แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ขึ้นมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ได้
2. ผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่มีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม
3. ผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม
4. ผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm & Larrabee[14] แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการ 2) การเชื่อมโยงปัญหาและผลลัพธ์ของการปฏิบัติ 3) การสังเคราะห์แนวปฏิบัติการดูแลฉบับร่าง 4) การออกแบบการทดลองใช้แนวปฏิบัติร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ 5) การนำไปปฏิบัติและประเมินผล 6) การบูรณาการและรักษาให้การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัตินั้นยั่งยืน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ระยะที่ 2) ระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงและประเมินผล โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มเปรียบเทียบวัดผลหลังการทดลองระหว่าง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม จำนวน 60 ราย และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ จำนวน 60 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

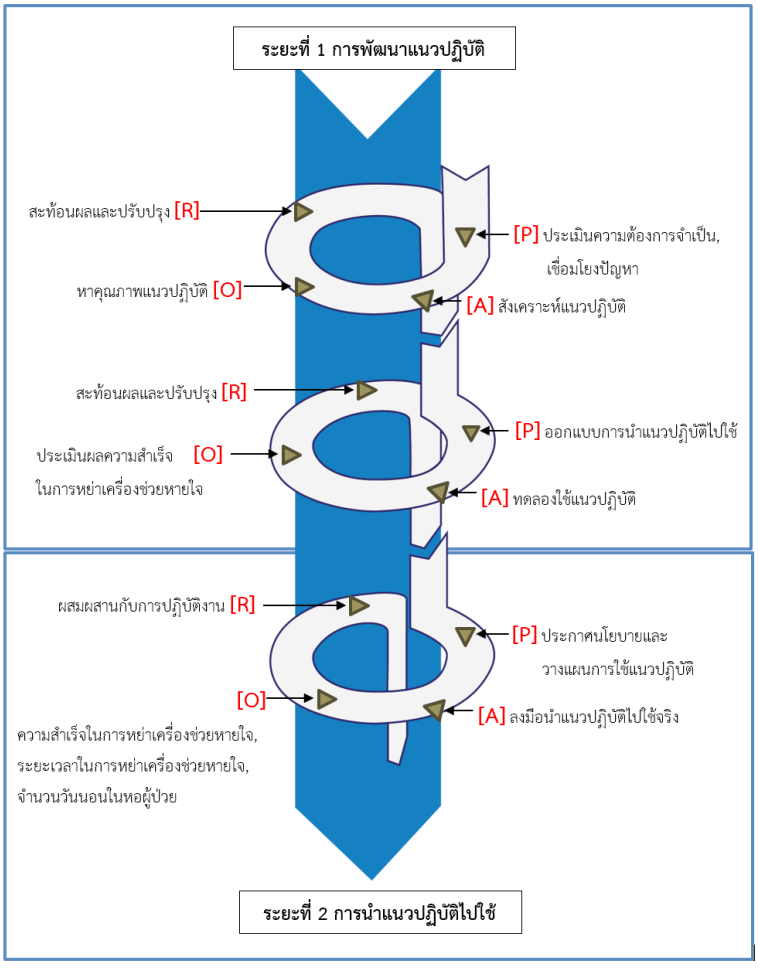
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ได้นวัตกรรมในการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนการหย่า ระยะหย่า และระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาของ Rosswum & Larrabee[14] แนวคิดนี้เน้นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกระบวนการพยาบาลและการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ทั้งมีการนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ทำให้ผู้รับบริการปลอดภัย โดยความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[15] มีความมุ่งหมายที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพ โดยนำงานที่ปฏิบัติมาวิเคราะห์หาสาระสำคัญของสาเหตุที่เป็นปัญหา จากนั้นนำแนวคิดทฤษฎีและประสบการณ์ในงานที่ผ่านมา นำมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการในการแก้ปัญหาดังกล่าว แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan: P) 2) การปฏิบัติการ (Act: A) 3)การสังเกต (Observe: O) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect: R) โดยการวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบการดำเนินการวิจัย (Research framework)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินความต้องการจำเป็น 2) เชื่อมโยงปัญหาและผลลัพธ์ของการปฏิบัติ โดยกำหนดผลลัพธ์ คือ ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยลดลง 3) สังเคราะห์แนวปฏิบัติฉบับร่าง 4) ออกแบบเพื่อนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 10 รายที่ ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ระยะที่ 2 ระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) นำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลโดยการทำวิจัยกึ่งทดลองแบ่ง 2 กลุ่ม แบบไม่สุ่ม เปรียบเทียบวัดผลหลังการทดลอง 2) ผสมผสานเข้ากับการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ทั้ง 7 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 24 ชั่วโมง ใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร two independent proportions จาก Application n4 studies[16] จากงานวิจัยของศิริพร วงศ์จันทรมณี[17] ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มควบคุม ร้อยละ 63.33 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.67 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม (กลุ่มควบคุม) จำนวน 60 ราย และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ (กลุ่มทดลอง) จำนวน 60 ราย รวมเป็น 120 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566 (60 วัน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติฯ ฉบับร่างซึ่งประกอบด้วย ระยะก่อนหย่า ระยะหย่า และระยะหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

เครื่องมือวิจัยระยะที่ 2 ระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผลการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก 3 ท่าน โดยมีค่า 0.98 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปหาคุณภาพโดยใช้เครื่องมือ AGREE II[18] ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประเมินคุณภาพรายหมวด ได้แก่ หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ร้อยละ 76.34 หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร้อยละ 82.22 หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำหมวดร้อยละ 75.42 หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอร้อยละ 74.44 หมวด 5 การนำไปใช้ร้อยละ 72.50 และหมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการร้อยละ 71.67 การประเมินในภาพรวม พบว่า แนวปฏิบัติมีคุณภาพโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 76.67

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช หมายเลข YM029/2565 ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกตัวให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและญาติลงนามยินยอม กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวให้ญาติโดยชอบด้วยกฎหมายเป็นผู้ลงนามให้ความยินยอม โดยการให้ความร่วมมือเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยและญาติ ผู้เข้าร่วมวิจัยและญาติสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการพยาบาลที่ได้รับ และมีสิทธิออกจากการวิจัยได้ ข้อมูลที่ในการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

1) ประเมินความต้องการจำเป็น โดยทีมผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยนำวิธีการปฏิบัติเดิมมาทบทวนและระดมสมอง

2) เชื่อมโยงปัญหาและกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับการนิเทศทางคลินิกและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3) สังเคราะห์แนวปฏิบัติฉบับร่าง โดยสืบค้นแหล่งข้อมูล ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จากตำรา วารสารทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ งานวิจัยและฐานข้อมูลอิเลคโทรนิกส์ โดยจัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลักฐานวิชาการจากสถาบัน The Joanna Briggs Institute[19] ได้หลักฐานทางวิชาการจำนวน 25 เรื่อง พบว่า มีหลักฐานวิชาการ ระดับ 1b 1 เรื่อง ระดับ 2a 1 เรื่อง ระดับ 2c 13 เรื่อง ระดับ 2d 1 เรื่อง ระดับ 3a 1 เรื่อง ระดับ 3c 1 เรื่อง ระดับ 4a 1 เรื่อง ระดับ 4b 3 เรื่อง ระดับ 4d 1 เรื่อง และระดับ 5b 2 เรื่อง รายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ระยะก่อนหย่า ระยะหย่า และระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจง่าย อธิบายขั้นตอนอย่างชัดเจน

4) การนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ไปทดลองใช้และปรับปรุง ประกอบด้วย

4.1) การนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ฉบับร่าง) ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจกับ patient care team (PCT) อายุรกรรม เพื่อขอความร่วมมือการปฏิบัติในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน

4.2) การเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจัดการอบรมให้แก่พยาบาลทุกคน ที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักทั้ง 7 แห่ง พยาบาลจะต้องผ่านการประเมินความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือในการประเมิน และขั้นตอนในการปฏิบัติตามข้อกำหนดของการอบรม และประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยตั้งเกณฑ์มีความรู้มากกว่าร้อยละ 80 รวมทั้งมีการฝึกฝนทักษะการปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ซึ่งมีคณะผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้าเวรนิเทศติดตามข้างเตียง ประเมินความยากง่ายและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้

4.3) นิเทศ ติดตามการทดลองใช้ สะท้อนการปฏิบัติและให้นำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

4.4) จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพิ่มเติมแก่ทีมการดูแล โดยมีการนำเสนอกรณีศึกษาเพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เสนอแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วย และประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจฉบับใหม่ ร่วมกับการนำเสนอสโมสรวารสาร (Journal club) สลับกับการทบทวนประเด็นสำคัญ (Topic review) เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ทีมการดูแลมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติ และเกิดทัศนคติที่ดีในการนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย

4.5) ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดย สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลหลังนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่าพยาบาลทั้งหมดเห็นว่า “ทุกกิจกรรม สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ เนื่องจากมีแนวปฏิบัติและแผนการดูแลที่ชัดเจน” โดยมีข้อเสนอด้านเครื่องมือ ประเมินด้านความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อลดความซ้ำซ้อน รวมทั้งให้กำหนดช่วงเวลาในการประเมินให้ชัดเจน จึงมีการปรับเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 ระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย

1) นำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผล โดยผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมก่อน เมื่อเสร็จแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ เพื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรภายนอกต่าง ๆ

2) ผสมผสานเข้ากับการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง โดยประกาศใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (ผู้ใหญ่) ทุกแห่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ วิธีแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และข้อมูลความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก เปรียบเทียบระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย ด้วย Independent sample t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย

1.1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นการประเมินความพร้อมผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยประเมินตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ประเมินเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ประเมินผู้ป่วยช่วงเวรเช้า 8.00-9.00 น. เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยต้องผ่านทุกข้อการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจึงจะพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1) การความประเมินพร้อมทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการของโรคที่ต้องทำให้ใส่เครื่องช่วยหายใจดีขึ้น ผู้ป่วยตื่นดี มีแรงไอ สังเกตขณะดูดเสมหะ ไม่ใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต หรืออยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ และไม่มีภาวะ Acute MI, PEEP≤ 5 cm H2O , FiO2 จากเครื่อง ≤ 0.5, SpO2 > 90% , PaO2/FiO2 > 150 ปริมาตรหายใจเข้าและออกใน 1 นาที > 5 ml/kg หรือ < 10 ml/kg ระบบไหลเวียนโลหิต SBP ≥ 90 mmHg, ≤ 140 mmHg, HR < 140 /min, RR < 35 /min ไม่มีภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย(Electrolyte imbalance) Na, K, Mg, Ca ปกติ ไม่มีภาวะซีด Hb ≥ 7 g/dl ไม่มีการใช้ยากดการหายใจและระบบไหลเวียนเลือด และไม่มีภาวะไข้

1.1.2) การประเมินทางด้านจิตใจ ถ้าผู้ป่วยมีความกลัว วิตกกังวลและเจ็บปวด จะทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น ดังนั้น การลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวด จะช่วยลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย โดยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) คือ ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ

1.3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) โดยเลือกวิธีการทดลองให้ผู้ป่วยหายใจเอง หากผู้ป่วยมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจแล้วจะเข้าสู่การทดลองให้ผู้ป่วยหายใจเอง วิธีที่นิยม ได้แก่

1.3.1) การให้ฝึกหายใจเองจนกว่าจะหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ (Spontaneous breathing trial: SBT) เช่น หายใจเองทาง T-piece (T-piece trial) หรือวิธีการให้ความดันบวกต่อเนื่องขณะหายใจออก (Continuous Positive Airway Pressure: CPAP trial)

1.3.2) วิธีการช่วยหายใจทั่วไปในการปรับลดผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น วิธีให้ความดันสนับสนุน (Pressure support ventilator: PSV) วิธีการลดจำนวนครั้งของการหายใจจากเครื่องเป็นระยะร่วมกับ PSV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation: SIMV + PSV)

1.3.3) วิธีการช่วยหายใจแบบใหม่ ในการปรับลดในผู้ป่วยกลุ่มปรับลดยาก เช่น การใช้ความดันและปริมาตรควบคุมการหายใจ เช่น Volume support และ Volume assured pressure

2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยสังเกตอาการขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ อัตราการหายใจ ≤ 35 ครั้ง/นาที อย่างน้อย 5 นาที หรือไม่เพิ่มลดจากพื้นฐานเดิม 10 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ ≤ 140 ครั้ง/นาที หรือไม่เพิ่มลดจากพื้นฐานเดิม 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic ≤ 180 หรือ ≥ 90 mmHg หรือไม่เพิ่มลดจากพื้นฐานเดิม 30 mmHg

ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ≥ 90% หรือ PaO2 ≥ 60 mmHg ไม่มีอาการเหงื่อออก ไม่ตัวเย็นเขียว (Cyanosis) ไม่กระสับกระส่ายผุดลุกผุดนั่งวิตกกังวล และระดับความรู้สึกตัว (Level of conscious) คงเดิม

3) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจได้ด้วยตนเองภายหลังการถอดเครื่องช่วยหายใจ อาจถอดท่อช่วยหายใจออกได้หรือยังได้รับออกซิเจนผ่านข้อต่อตัวทีนานเกิน 2 ชั่วโมง และไม่กลับมาใช้เครื่องช่วยหายใจอีกภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งหมายถึง การหย่าเครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จ มีขั้นตอนดังนี้

3.1) ประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ได้แก่ สามารถไอได้ดีหลังดูดเสมหะ ต้องการการดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งใน 2 ชั่วโมง และการประเมินภาวะกล่องเสียงและสายเสียงบวมได้ผลบวก (Cuff leak test positive)

3.2) ข้อปฏิบัติก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ได้แก่ งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ดูดเสมหะในช่องปากและในท่อช่วยหายใจให้หมด ถ้ามีคำสั่งแพทย์ให้พ่นยาขยายหลอดลม พ่น 15 นาทีก่อนถอดท่อช่วยหายใจ เตรียมออกซิเจน Mask with Bag หรือ High Flow Nasal Cannula จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งศีรษะสูง 30-60 องศา (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ถอดท่อช่วยหายใจออกในขณะที่ผู้ป่วยหายใจเข้า สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ทุก 5,15,30 นาที และ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 2-4 ชั่วโมง หลังจากถอดท่อช่วยหายใจงดน้ำและอาหารต่ออย่างน้อย 4 ชั่วโมง

3.3) บันทึกความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย

2. ผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3) ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบเดิมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่ มีคุณลักษณะด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ (n=120)

ข้อมูล	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบเดิม (n=60)	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่ (n=60)	p-value
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	
อายุ	68.93 (S.D.=14.28) (ต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 98 ปี)	62.25 (S.D.=16.16) (ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 94 ปี)	0.350
เพศ			
หญิง	28 46.7	27 45.0	1.000
ชาย	32 53.3	33 55.0	
การวินิจฉัยโรค			
1. โรคระบบทางเดินหายใจ	25 41.7	32 53.3	0.430
2. โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	19 31.7	16 26.7	
3. โรคติดเชื้อในกระแสเลือด	16 26.7	12 20.0	
สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว			
1. Hypoxic respiratory failure	57 95.0	51 85.0	0.179
2.Hypercapnic respiratory failure	1 1.7	2 3.3	
3. Hypoperfusion state (Shock)	2 3.3	7 11.7	

ส่วนที่ 2 ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่มีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มที่ใช้

แนวปฏิบัติฯ แบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่มีโอกาสเกิดความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบเดิม 4.50 เท่า (95%CI=1.66-12.23) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่

ข้อมูลความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบเดิม (n=60)		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่ (n=60)		Odds Ratio	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สำเร็จ	40	66.7	54	90.0	4.50	1.66-12.23	.000
ไม่สำเร็จ	20	33.3	6	10.0			

p < .001

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent sample t-test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่ มีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) แสดงดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent sample t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่ มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่

ข้อมูล	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบเดิม (n=40)				กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ แบบใหม่ (n=54)				t	p-value
	Min	Max	$\bar{x}$	SD	Min	Max	$\bar{x}$	SD		
ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (ชั่วโมง)	14	576	170.48	116.70	18	192	72.33	32.64	5.887	.000
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย (วัน)	2	29	9.83	5.64	1	10	4.20	1.81	6.872	.000

p < .001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัย ได้ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและนำไปใช้ได้จริง ผลการวิจัยพบว่าจากการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ โดยใช้ AGREE II พบว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพรายหมวดและโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 76.67 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 60 จึงถือว่ามีคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนามีความรัดกุม รอบคอบ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน มาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้พยาบาลมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะที่ 2 ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และระยะที่ 3 ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจนี้ทำให้มีแนวทางที่ชัดเจน การปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความครอบคลุม ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นไปตามข้อเสนอแนะของการสร้างแนวปฏิบัติ ที่เน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด เน้นการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติของนักวิจัยหลายท่านที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และทำให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จมากขึ้น

2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้นาน 2 ชั่วโมง ได้รับการประเมินอาการก่อนถอดท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยไม่กลับมาใช้เครื่องช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง การหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 90.0 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีโอกาสเกิดความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม 4.50 เท่า (95%CI=1.66-12.23)

จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช วรรณกูล[20] ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.8 เป็น 44.2 เช่นเดียวกับการศึกษาของธารทิพย์ วิเศษธาร และคณะ[21] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์แนวคิดด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีอัตราร้อยละ 92.86

นอกจากนี้ จุฑารัตน์ บางแสง และคณะ[22] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54 เป็นร้อยละ 98.7 และจากการวิเคราะห์อภิมานประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจของสุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์ และคณะ[23] พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้รับการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีความพร้อมจะได้รับการเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังติดตามและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ และไม่กลับมาใช้เครื่องช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ส่งผลระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยลง จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม มีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 170.48 ชั่วโมง กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 72.33 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ บางแสง และคณะ[22] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่า จำนวนวันเฉลี่ยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก 28.5 วัน เป็น 18.5 วัน นอกจากนี้ สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์ และคณะ[23] ได้วิเคราะห์ อภิมานประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลการวิเคราะห์ พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=6.41, p<.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Danckers et al.[24] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยพยาบาลเปรียบเทียบกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยแพทย์ พบว่า ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยโปรแกรมของพยาบาลน้อยกว่าการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม (p = .001)

4. การหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้ ส่งผลให้สามารถหมุนเวียนเตียงให้เพียงพอสำหรับรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจได้ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยเฉลี่ย 9.83 วัน กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยเฉลี่ย 4.20 วัน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบใหม่ มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช วรรณกูล[20] ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลพัทลุง ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจทำให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 12 วัน เป็น 8.6 วัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์ และคณะ[23] ได้วิเคราะห์อภิมานประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนที่ใช้ในหอผู้ป่วยน้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=8.08, p<.001) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยพยาบาล ICU เปรียบเทียบกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยแพทย์ของ Danckers et al.[24] ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาวันนอนใน ICU โดยโปรแกรมของพยาบาลน้อยกว่าการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบปกติโดยแพทย์ (p = .001)

สรุปการวิจัย

การนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้พยาบาลมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพเกิดความปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดค่าใช้จ่าย และสามารถหมุนเวียนเตียงให้เพียงพอสำหรับรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจได้

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
2. เผยแพร่ผลงานให้กับหน่วยงานอื่นที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจของหน่วยงานอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอก หรือช่องท้อง เป็นต้น
2. ควรทำการศึกษาการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ เช่น เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติ ขอบคุณ อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักทุกแห่ง รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Penuelas O, Keough E, Lopez-Rodriguez L, Carriedo D, Gonçalves G, Barreiro E, et al. Ventilator-induced diaphragm dysfunction: translational mechanisms lead to therapeutical alternatives in the critically ill. Intensive Care Med Exp. 2019;7:1-25.
2. Phanwan S, Thinhuatoey B, Panchuea C. Effects of a Weaning Protocol Implementation on Nurses' Knowledge and Satisfaction and Ventilator Days in Critically Ill Patients at ICU, Suratthani Hospital. 2014;28(4):829-838.
3. Wongsurakiat P. Acute Respiratory Distress Syndrome. Bangkok. Parbpim; 2018. (in Thai)
4. Metcalf AY, Stoller JK, Fry TD, Habermann M. Patterns and factors associated with respiratory care protocol use. Respir Care. 2015;60(5):636-43.
5. Chaophrayayommarat Hospital. Annual report 2021. (in Thai)
6. Edriss H, Whiting J, Nugent K. A ventilator-associated event in an intensive care unit patient with multiple comorbidities and prolonged mechanical ventilation. Gaziantep Med J. 2014;20(3):277-80.
7. Chen YJ, Jacobs WJ, Quan SF, Figueredo AJ, Davis AH. Psychophysiological determinants of repeated ventilator weaning failure: an explanatory model. Am J Crit Care. 2011;20(4):292-302.
8. Chaiweeradet M, Ua-Kit N, Oumtanee A. Experiences of being an adult patient receiving mechanical ventilator. Songklanagarind J Nurs. 2013;33(2):31-46. (in Thai)
9. Tantichatkul J, Kenthongdee W. The Clinical Nursing Practice Guideline for Weaning from Mechanical Ventilation: an Evidence Based Practice. Journal of Nursing Division 2013;40(3):56-69. (in Thai)
10. Infection control in hospital. Annual Report 2022. Infection prevention and control in Chaophraya yommarat Hospital; 2022. (in Thai)
11. Danckers M, Grosu H, Jean R, Cruz RB, Fidellaga A, Han Q, et al. Nurse-driven, protocol-directed weaning from mechanical ventilation improves clinical outcomes and is well accepted by intensive care unit physicians. J Crit Care. 2013;28(4):433-41.
12. Chiaranai C, Benjarak A, Kingsanthia K, Prommart S. Nursing Care of Critical Patients with Mechanical Ventilation: Self-care Theory and the Application of Nursing Systems Theory. Journal of Health and Nursing Education. 2022;28(1):1-12. (in Thai)
13. Tingsvik C. Weaning from mechanical ventilation-from the patient, next-of-kin and healthcare professionals' perspective. Jonkoping University. School of Health and Welfare; 2022.
14. Rosswurm MA, Larraree LH. A Model of Evidence-Based Practice. J Nurs Scholarship. 1999;31(4):317-22.
15. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Australia: Deakin University Press; 1988.
16. Bernard, R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbery: Thomson learning; 2000.
17. Wongchuntaramanee S. Effects of Using a Weaning Practice Guideline in Elderly Patients with Respiratory Failure at a Critical Care Unit, Sukhothai Hospital. Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020;7(1):1-15. (in Thai)
18. Institute of Medical Research & Technology Assessment. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II. [Internet]. 2013 [cited 2022 Dec 05]. Available from: http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf (in Thai)
19. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition. Australia: The Joanna Briggs Institute. 2014:88-91.

20. Wannakul A. Development of Clinical Practice Guideline for Weaning Protocol from Mechanical Ventilator in SICU Phatthalung Hospital. Krabi Medical Journal. 2018;1(2):1-11. (in Thai)
21. Wisettharn T, Pukkham K, Yodrabum S. The development of ventilator weaning model in critically ill surgical patients in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Thai J Cardio-Thorac Nurs. 2019;30(2):176-92. (in Thai)
22. Bangsang J, Pirunthong S, Niyomna U, Thamulras N, Sattham A. The Development of Weaning Protocol for Critically Ill Patients Receiving Mechanical Ventilator at Chaiyaphum Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2020;38(4):122-31. (in Thai)
23. Puttiwanit S, Puttiwanit N, Suwanwaha S. Practice Guideline for Weaning from Mechanical Ventilation: A Meta-Analysis. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021;8(3):159-72. (in Thai)
24. Danckers M, Grosu H, Jean R, Cruz RB, Fidellaga A, Han Q, et al. Nurse-driven, protocol-directed weaning from mechanical ventilation improves clinical outcomes and is well accepted by intensive care unit physicians. J Crit Care. 2013;28(4):433-41.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e261530

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ

ปาริชาต ญาตินิยม ปร.ด.*
สุวารี ทวนวิเศษกุล พย.ม.**
ปัณกรินทร์ หอยรัตน์ ส.ด.**

(วันรับบทความ: 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร จำนวน 384 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ความเข้าใจด้วย KR-20 ได้ 0.81 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ 0.92, 0.87, 0.82, 0.91, 0.84, และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนและการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ด้านความรู้ความเข้าใจ ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.07 ($\bar{x}$=15.81 S.D.=1.59) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{x}$=2.62 S.D.=0.34) การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสาร ($\bar{x}$=2.46 S.D.=0.35) ทักษะการสื่อสารข้อมูล ($\bar{x}$=2.74 S.D.=0.39) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x}$=2.67 S.D.=0.46) ทักษะการจัดการตนเอง ($\bar{x}$=2.80 S.D.=0.30) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($\bar{x}$=2.92 S.D.=0.08) ระดับมาก ความรอบรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p< .05$ (r_s=0.177) (r_s= 0.102) (x^2 = 12.9) ตามลำดับ การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความรอบรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูลและอาชีพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ผู้สูงอายุ

*อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
**อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: pyatniyom@yahoo.com Tel: 092-4289516

Relationship Between Health Literacy and Coronavirus Disease 2019 Infection Prevention Behaviors of Older People Living in Chaiyaphum Province

Parichat Yatniyom PhD*
Suwaree Tuanwisetkul M.N.S.**
Pankarin Hoyrat Dr.P.H.**

(Received Date: February 5, 2023, Revised Date: February 26, 2023, Accepted Date: February 27, 2023)

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the relationship between health literacy and the COVID-19 infection prevention behaviors of older people living in Chaiyaphum Province, Thailand. Convenience sampling was employed to recruit 384 older adults based on the estimation of a population mean formula for the sample size estimation. Data collection took place from January to April 2022. The research instruments were 1) the personal data record, 2) a set of six questionnaires about health literacy, and 3) the COVID-19 infection prevention behavior questionnaire. The reliability of the health knowledge and understanding of COVID-19 questionnaire was evaluated using KR-20 and got a score of 0.81. The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires regarding assessing information and services, getting media and information, communication skills, appropriate health decision making skills, health condition management skills, and COVID-19 infection prevention behaviors were revealed to be 0.92, 0.87, 0.82, 0.91, 0.84, 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficients, and Chi-square tests.

The results revealed that older people had a moderate level of health literacy regarding health knowledge and understanding of COVID-19 of 58.07% ($\bar{x}$=15.81 S.D.=1.59), high levels of health literacy related to assessing information and service ($\bar{x}$=4.06, S.D.=0.39), getting media and information ($\bar{x}$=2.46 S.D.=0.35), communication skills ($\bar{x}$=2.74, S.D.=0.39), making appropriate health decision skills ($\bar{x}$=2.67, S.D.=0.46), health condition management skills ($\bar{x}$=2.80, S.D.=0.30), and COVID-19 infection prevention behaviors ($\bar{x}$=2.92, S.D.=0.08). Health knowledge and understanding of COVID-19, communication skills and the occupation of older people as a personal factor had statistically significant positive relationships to COVID-19 infection prevention behaviors at $p < .05$ (r_s=0.177; r_s = 0.102, and x^2 = 12.9, respectively. These results indicate that health promotion programs for enhancing covid-19 infection prevention have to take into consideration the health knowledge and understanding of COVID-19, communication skills, and occupation of the targeted population.

Keywords: Health literacy, Prevention behavior, covid-19, Older people

---

*Lecturer, Adult and Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
**Lecturer, Community Nursing Department, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University
*Corresponding author, pyatniyom@yahoo.com Tel: 092-4289516

บทนำ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ร้ายแรงที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลก ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 คือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)[1] เริ่มระบาดครั้งแรก ในมณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เชื้อแพร่ผ่าน ฝอยละอองขนาดใหญ่ (Droplet) ผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อที่ไอหรือจามออกมา และการสัมผัสกับเชื้อของผู้ป่วยโดยตรง (Direct contact) ผ่านการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีไวรัสอยู่แล้วไปสัมผัสตวงตา จมูก หรือปากของตัวเอง ระยะฟักตัวของโรคนาน 7-14 วัน อาการทางคลินิก คือ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบและหายใจลำบาก กรณีที่รุนแรงมากอาจปอดอักเสบ ติดเชื้อโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงไตวาย จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ประเทศไทยเผชิญการระบาด 5 ระลอก ระลอกที่ 1 พร้อมกับประเทศจีนเป็นเชื้อสายพันธุ์อู่ฮั่น ระลอกที่ 2 เชื้อสายพันธุ์จีเอช (5H) แพร่ได้ง่ายกว่าทำให้เกิดการระบาดแทนที่สายพันธุ์อู่ฮั่น ระลอกที่ 3 ช่วงปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เชื้อสายพันธุ์อัลฟ่า (อังกฤษ) แพร่ระบาดรวดเร็วมากขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากการกลายพันธุ์บริเวณพื้นผิวของตัวไวรัส “โปรตีนหนาม” (Spike protein) ส่งผลให้ไวรัสสามารถจับกับเซลล์ของมนุษย์ได้ดีมากกว่าไวรัสตัวเก่า ระลอกที่ 4 สายพันธุ์เดลตา (อินเดีย) แพร่กระจายได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อัลฟา และระลอกที่ 5 เชื้อสายพันธุ์โอมิครอน ช่วงเมษายน พ.ศ. 2565 ลักษณะอาการไม่รุนแรงเท่าสายพันธุ์เดิมแต่การแพร่กระจายรวดเร็ว[2]

ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 และเจ็บป่วยรุนแรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เนื่องจากกระบวนการสูงอายุมีการเสื่อมถอยทั้งร่างกายทุกระบบ มีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ระบบภูมิคุ้มกันลดลงตามวัยโดยเฉพาะภูมิคุ้มกันด้านเซลล์ ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากขึ้น[3] ประกอบกับมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง หอบหืด ภาวะที่ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ[4] ข้อมูล ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสม 1,806,524 ราย เป็นผู้สูงอายุ 170,861 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.45 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น 60-64 ปี 57,750 ราย รองลงมาช่วงอายุ 65-69 ปี 42,398 ราย[5] มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมรวมทั้งสิ้น 26,788 ราย เป็นผู้สูงอายุถึง 930 ราย[6,7] สถานการณ์การติดเชื้อในจังหวัดชัยภูมิ ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 27,544 ราย เป็นผู้สูงอายุถึง 454 ราย เสียชีวิตสะสม 176 ราย เป็นผู้สูงอายุ 18 ราย[8]

การหยุดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ทำได้ด้วย 1) การสร้างให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่จากการรับวัคซีนมีการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค[9] แต่พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุถึง 2.2 ล้านคนยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มแรก และ 6 ล้านคนยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น[10] เพราะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับวัคซีน จึงต้องเร่งสร้างความเข้าใจของครอบครัวและผู้สูงอายุในการเข้ารับวัคซีนและแสวงหาแนวทางในการสร้างการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มนี้ 2) ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมตามแนวปฏิบัติมาตรการ DMHTT เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ติดเชื้อสู่บุคคลรอบข้างโดยการเว้นระยะห่าง (D: Distancing) จากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร การใส่หน้ากากอนามัย (M: Mask wearing) การหมั่นล้างมือบ่อย ๆ (H: Hand washing) ด้วยสบู่นาน 20 วินาทีหรือแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้น 70% ขึ้นไป ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ (T: Temperature) หากมีประวัติไปพื้นที่เสี่ยงควรรับการตรวจ โรคโควิด-19 และการสแกนแอปพลิเคชันไทยชนะทุกครั้ง (T: Thai Cha na) หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนแออัด พื้นที่เสี่ยง การอยู่บ้านเพื่อลดโอกาสในการออกไปสัมผัสเชื้อ รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่แบบ New normal เป็นต้น

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) เป็นการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น เช่น การไปรับวัคซีน การล้างมือบ่อย ๆ การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ การออกกำลังกาย จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค คือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส[11-14] และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)[13,14] องค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO) เริ่มให้ความสำคัญกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ และทักษะทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลเพื่อเข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศเพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูล

ความรู้และการจัดการบริการสุขภาพทำให้สามารถตัดสินใจ เลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพและใช้บริการสุขภาพตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self - Management Skill) 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) ทักษะเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดี[15,16]

การป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีการกลายพันธุ์ ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต้องติดตามข้อมูลข่าวสารที่ภาครัฐทำการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการป้องกันโรค การปฏิบัติตัวหากต้องอยู่ในหมู่บ้านที่มีการปิดพื้นที่เนื่องจากการระบาดหนัก การรับวัคซีนเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอย่างถูกต้อง แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่กล่าวถึง ทักษะของบุคคลด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะทางการรับรู้ การสื่อสาร การใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีความสอดรับกับการศึกษาเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดนำไปสู่การสร้างให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 แม้จะมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายงานวิจัย แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์บริบทในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจปัจจัยเบื้องต้นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำข้อมูลที่ได้สู่การหาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องต่อไป

คำถามการวิจัย

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิเป็นอย่างไร

2) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ หรือไม่อย่างไร

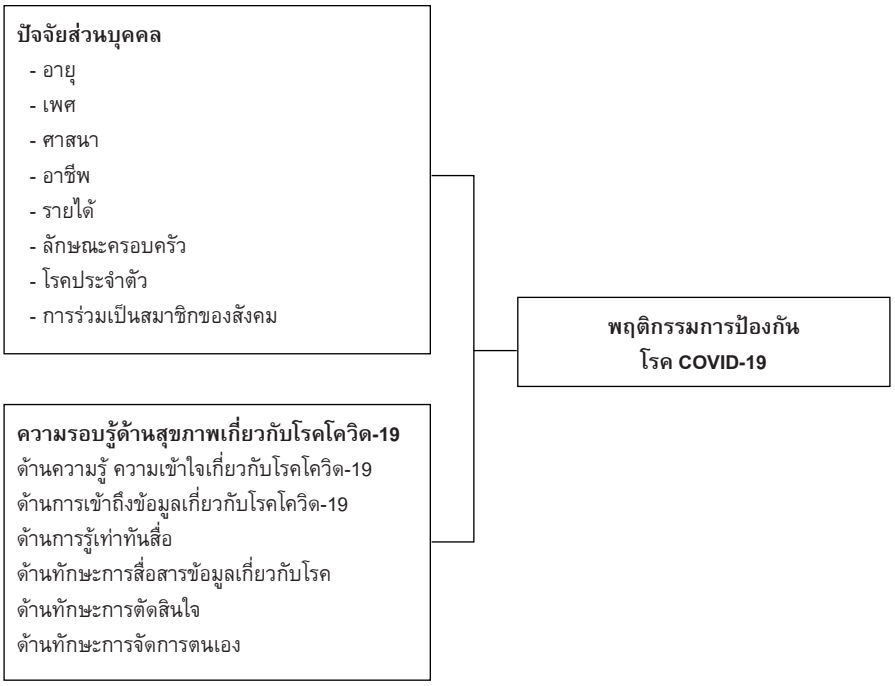
วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam[16] อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะทางการรับรู้และสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลเพื่อนำมาวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมไปถึงการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลป้องกันสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษานี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง 6) การรู้เท่าทันสื่อ[16] ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ[11-14] การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงนำปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรต้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 203,237 คน[5] กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก 1 อำเภอ และ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วยวิธีการจับฉลากและทำการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) แล้วนำมาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากรของ Khazanie[18] ได้ 384 คน คัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index : BADL) โดยต้องมีคะแนนอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) กลุ่มติดสังคม (มากกว่า 12 คะแนน) 2) สามารถสื่อสารเข้าใจตอบคำถามได้ 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล และหรือป่วยเป็นโรคโควิด-19 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามชนิดมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สถานการณ์ของการแพร่ระบาดโรคโควิด19 นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ เขตที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ลักษณะครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ เป็นการถามความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด19 แต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก ค่าคะแนน 0 และ 1 คือ ถูก ผิด ข้อ 1-7, 9-10, 12-20 ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อ 8,11 ตอบผิดได้ 1 คะแนน การแปลความหมายผลคะแนนความรู้ถูกต้อง

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16) คือ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 60 - 79 (คะแนนระหว่าง 13-15) คือ ระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12) คือ ระดับต่ำ[19]

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 12 ข้อ

ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 4 ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามด้านที่ 2-6 มี 3 ตัวเลือก ค่าคะแนน 1-3 คือ น้อย ปานกลาง มาก ตามลำดับ การแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.34 - 3.00 หมายถึง มาก ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.67 - 2.33 หมายถึง ปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.00 - 1.66 หมายถึง น้อย[20]

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ มี 3 ตัวเลือก 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง การแปลความหมายเช่นเดียวกับแบบสอบถามด้านที่ 2-6

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Objective Congruence: IOC) และความถูกต้องทางภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ จำนวน 1 ท่าน ค่าที่ได้เท่ากับ .90 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปทดลองประเมินกับผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลการประเมินด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่า Kuder-Richardson-20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.81 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้เท่ากับ 0.92 , 0.87, 0.82, 0.91, 0.84, 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว คัดเลือกพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าแนะนำตัวกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการคัดเลือก พร้อมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2) จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เกี่ยวกับหลักเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน แนวทางในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

3) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ดังนี้ การเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ผ่านการประสานจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเข้าพบกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีคุณสมบัติตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโครงการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้สูงอายุมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือการดำเนินชีวิตใด ๆ ทั้งสิ้น ขอเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย หากยินดีให้ลงนามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย สัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยใช้เวลาไม่เกิน 45 นาทีต่อคน

4) การเข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ให้ อสม.เป็นผู้ประสานเพื่อขอเข้าพบ คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หากสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอม และเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ ซึ่งได้ค่า Kolmogorov-Smirnov = 0.227 (< 0.05) จึงสรุปได้ว่าตัวแปรตามมีการแจกแจงไม่ใกล้เคียงกับโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS เวอร์ชั่นที่ 23 และไคสแควร์ (Chi-square)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่โครงการ HE 65-1-008 การประชุมครั้งที่ 5/2565 วันพฤหัสบดีที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลด้วยการลงนามด้วยความสมัครใจ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ไม่มีการระบุชื่อและลงรหัสแทนข้อมูล เก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 384)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			**ระดับการศึกษา**		
ชาย	159	41.41	ไม่ได้เรียนหนังสือ	30	1.56
หญิง	225	58.59	ประถมศึกษา	289	75.26
อายุ (ปี)			มัธยมศึกษา	69	17.97
60-69	297	77.34	อนุปริญญา/เทียบเท่า	8	2.08
70-79	58	15.10	ปริญญาตรีขึ้นไป	12	3.13
80-89	26	6.77	**รายได้**		
90 ปีขึ้นไป	3	0.78	ไม่มีรายได้	22	5.73
ศาสนา			1-1,500 บาท	40	10.42
พุทธ	383	99.74	1,501-3,000 บาท	56	14.58
อิสลาม	1	0.26	3,001-5,000 บาท	107	27.86
สัญชาติ			5,001-10,000 บาท	81	21.09
ไทย	384	100	10,001-15,000 บาท	41	10.68
สถานภาพสมรส			15,001-20,000 บาท	30	7.81
โสด	109	28.39	20,000 บาทขึ้นไป	7	1.82
คู่	205	53.39	**ลักษณะครอบครัว**		
หม้าย	61	15.89	พักอาศัยคนเดียว	71	18.49
หย่า	9	2.34	พักอยู่กับคู่สมรส 2 คน	148	38.54
อาชีพ			พักอยู่กับบุตรหลาน	151	39.32
เกษตรกรรม	193	50.26	อื่น ๆ	14	3.65
รับจ้างทั่วไป	103	26.82	**สิทธิการรักษา**		
ค้าขาย	11	2.86	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	377	98.18
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	77	20.05	ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	2	0.52
ประวัติการเจ็บป่วย			ประกันสังคม	5	1.30
ไม่มี	232	60.42	**ที่อยู่อาศัย**		
มี	152	39.58	ชุมชนนอกเขตเทศบาล	308	80.21
การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม			ชุมชนกึ่งเมือง/ในเขตเทศบาล	64	16.67
เป็นสมาชิก	325	84.64	ชุมชนเมือง/ในเขตเทศบาลเมือง	12	3.13
ไม่เป็นสมาชิก	59	15.36			

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.59) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี (ร้อยละ 77.34) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.26) สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.74) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.39) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 50.26) รายได้ 3,001 - 5,000 บาท (ร้อยละ 27.86) อาศัยในชุมชนนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 80.21) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.42) พักอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 39.32) มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 84.64) สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสุขภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 80.21)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ (n=384)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด19	15.81	1.59*	ระดับปานกลาง
ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	2.62	0.34	ระดับมาก
ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19	2.46	0.35	ระดับมาก
ด้านที่ 4 ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	2.67	0.46**	ระดับมาก
ด้านที่ 5 ทักษะด้านการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19	2.74	0.39	ระดับมาก
ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	2.80	0.30	ระดับมาก
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	2.92	0.08	ระดับมาก

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับมาก จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($\bar{x}$=2.62, S.D.=0.34) ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($\bar{x}$=2.46, S.D.=0.35) ด้านที่ 4 ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($\bar{x}$=2.74, S.D.=0.39) ด้านที่ 5 ทักษะด้านการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 ($\bar{x}$=2.67, S.D.= 0.46) ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($\bar{x}$=2.80, S.D.= 0.30) ส่วนด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.07 ($\bar{x}$=15.81 S.D.=1.59) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=2.92, S.D.=0.08)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ (n = 384)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ	
	X^2	p-value
ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด19	0.177	.000***
ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.011	.836
ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.013	.804
ด้านที่ 4 ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.102	.045*
ด้านที่ 5 ทักษะด้านการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19	0.069	.180
ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.059	.246

*p < .05 ***p <.001

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ (n = 384)

คุณลักษณะประชากร		ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19			X^2	p-value
		มาก	ปานกลาง	น้อย		
เพศ	ชาย	159 (41.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.71	0.59
	หญิง	224 (58.2%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)		
อายุ	60-69 ปี	297 (77.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.29	0.96
	70-79 ปี	58 (15.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	80-89 ปี	26 (6.8 %)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	90 ปีขึ้นไป	3 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	6 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.33	1.0
	ประถมศึกษา	288 (74.9%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)		
	มัธยมศึกษา	69 (18%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	อนุปริญญา	8 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ปริญญาตรีขึ้นไป	12 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
รายได้	ไม่มีรายได้	21 (5.2%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	11.65	0.07
	1-1,500 บาท	40 (10.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	1,501-3,000 บาท	56 (14.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	3,001-5,000 บาท	107 (27.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	5,001-10,000 บาท	81 (21.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	10,001-15,000 บาท	41 (10.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	15,001-20,000 บาท	30 (7.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	20,000 บาทขึ้นไป	7 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
ศาสนา	พุทธ	382 (99.5%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0.03	0.96
	อิสลาม	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
อาชีพ	เกษตรกรรม	193 (50.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12.91	0.01
	รับจ้าง	103 (26.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ค้าขาย	11 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	72 (18.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	อื่น ๆ	4 (1.0%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)		
ลักษณะครอบครัว	พักอยู่คนเดียว	70 (18.3%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	4.75	0.22
	พักกับคู่สมรส 2 คน	148 (38.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	พักกับบุตร-หลาน	151 (39.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	อื่น ๆ	14 (3.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
การมีโรคประจำตัว	ไม่มี	232 (60.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1.52	0.40
	มี	151 (39.4%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)		
การเป็นสมาชิกทางสังคม	เป็นสมาชิก	324 (84.6%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0.18	0.67
	ไม่เป็นสมาชิก	59 (15.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = 0.177, p < .001) (r_s = 0.102, p < .05) ตามลำดับ ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านการรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทักษะการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 และทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าปัจจัยด้านอาชีพ (x^2 = 12.9) p < .05 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4)

การอภิปรายผล

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสาร ด้านทักษะด้านการตัดสินใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ[21] อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้จากแหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพหลายแหล่ง เช่น จากสื่อโทรทัศน์ การบอกต่อ การแจ้งข่าวสารจากเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน การรณรงค์จาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. และสมาชิกครอบครัว ซึ่งข้อมูลจากหลายแหล่งมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเลือกและตัดสินใจเชื่อได้อย่างมีเหตุมีผล แม้ข้อมูลจากโทรทัศน์หรือปากต่อปากอาจนำมาซึ่งความกลัวตื่นตระหนกตกใจ แต่ข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขและการเข้าถึงชุมชนเชิงรุกโดย อสม. มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันสื่อได้ดีสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา[22,23] นำไปสู่ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ดี สำหรับด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับหลายการศึกษา[21,24] อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.26) มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งคุณลักษณะทั่วไปโดยเฉพาะด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ[24] เพราะส่งผลให้ขาดทักษะโอกาสในการแสวงหาความรู้จึงไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสม[25] ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับหลายการศึกษา[21,24,26] อาจเป็นผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน จากการรณรงค์ของภาครัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความเข้มแข็งของชุมชนหมู่บ้านโดยเฉพาะผู้นำชุมชน การให้บริการเชิงรุกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค มาตรการป้องกันการแพร่ระบาด การรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดผู้เสียชีวิต ผู้ที่หายกลับบ้าน การสัมผัสประสบการณ์ตรงจากความเจ็บป่วย และกลุ่มวัยผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มที่ภาครัฐมุ่งเน้นในการดูแล จึงนำมาสู่การมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ดีมาก แม้จะมีความรู้ในระดับปานกลาง

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านความรู้ความเข้าใจและด้านทักษะการสื่อสารข้อมูล และปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s =0.177, p<.001) (r_s =0.102, p<.05) (X^2 = 12.9, p < .05) ตามลำดับ หมายถึงบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ดี มีทักษะการสื่อสารข้อมูลที่ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง[21,24,27,28] ผลการศึกษาช่วยยืนยันว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แม้จากข้อค้นพบจะพบเพียง 2 ด้านที่มีความสัมพันธ์เท่านั้น อาจเนื่องจากด้านความรู้และด้านทักษะการสื่อสารข้อมูล เป็นด้านที่มีอิทธิพลโดยตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มากที่สุด ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ถือเป็นข้อค้นพบใหม่แม้จะไม่สอดคล้องกับหลายงานวิจัย ที่พบว่าระดับการศึกษา[26] เพศ[29] อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ[30] มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อาจเนื่องจากอาชีพน่าจะเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. พยาบาล อสม. บุคลากรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ควรช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงการรับรู้ที่ลดลงเนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกายจากกระบวนการชรา (Aging process) เช่น ใช้การสื่อสารสองทาง การใช้โทนเสียงดังทุ้ม คำพูดง่าย สั้น กระชับ ทันสมัย ถูกต้อง และตรงประเด็นไม่ใช้ศัพท์เทคนิค ควรให้เวลาผู้สูงอายุในการคิดและตอบสนอง หากต้องสื่อสารด้วยการเขียนใช้ข้อความสั้นง่ายด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่กว่าปกติ ใช้รูปหรือแผนภาพประกอบเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน การสื่อสารผ่านผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทบทวนสิ่งที่หลงลืมได้ตลอดเวลา ใช้ช่องทางการสื่อสารเช่น วิทยุกระจายเสียงชุมชนในบรรยากาศที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ นำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องเหมาะสม

2. การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่เหมาะสม ควรดำเนินการส่งเสริมให้ทุกกลุ่มอาชีพได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ ในเชิงรุกผ่าน อสม. ผู้นำชุมชน

References

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 30]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports
2. Department of disease control, Ministry of Public Health. Thailand situation Corona COVID2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/. (in Thai).
3. Eliopoulos C. Gerontological nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, USA; 2023.
4. Department of Health, Ministry of Public Health. Suggestions for elderly in a viral infection epidemic situation Corona 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2022 March 15]. Available from: http://covid19. anamai.moph.go.th/. (in Thai).
5. Department of Older Person, Ministry of Social Development and Human Security. Older person Thailand situation Corona COVID 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/857. (in Thai).
6. Department of disease control, Ministry of Public Health. Thailand situation Corona COVID 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/. (in Thai).
7. Department of disease control, Ministry of Public Health. COVID-19 (EDC-CDC Thailand) Corona virus disease 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: https://ddcportal.ddc.moph.go.th/ portal/app/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65. (in Thai).
8. Chaiyaphum Province Public Health Office, Ministry of Public Health. Older person Chaiyaphum Province situation Corona COVID-192022 Report. Chaiyaphum : Chaiyaphum Province Public Health Office; 2022. (in Thai).
9. Poovorawan Y. “Dr. Yong spread The AstraZeneca vaccine 1 ampule can divide multidose of first vaccination for many peoples on 12 March 2022” [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2021/03/21208. (in Thai).
10. Hfocus Thailand Health system investigation. Show data; high risk of death in older people age infected Covid-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: https://www.hfocus.org/ content/2022/03/24644. (in Thai).

11. Chaiyata E. The relationship between Health literacy, medication intake, and Doctor's appointment behavior among patients with Diabetes mellitus and Hypertension in Lamphun Province. Thai Science and Technology Journal 2020;28(1):182-96. (in Thai).
12. Choeisuwan V. Health literacy: concept and application for nursing practice. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3):183-97. (in Thai).
13. Chobthamasakul S. Relationship between Health literacy and obesity prevention behavior of undergraduate students in Bangkok metropolitan region. Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies 2019;8(1): 116-23. (in Thai).
14. Photihung P. Relationship of Health literacy to Health promoting and disease prevention behaviors in Thailand: A Systematic review. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2021;29(3):115-30. (in Thai).
15. Health Education Division, Ministry of Public Health. Health literacy promotion and Health literacy Health Behaviors Assessment Strategies. Bangkok: Sarmchareon Panich Company; 2018. (in Thai).
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot. Int. 2008;15:259-67.
17. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;1-13.
18. Khazanie R. Statistics in a World of Applications. 4rd ed. New York, USA: HarperCollins College; 1997.
19. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, handbook II affective domain. London: Longman; 1964.
20. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 2006.
21. Srisupak R, Ngampriam P, Loachai S, Srisawangwong P. The relationship between Health literacy and practice prevention from COVID-19of elderly case study: Waeng Nang Sub-District, Maha Sarakham Province. KKU Journal for Public Health Research 2021;14(3):104-14. (in Thai).
22. Intarakamhang U. Health awareness assessment report on disease prevention [Internet]. 2018 [cited 2022 April 17]. Available from : http://bsris.swu.ac.th/upload/283350.pdf. (in Thai).
23. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors influencing Health literacy for people at risk of Diabete mellitus and Hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2016;3(6):67-85. (in Thai).
24. Hoa HV, Giang HT, Vu PT, Tuyen VD, Khue PM. Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. Hindawi BioMed Research International 2020;1-7.
25. Olowe OA, Ross AJ. Knowledge, adherence and control among patients with hypertension attending a peri-urban primary health care clinic, KwaZulu-Natal. Afr J Prim Health Care Fam Med 2017;9(1):1-5.
26. Chemama N, Makchuchit S, Ruangroengkulrit P. Relationships among knowledge, attitude, and behaviors regarding Covid-19infection prevention among older people living in one municipality in Southern Thailand. Journal of Nursing and Health Care 2022;40(4):1-13. (in Thai).
27. Santiparp P. Factors influencing preventive Covid-19practices of people in Suayai-Uthit community, Chatuchak distric, Bangkok. Journal of MCU Buddhapanya Review 2022;7(3):72-84. (in Thai).

28. Pechrapa K, Yodmai K, Kittipichai W, Charupoonpol P, Suksatan W. Health literacy among older adults during Covid-19pandemic: A cross-sectional study in an Urban Community in Thailand. Ann Geriatr Med Res 2021; 25(4):309-17.
29. Ruankham P, Kongsin S, Jiamton S, Sattayasomboon Y, Uthis P. Factors associated with preventive behaviors against Covid-19SAR-COV-2 among the adult population: a case study of Chom Thong District, Bangkok Metropolitan. Journal of Health Science 2022;31(2) s247-59. (in Thai).
30. Ruamsook T, Phunthong S, Thammatha P, Wongsawang N, DuangJan N, Boonsiri C, et al. Factors related to Health literacy in preventing Coronavirus 2019 of older adults in Bangkok Metropolis. Journal of Public Health Nursing 2022;36(12):39-52. (in Thai).

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e260517

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันต่อสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สุภาภรณ์ ด้วงแพง พย.ด.*
พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ ปร.ด.**
ปวริศา กำจายกิตติกุล พย.ม.***

(วันรับบทความ: 19 ธันวาคม พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 9 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 9 มีนาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การปฏิบัติกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเป็นแนวทางหนึ่งในการออกกำลังกายและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันต่อสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออก จำนวน 38 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 19 รายโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและเก็บข้อมูลทุก 3 เดือน จำนวน 3 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินในระยะเวลา 6 นาที แบบประเมินสภาวะอาการ และแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยแบบประเมินสภาวะอาการ และแบบวัดคุณภาพชีวิตผ่านการหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าที สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายในระยะระหว่างการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง (M_{diff} = -61.89, p < .05) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะสิ้นสุดการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง (M_{diff} = 11.70, p < .05) และระยะระหว่างการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง (M_{diff} = 12.76, p < .05) และ 2) คะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (M_{diff} = .54, p < .05) ทั้งนี้พยาบาลควรมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน สมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ คุณภาพชีวิต ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*,***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพนัสนิคม
**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: patchanok@buu.ac.th Tel: 086-5825212

The Effects of a Daily Physical Activity Promotion Program on Physical Fitness, Symptom Status, and Quality of Life Among People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Supaporn Duangphaeng D.N.S*
Patchanok Witheethammasak PhD (Nursing)**
Pawarisa Kamjakittikul M.N.S.***

(Received Date: December 19, 2022, Revised Date: March 9, 2023, Accepted Date: March 9, 2023)

Abstract

Physical activity in daily life is one of the approaches to exercise and pulmonary rehabilitation in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The objective of this quasi-experimental study was to examine the effects of a daily physical activity promotion program on physical fitness, symptom status, and quality of life. The participants were 38 COPD patients attending the Asthma and COPD clinic at a hospital in Eastern Thailand who were purposefully selected. Simple random sampling was used to assign the participants into an experimental (n = 19) and a control (n = 19) group. The experimental group received a daily physical activity promotion program and data were collected every three months over a nine-month period. The control group received usual care. The program's outcomes were evaluated using a 6 Minute Walk Test (6MWT) for physical fitness, the symptom status questionnaire, and the quality of life questionnaire. The internal consistency of the symptom status questionnaire and the quality of life questionnaire were assessed using the Cronbach's coefficient alpha method for internal consistency reliability, which were .90 and .86 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, repeated measures ANOVAs, independent t-tests, and Chi-square tests.

The results were as follows. First, the mean score for physical fitness in the experimental group at the 3-month point was significantly higher than at baseline (M_{diff} = -61.89, $p < .05$). Additionally, the mean score for quality of life was significantly higher than at baseline at the 3-month point (M_{diff} = 12.76, $p < .05$) and at the completion of the program (M_{diff} = 11.70, $p < .05$). Second, the experimental group's mean scores for symptom status were significantly lower than that of the control group (M_{diff} = .57, $p < .05$). Thus, nurses should continuously promote physical activity in daily life for the greatest benefit of people with COPD.

Keywords: Daily physical activity, Physical fitness, Symptom status, Quality of life, Chronic obstructive pulmonary disease

*,**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University
***Registered Nurse (Professional level), Phanatnikhom Hospital
**Corresponding Author, Email: patchanok@buu.ac.th Tel: 086-5825212

บทนำ

ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของโลก ซึ่งร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง[1] ในประเทศไทยพบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นโรคเรื้อรังชนิดไม่ติดต่อที่มีความสำคัญของประเทศไทย[2] ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคเป็นระยะเวลานานหลายปีและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นทำให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายลดลง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง[3,4]

การทำกิจกรรมทางกายคือการเคลื่อนไหวร่างกายที่ส่งผลให้มีการใช้พลังงานมากกว่าขณะพัก ซึ่งครอบคลุมการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน[5] ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าอาการหอบเหนื่อยที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้การทำกิจกรรมทางกายลดลง[4] การรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ถึงความยากลำบากในการทำกิจกรรม รวมถึงกลัวความทุกข์ทรมานจากอาการที่จะเกิดขึ้นจึงตัดสินใจลดหรือหยุดปฏิบัติกิจกรรมนั้น ซึ่งการหยุดการทำกิจกรรมทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นเป็นวงจรที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางกายลดลงอย่างต่อเนื่อง[4,6] หากผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันได้ลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการทำกิจกรรมทางกายและสมรรถภาพทางกายที่ลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง[7] ความบกพร่องในการทำกิจกรรมทางกายเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[1] และจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่มีคุณภาพจะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหอบเหนื่อยลดลง การกำเริบของโรคลดลง ความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[8] การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมปอดให้มีสมรรถภาพที่ดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกาย การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกิจกรรมต่าง ๆ ที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย[9] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมทางกายเป็นการออกกำลังกายสามารถช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยสามารถปรับปรุงการทำงานของกล้ามเนื้อที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันให้ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีข้อจำกัดลดลง[9] การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอและเพิ่มขึ้นทีละน้อยยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดให้ดีขึ้น ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอีกด้วย[8,9] จากการวิจัยของ Incorvaia et al[10] พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) อย่างไรก็ตามผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงทำกิจกรรมทางกายได้น้อยและไม่สม่ำเสมอ[11,12]

แม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยเฉพาะการออกกำลังกายจะเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่มีประโยชน์ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาคตะวันออกของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับดี แต่ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น[12] สอดคล้องกับการศึกษาของ Ding et al[12] ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติกิจกรรมด้านการออกกำลังกายต่ำที่สุดเมื่อเทียบการปฏิบัติกิจกรรมด้านอื่น ทั้งนี้อาจเกิดจากการมีข้อจำกัดทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจจากอาการต่าง ๆ เช่น อาการหายใจลำบาก เหนื่อยล้า และซึมเศร้า เป็นต้น[5,13] ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในการออกกำลังกายและขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง[14]นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีบุคลากรทางแพทย์เป็นผู้ควบคุมและกำหนดแผนการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับบริบทและระดับกิจกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างประสิทธิภาพ[13] ทั้งนี้หากผู้ที่เป็น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับคำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมความมั่นใจ และปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสมแต่ละบุคคล จะทำให้มีความทนต่อการทำกิจกรรม ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นได้[14]

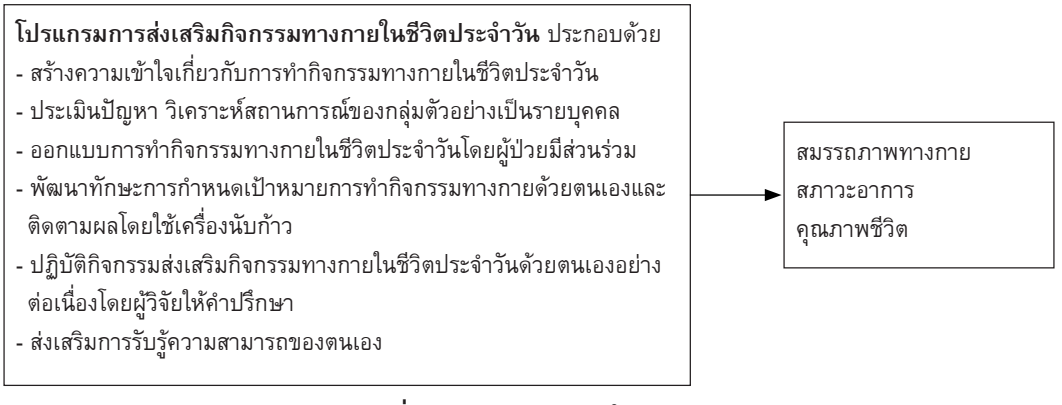
โปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเป็นชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้ The Goal-Setting Theory[15] และ Social Cognitive Theory[16] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมฯ ประกอบด้วยการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ และทำความเข้าใจบริบทของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อนำไปสู่การออกแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม พัฒนาทักษะการกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองโดยใช้เครื่องนับก้าว[17]เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โปรแกรมฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยโปรแกรมฯ แบ่งออกเป็น 3 ระยะแต่ละระยะห่างกัน 3 เดือน (เดือนที่ 0, 3, และ 6)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองระยะก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน 3 เดือน และ 6 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน 3 เดือน และ 6 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ The Goal-Setting Theory[15] และ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองใน Social Cognitive Theory[16] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันมีการกำหนดเป้าหมายที่เจาะจง ชัดเจน และมีความสำคัญกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อสร้างแรงจูงใจและพยายามทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามเป้าหมาย[15] โดยใช้เครื่องนับก้าว (Pedometer) เป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลย้อนกลับและติดตามการบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วย[17] ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และการใช้คำพูดชักจูงใจ ทั้งนี้การกำหนดเป้าหมายและความเชื่อมั่นในตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น สภาวะอาการลดลง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two-groups Pre-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการรักษา ณ คลินิกโรคหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 40 ราย

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปี 2) อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป 3) ความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือ ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงใน 1 วินาที (Forced Expiratory Volume in one second: FEV1) ≥ 50% predicted ตามเกณฑ์ของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)[1] 4) สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย 5) ความจำปกติไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตของจุฬาฯ (Chula Mental Test) คะแนนไม่ต่ำกว่า 15 คะแนน 6) ไม่สูบบุหรี่ หรือเลิกสูบบุหรี่มากกว่า 1 ปี 7) ไม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจล้มเหลว โรคมะเร็งในระบบทางเดินหายใจ หรือโรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วย และ 8) ไม่ใช้การบำบัดด้วยออกซิเจนที่บ้าน ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือผู้ป่วยมีอาการใด ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมทางกาย หรือผู้ป่วยปฏิเสธการร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated measure analysis of Variance โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลางเท่ากับ .25[18] อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ เท่ากับ .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 ราย และเนื่องจากระยะเวลาดำเนินงานวิจัยนานเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ประวัติการสูบบุหรี่ และระดับความรุนแรงของโรค

2. แบบบันทึกสมรรถภาพทางกาย (Physical fitness) ประเมินสมรรถภาพของร่างกายด้วยระยะทางการเดินภายในเวลา 6 นาที (6 Minute Walk Test: 6MWT)[19] ประกอบด้วย รหัสกลุ่มตัวอย่าง สัญญาณชีพก่อนและหลังการทดสอบ ระยะทางที่เดินได้ภายในเวลา 6 นาที และสาเหตุการหยุดเดิน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบบันทึก 6MWT ของ Crapo et al.[19] โดยมีขั้นตอนการทดสอบ 6MWT[19] ดังนี้

2.1 การเตรียมสถานที่ทดสอบ เป็นทางตรงพื้นราบระยะทาง 20 เมตร ไม่มีสิ่งกีดขวาง และอากาศถ่ายเทสะดวก และมีเครื่องหมายบอกระยะกึ่งกลางไว้ (ที่ 10 เมตร) จุดเริ่มต้นและตรงจุดเลี้ยวกลับ (ที่ 20 เมตร) มีกรวยจราจรวางไว้เป็นเครื่องหมาย นอกจากนั้นยังมีเก้าอี้วางไว้สำหรับผู้ทดสอบนั่งหากรู้สึกว่าตนเองเหนื่อยมากเกินไป 3 จุด คือ จุดเริ่มต้น กึ่งกลาง และจุดเลี้ยวกลับ

2.2 การเตรียมตัวผู้ทดสอบ โดยให้ผู้ทดสอบใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ สวมรองเท้าสำหรับการเดินออกกำลังกายที่สามารถเดินได้อย่างสะดวก ระหว่างการเดินสามารถใช้ไม้เท้าได้หากจำเป็น ให้ใช้ยาได้ตามปกติ รับประทานอาหารเบา ๆ ได้ก่อนการทดสอบ ไม่ควรออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมหนักก่อนการทดสอบ 2 ชั่วโมง

2.3 วิธีการทดสอบ ให้ผู้ทดสอบนั่งพักก่อนการทดสอบ 10 นาที ระหว่างนี้ผู้ทดสอบจะวัดความดันโลหิต, อัตราการหายใจ และการเต้นของหัวใจ ผู้ทดสอบจะถูกแนะนำให้เดินประเมิน 6 นาที โดยในทุก 2 นาที ผู้วิจัยจะพูดว่า “คุณทำได้ดีแล้ว เดินต่อไป” หากผู้ทดสอบเหนื่อย ก็สามารถชะลอ หยุด หรือพักได้หากจำเป็น

2.4 ประเมินระยะทางที่เดิน โดยวัดระยะทางที่ผู้ป่วยได้ภายในเวลา 6 นาทีเป็นเมตร โดยระยะทางที่มากแสดงถึงสมรรถภาพภาพทางกายสูง ระยะทางที่น้อยแสดงถึงสมรรถภาพภาพทางกายต่ำ

3. แบบประเมินสภาวะอาการ (The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC dyspnea scale) ผู้วิจัยนำแบบประเมินของคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[20] เป็นมาตรวัดอาการหายใจลำบากในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำนวน 1 ข้อ มี 5 ตัวเลือก ตั้งแต่คะแนน 0 - 4 โดยคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากมาก

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (St. George’s Respiratory Questionnaire: SGRQ) ของ Jones et al[21] แปลเป็นภาษาไทยโดยทีมสหสาขาของหน่วยงาน Mapi Institute Research ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) อาการของโรคเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของโรค 2) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรม และ 3) ผลกระทบของโรคต่อการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วย ข้อคำถามมีทั้งแบบเลือกคำตอบ 3-5 ตัวเลือก และแบบเลือกคำตอบใช่หรือไม่ใช่ (Dichotomous) โดยมีการระบุน้ำหนักแตกต่างกันในแต่ละข้อคำถาม การแปรผลคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมพิจารณาจากคะแนนรวมทุกด้านมีค่าคะแนน 0-100 โดยคะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ลง เกณฑ์ในการแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตดี (0-33 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (34-67 คะแนน) และคุณภาพชีวิตไม่ดี (68-100 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) เครื่องนับก้าว (Pedometer) 3) แบบบันทึกข้อมูลการทำกิจกรรมทางกาย 4) คู่มือทบทวนความรู้

1. โปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โปรแกรมประกอบด้วย 3 ครั้ง ดังนี้

ระยะที่ 1 (เดือน 0) เป็นระยะสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความสำคัญและประโยชน์ของการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันโดยใช้คู่มือทบทวนความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการใช้เครื่องนับก้าว (Pedometer) และการบันทึกข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกาย ประเมินปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ และทำความเข้าใจบริบทของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำไปสู่การออกแบบและกำหนดเป้าหมายโดยใช้เครื่องนับก้าวเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและนัดหมายครั้งต่อไปอีก 3 เดือน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรืออยากระบายความรู้สึกระหว่างการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่นที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

ระยะที่ 2 (เดือน 3) ผู้วิจัยติดตามการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางการในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยรับฟังปัญหาและอุปสรรค และประเมินผลจากแบบบันทึกข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายโดยใช้เครื่องนับก้าวในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันโดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสร้างแรงจูงใจจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 40 นาที และนัดหมายครั้งต่อไปอีก 3 เดือน หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรืออยากระบายความรู้สึกระหว่างการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตามสะดวก โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมี

การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจ เชื่อมั่นในตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 3 (เดือน 6) หลังจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ผู้วิจัยรับฟังปัญหาและอุปสรรค และประเมินผลจากแบบบันทึกข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายโดยใช้เครื่องนับก้าวในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันหาวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันโดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสร้างแรงจูงใจ และการกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

2. เครื่องนับก้าว (Pedometer) Omron รุ่น HJ-109 ใช้ตรวจจำนวนก้าวเดินของกลุ่มตัวอย่าง มีหน่วยเป็นก้าว ใช้ติดบริเวณขอบกางเกง กึ่งกลางขาข้างใดข้างหนึ่ง

3. แบบบันทึกข้อมูลการทำกิจกรรมทางกาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการบันทึกจำนวนก้าวที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างบันทึก วัน เดือน ปี เป้าหมายที่กำหนด จำนวนก้าวที่เดินได้แต่ละวัน อาการผิดปกติและการแก้ไข ซึ่งข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยสามารถติดตามการทำกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

4. คู่มือทบทวนความรู้ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) การทำกิจกรรมทางกายในผู้ที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) เป้าหมายการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน 4) วิธีการใช้เครื่องนับก้าว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ที่เป็นโรคอุดกั้นเรื้อรัง แบบบันทึกข้อมูลการทำกิจกรรมทางกาย คู่มือทบทวนความรู้ และแบบบันทึกสมรรถภาพทางกายได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 5 ราย หลังจากนั้นจึงนำไปปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมก่อนนำไปใช้ สำหรับเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสภาวะอาการ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 และ .86 ตามลำดับ ส่วนเครื่องนับก้าวได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องตามคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 88/2559 โดยให้สิทธิ์ในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้เวลาและไม่เร่งรัดเวลาในการตัดสินใจ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และผลการวิจัยเป็นการสรุปในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกโรคหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดประกาศรับสมัครอาสาสมัครที่เคาน์เตอร์พยาบาลคลินิกโรคหอบหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยสอบถามและขออนุญาตผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยในการใช้ข้อมูล

จากเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติ แจ้งผลให้ทราบ ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มอย่างตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสภาวะอาการ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต หลังจากนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทดสอบสมรรถภาพทางกายโดยการเดินในระยะเวลา 6 นาที (6MWT) ภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

3. หลังจากเก็บข้อมูลในระยะก่อนการทดลองแล้ว (เดือน 0) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ที่เป็นโรคอุดกั้นเรื้อรัง (ระยะที่ 1) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างในอีก 3 เดือนเพื่อเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

4. เมื่อถึงวันนัดหมาย (3 เดือน) ผู้วิจัยประเมินสภาวะอาการ คุณภาพชีวิต และสมรรถภาพทางกายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวทดลอง จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ที่เป็นโรคอุดกั้นเรื้อรัง (ระยะที่ 2) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างในอีก 3 เดือนเพื่อเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

5. เมื่อถึงวันนัดหมาย (6 เดือน) ผู้วิจัยประเมินสภาวะอาการ คุณภาพชีวิต และสมรรถภาพทางกายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวทดลอง จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ที่เป็นโรคอุดกั้นเรื้อรัง (ระยะที่ 3) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาวะอาการ คุณภาพชีวิต และสมรรถภาพทางกายของกลุ่มทดลองในระยะที่ 1 (เดือนที่ 0) ระยะที่2 (เดือนที่ 3) และระยะที่3 (เดือนที่ 6) และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measures ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติก่อนและกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการทดลองเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ 1 ราย และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีปัญหาระบบกระดูกและประสาทไขสันหลัง 1 ราย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งไม่เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 10 ปี เคยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล และมีความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประวัติเคยสูบบุหรี่และเลิกสูบแล้วมากกว่า 1 ปี โดยเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติพบว่าตัวแปรด้านลักษณะของบุคคลทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง พบว่าคะแนนสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป คะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (*n*=19)	กลุ่มควบคุม (*n*=19)	test value	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			.36[a]	.55
ชาย	17 (89.47)	18 (94.74)		
หญิง	2 (10.53)	1 (5.26)		
อายุ (ปี)	$\bar{X}$=73.32 (*SD*=7.78)	$\bar{X}$=68.68 (*SD*=10.79)	.41[b]	.69
น้อยกว่า 60 ปี	1 (5.26)	4 (21.05)		
60-69 ปี	5 (26.32)	5 (26.32)		
70 ปีขึ้นไป	13 (68.43)	10 (52.63)		
สถานภาพสมรส			2.57[a]	.28
โสด	1 (5.26)	1 (5.26)		
คู่	16 (84.21)	12 (63.16)		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2 (10.53)	6 (31.58)		
ระดับการศึกษา			1.70[a]	.64
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2 (10.53)	1 (5.26)		
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	16 (84.21)	15 (78.95)		
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	1 (5.26)	2 (10.53)		
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	0	1 (5.26)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13 (68.42)	9 (47.37)	6.73[a]	.24
รัฐวิสาหกิจ	0	1 (5.26)		
ค้าขาย ทำธุรกิจ	0	3 (15.79)		
เกษตร	2 (10.53)	2 (10.53)		
รับจ้าง	3 (15.79)	2 (10.53)		
อื่น ๆ	1 (5.26)	2 (10.53)		
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย			.34[a]	.84
น้อยกว่า 5,000 บาท	13 (68.42)	13 (68.42)		
5,000-9,999 บาท	3 (15.79)	2 (10.53)		
10,000 บาทขึ้นไป	3 (15.79)	4 (21.05)		
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว				
ไม่เพียงพอ	10 (52.63)	9 (47.37)	.11[a]	.75
เพียงพอ	9 (47.37)	10 (52.63)		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	$\bar{X}$=18.58 (*SD*=8.23)	$\bar{X}$=17.32 (*SD*=9.46)	.44[b]	.34
1-10 ปี	7 (36.84)	6 (31.58)		
มากกว่า 10 ขึ้นไป	12 (63.16)	13 (68.42)		
การได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง			.36[a]	.55
เคย	18 (94.74)	17 (89.47)		
ไม่เคย	1 (5.26)	2 (10.53)		
ความรุนแรงของโรค			.15[a]	.70
ระดับเล็กน้อย	15 (78.95)	14 (73.68)		
ระดับปานกลาง	4 (21.05)	5 (26.32)		
สมรรถภาพทางกายระยะก่อนการทดลอง	$\bar{X}$=249.32 (*SD*=110.54)	$\bar{X}$=250.21 (*SD*=139.80)	-.02[b]	.98
สภาวะอาการระยะก่อนการทดลอง	$\bar{X}$=1.105 (*SD*=.66)	$\bar{X}$=1.421 (*SD*=1.30)	1.36[b]	.18
คุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลอง	$\bar{X}$=35.22 (*SD*=21.94)	$\bar{X}$=40.97 (*SD*=23.59)	-.78[b]	.44

[a] Chi-square, [b] Independent t-test

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง ระหว่างทดลอง และ ระยะหลังทดลอง ด้วยสถิติ Two-way repeated measures ANOVA พบว่าในช่วงเวลาที่แตกต่างกันค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F = 4.10$, $p < .05$ และ $F = 7.13$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยสภาวะอาการไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 2

ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายในระยะระหว่างทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M_{diff} = -61.89$, $p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายในระยะก่อนทดลองกับระยะหลังการทดลอง และระยะระหว่างการทดลองกับระยะสิ้นสุดการทดลองไม่แตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะระหว่างการทดลองและสิ้นสุดการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ($M_{diff} = 12.76$, $p < .05$, $M_{diff} = 11.70$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะระหว่างการทดลองกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.85$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M_{diff} = .54$, $p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง (เดือน 0) ระหว่างทดลอง (เดือน 3) และระยะหลังทดลอง (เดือน 6) โดยใช้ Repeated Measures ANOVA

ผลลัพธ์	เดือน	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)		time		Group		Time*Group	
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p
สมรรถภาพทางกาย	0	249.32	110.54	250.21	139.80	4.10*	.10	.97	.03	1.70	.05
	3	311.21	97.60	262.79	147.62						
	6	271.11	103.89	218.47	104.45						
สภาวะอาการ	0	1.105	.66	1.421	1.30	2.45	.06	4.85*	.11	1.28	.03
	3	.632	.68	1.421	1.30						
	6	.684	.75	1.211	1.18						
คุณภาพชีวิต	0	35.22	21.94	40.97	23.59	7.13**	.17	1.95	.17	.62	.02
	3	22.45	14.13	34.92	29.07						
	6	23.52	15.68	31.57	25.09						

η^2_p = partial Eta squared, *$p < .05$, **$p < .01$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni ในระยะก่อนการทดลอง (เดือน 0) ระหว่างการทดลอง (เดือน 3) และหลังการทดลอง (เดือน 6)

ตัวแปร	Mean difference ก่อนทดลอง-ระหว่างทดลอง	Mean difference ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	Mean difference ระหว่างทดลอง-หลังทดลอง
สมรรถภาพทางกาย			
กลุ่มทดลอง (n=19)	-61.89*	-21.79	40.11
กลุ่มควบคุม (n=19)	-12.58	31.74	44.32
คุณภาพชีวิต			
กลุ่มทดลอง (n=19)	12.76*	11.70*	-1.06
กลุ่มควบคุม (n=19)	6.05	9.40	3.35

*$p < .05$

การอภิปรายผล

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันพบว่าเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้สมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกายในระยะระหว่างการทดลอง (เดือนที่ 3) สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตในระยะสิ้นสุดการทดลอง (เดือนที่ 6) สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และคุณภาพชีวิตในระยะระหว่างทดลอง (เดือนที่ 3) สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันที่พัฒนาขึ้นโดยมุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงและชัดเจนเพื่อสร้างแรงจูงใจตาม The Goal-Setting Theory[15] และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองใน Social Cognitive Theory[16] ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำและกำหนดเป้าหมายในการทำกิจกรรมทางกายตามสถานการณ์ของแต่ละบุคคลทำให้มีความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น[5,22] รับรู้ถึงความสามารถของตนเองและแสดงออกถึงสมรรถภาพทางกายที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันถึงเป้าหมายที่วางไว้ทำให้รับรู้ถึงสมรรถภาพของตนเองส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอีกด้วย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Dale et al[23] พบว่าการออกกำลังกายสามารถเพิ่มความทนในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ และการศึกษาของแสงเดือน อภิรัตนวงศ์และคณะ[24] ที่พบว่าหลังจากปรับกิจกรรมที่ใช้แรงทางกายตามรายบุคคลแล้วผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อยและปานกลาง ทำให้มีอาการของโรคน้อยตั้งแต่ระยะก่อนการทดลอง จึงไม่พบการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[25] อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจึงจะทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นจนส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลงได้[10,26] จากการศึกษาของ Dale et al[23] พบว่าการออกกำลังกายไม่สามารถลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ในระยะเวลาอันสั้นและภายในระยะเวลา 6 เดือน

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการในกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะอาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้วิจัยเป็นรายบุคคล เมื่อมีข้อสงสัยกลุ่มทดลองสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตามความต้องการและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้นและมีแรงจูงใจในการจัดอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลอาการของโรคลดลง[22,27] ในขณะที่กลุ่มควบคุมสามารถสอบถามได้เมื่อพบบุคลากรทางการแพทย์ตามนัดเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง สีตี และคณะ[28] ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดควบคู่กับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการอาการได้มากขึ้นและมีอาการหายใจลำบากลดลง

อย่างไรก็ตามเมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่าสมรรถภาพทางกาย และคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีความทนในการออกกำลังกายน้อย และไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้มีกิจวัตรประจำวันน้อย[29] อีกทั้งโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันมีการกระตุ้นและส่งเสริมกลุ่มทดลองทุก 3 เดือนและในช่วงระหว่าง 3 เดือนกลุ่มทดลองสามารถติดต่อกับผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัยในการทำกิจกรรมทางกายได้ตามสะดวก แต่ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีการติดต่อกับผู้วิจัยน้อยมากซึ่งอาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ตามเป้าหมาย ซึ่งการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญอย่างมากที่จะทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายวางไว้จนเกิดประสิทธิภาพสูงสุด[8,30]

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันมีผลต่อสมรรถภาพทางกาย สภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ทั้งนี้อาจเกิดจากโปรแกรมฯ มีความเฉพาะเจาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายที่เจาะจงด้วยตนเองทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางกาย และรับรู้ความสามารถของตนเองจากความสำเร็จที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การใช้เครื่องนับก้าวยังทำให้การกำหนดเป้าหมายมีความเจาะจงและชัดเจน ผู้ป่วยสามารถติดตามการบรรลุเป้าหมายด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่พบว่าควรพิจารณานำเครื่องนับก้าวมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด[17] อย่างไรก็ตามโปรแกรมฯ มีการติดตามและกระตุ้นการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่บ้านน้อย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทางกายไม่บรรลุตามเป้าหมายหรือกำหนดเป้าหมายต่ำเกินไป ซึ่งการติดตามและกระตุ้นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด[13,30]

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการทำกิจกรรทางกายในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคล เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ลดสภาวะอาการ และคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันไปศึกษาซ้ำ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ โดยเพิ่มความถี่ในการติดตามผู้ป่วยให้บ่อยขึ้นเพื่อให้แรงสนับสนุนและกระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมทางกายตามที่ออกแบบไว้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (งบประมาณแผ่นดิน) ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มตัวอย่าง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

References

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2023 Report [Internet]. 2023. [cited 2022 May 19]. Available from: https:// https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/
2. Central Chest Institute of Thailand, Department of Medical Services. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [internet]. 2020. [cited 2022 Aug 22]. Available from: https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf (in Thai)
3. Sharma K, Joshi S. Quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Chitwan, Nepal: a pilot study report. Int J Med Sci Public Health. 2015;4(9):1235-41.
4. Lee SH, Kim KU, Lee H, Kim YS, Lee MK, Park HK. Factors associated with low-level physical activity in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. Korean J Intern Med. 2018;33(1):130-7.
5. Scheermesser M, Reicherzer L, Beyer S, Gisi D, Rezek S, Hess T, et al. The influence of pulmonary rehabilitation and counselling on perceptions of physical activity in individuals with COPD–a qualitative study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021;16:2337-50
6. Ramon MA, Ter Riet G, Carsin AE, Gimeno-Santos E, Agustí A, Antó JM, et al. The dyspnea–inactivity vicious circle in COPD: development and external validation of a conceptual model. Eur Respir J. 2018;52(3):1-11
7. Dürr S, Zogg S, Miedinger D, Steveling EH, Maier S, Leuppi JD. Daily physical activity, functional capacity and quality of life in patients with COPD. COPD: J Chronic Obstr Pulm Dis. 2014;11(6):689-96.

8. Zeng Y, Jiang F, Chen Y, Chen P, Cai S. Exercise assessments and trainings of pulmonary rehabilitation in COPD: a literature review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018;13:2013-23.
9. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/ European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(8):e13-64.
10. Incorvaia C, Russo A, Foresi A, Berra D, Elia R, Passalacqua G, et al. Effects of pulmonary rehabilitation on lung function in chronic obstructive pulmonary disease: the FIRST study. Eur J Phys Rehabil Med. 2014;50(4): 419-26.
11. Duangphaeng S, Baramee C. Symptom group, functional condition and quality of life for people with chronic obstructive pulmonary disease [internet]. 2012.[cited 2022 Aug 22]. Available from: http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/814 (in Thai)
12. Ding B, Judge D, Small M, Bent-Ennakhil N, Siddiqui S. Functional performance in patients with COPD: association with treatment regimen, GOLD group, lung function, and symptom burden in a cross-sectional study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018;13:2785-96.
13. Oates GR, Niranjan SJ, Ott C, Scarinci I, Schumann C, Parekh T, et al. Adherence to pulmonary rehabilitation in COPD: a qualitative exploration of patient perspectives on barriers and facilitators. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2019;39(5):344-9.
14. Hospes G, Bossenbroek L, Ten Hacken NH, van Hengel P, de Greef MH. Enhancement of daily physical activity increases physical fitness of out clinic COPD patients: results of an exercise counseling program. Patient Educ Couns. 2009;75(2):274-8.
15. Locke EA, Latham GP. New directions in goal-setting theory. Curr Dir Psychol Sci. 2006;15(5):265-8.
16. Bandura, A. Social foundations of though and action: a social cognitive theory. Michigan: Prentice-Hall; 1986.
17. Armstrong M, Winnard A, Chynkiamis N, Boyle S, Burtin C, Vogiatzis I. Use of pedometers as a tool to promote daily physical activity levels in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir Rev. 2019;28:1-13.
18. Polit DF, Beck CT. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkin; 2012.
19. Crapo R, Casaburi R, Coactes A, Enrigth P, Macintyre N, Mckay R. Guideline for the Six-Minute Walk Test: America Journal of Respiratory and Critical Care medicine. [internet]. 2002. [cite 2022 Sep 8]. Available from: https://doi.org/10.1164/ajrccm.166.1.at1102
20. Working Group for the Development of Public health service practice guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. public health service practice guidelines chronic obstructive pulmonary disease 2010. Bangkok; Union Ultraviolet. 2010. p.49-50 (in Thai)
21. Jones PW, Quirk F, Baveystock C. The St George's respiratory questionnaire. Respir Med 1991;85:25-31.
22. Pimenta S, Silva CG, Flora S, Hipólito N, Burtin C, Oliveira A, et al. What motivates patients with COPD to be physically active? a cross-sectional study. J Clin Med. 2021;10(23):5631.
23. Dale MT, McKeough ZJ, Troosters T, Bye P, Alison JA. Exercise training to improve exercise capacity and quality of life in people with non-malignant dust-related respiratory diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;11:1-39

24. Apiratanawong S, Deenan A, Deoisres W. Effects of the individualized physical activity program on quality of life among persons with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Health and Nursing Research. 2018;34(3):55-64.
25. Ekren PK, Gürgün A, Uysal FE, Tuncel Ş, Deniz S, Karapolat H, et al. Effects of pulmonary rehabilitation in patients with mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease: bottom of an iceberg. Turk J Phys Med Rehabil. 2018;64(2):162-9.
26. Lahham A, McDonald CF, Moore R, Cox NS, Rawlings S, Nichols A, et al. The impact of home-based pulmonary rehabilitation on people with mild chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. Clin Respir J. 2020;14(4):335-44.
27. Tsiligianni I, Sifaki-Pistolla D, Gergianaki I, Kampouraki M, Papadokostakis P, Poulonirakis I, et al. Associations of sense of coherence and self-efficacy with health status and disease severity in COPD. NPJ Prim Care Respir Med. 2020;30(1):1-6.
28. Seetee S, Terathongkum S, Maneesriwongul W, Vallipakorn SA. Effect of pulmonary rehabilitation program with meditation on perceived self-efficacy, pulmonary rehabilitation behavior, exercise tolerance, and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Med Assoc Thai. 2016;99(7):828-38.
29. Wan ES, Kantorowski A, Homsy D, Teylan M, Kadri R, Richardson CR, et al. Promoting physical activity in COPD: insights from a randomized trial of a web-based intervention and pedometer use. Respir Med. 2017;130: 102-10.
30. Garvey C, Bayles MP, Hamm LF, Hill K, Holland A, Limberg TM, et al. Pulmonary rehabilitation exercise prescription in chronic obstructive pulmonary disease: review of selected guidelines. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2016;36(2):75-83.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e261168

ผลของการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย โดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายต่อสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความรู้เรื่องการยศาสตร์ ระดับความปวดหลังของพนักงานในสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง

ชนิดาภา มาตย์บัณฑิต พย.บ., น.บ., ศศ.ม.*,**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลลัพธ์เปรียบเทียบก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายต่อสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความรู้เรื่องการยศาสตร์ และระดับความปวดหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ พนักงานในสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง 3 แห่ง จำนวน 45 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงพนักงานในแผนกที่มีการยก ขน เคลื่อนย้ายวัสดุ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องการยศาสตร์ แบบประเมินระดับความปวดหลังส่วนล่าง และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกาย เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ประเมินผลจากเครื่องมือประเมินแรงเหยียดขา แรงเหยียดหลังและความอ่อนตัว วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การเปรียบเทียบตัวแปรความรู้เรื่องการยศาสตร์ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย แรงเหยียดขา แรงเหยียดหลัง ความอ่อนตัว ระดับความปวดหลัง โดยใช้สถิติแบบจับคู่ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการยศาสตร์โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (p<.001) ความดันโลหิตช่วงบน (p<.001) และค่าดัชนีมวลกาย (p=.008) อยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างโดยรวมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (p<.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p<.001) มากที่สุดคือ ความอ่อนตัว (p<.001) แรงเหยียดขา (p<.001) และ แรงเหยียดหลัง (p=.001) ดังนั้น โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายสามารถนำไปใช้เพิ่มสมรรถภาพทางกายป้องกันและลดความรุนแรงของระดับความปวดหลังส่วนล่างได้

คำสำคัญ: โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกาย สมรรถภาพทางกาย การยศาสตร์ ระดับความปวด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: chanidapa55@yahoo.com Tel: 085-6454515

The Effects of Physical Fitness Enhancement by Using the Bodyweight Training Program on Physical Fitness Muscle Strength Knowledge of Ergonomics the Level of Back Pain of Employees in Wholesale and Retailer Construction Company

Chanidapa Martbundit B.N.S,LL.B, M.A.*,**

(Received Date: January 17, 2023, Revised Date: March 8, 2023, Accepted Date: March 8, 2023)

Abstract

This quasi-experimental, one-group, pre-posttest design research aimed to study the effects of physical fitness enhancement from using a bodyweight training program on the physical fitness, muscle strength, knowledge of ergonomics, and the level of back pain of the employees of wholesale and retail construction companies. The participants were 45 employees in departments that lift, transport, and move materials for three construction material wholesale and retail establishments which were selected by purposive sampling. The participants received an 8-week body weight training program. Research tools included general information questionnaires, knowledge of ergonomics assessments, and lower back pain assessment forms used to collect data at the baseline and the completion of the program. Physical fitness was assessed using leg and back muscle strength, measured by dynamometer, and flexibility, measured by a sit and reach box test. Descriptive statistics were used for data analysis. Percentages, means, standard deviations, and paired t-tests were used to make comparisons of the study variables, including knowledge of ergonomics, blood pressure, body mass index, leg extension strength, back extension strength, flexibility, and low back pain.

The results showed that after the experiment, the participants had a statistically significantly higher mean score on overall ergonomics knowledge at p<.001, and the number of those whose systolic blood pressure (p<.001) and BMI (p=.008) were within normal limits increased. Compared to before the program, the mean lower back pain total pain score was significantly lower at p<.001, the mean physical fitness scores were significantly higher at p<.001, with the highest was flexibility (p<.001), followed by leg stretch (p=.001) and back strength (p=.001) at the end of the program. The findings of this study suggest that this physical fitness enhancement model using an employee bodyweight training program can be used to increase physical fitness, as well as prevent or reduce the severity of lower back pain from lifting work.

Keywords: Body weight training programs, Physical fitness, Ergonomics, Pain levels

*Registered Nurse (Professional Level), Occupational Medicine Division, Udon Thani Hospital

**Corresponding Author E-mail: chanidapa55@yahoo.com Tel: 085-6454515

บทนำ

สมรรถภาพทางกาย นับว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการมีสุขภาพที่ดี เป็นความสามารถของร่างกายที่แสดงออกมาในการปฏิบัติกิจกรรม สามารถปรับปรุง แก้ไข พัฒนา และคงสภาพได้โดยการออกกำลังกายอยู่สม่ำเสมอ[1] สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬาให้คำจำกัดความ สมรรถภาพทางกาย (Physical fitness) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่อยู่ในสภาพที่ดี เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างดี สมรรถภาพทางกาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health-related physical fitness) และสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับทักษะ (Skill-related physical fitness)[2] สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ หมายถึง สมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพและเพิ่มความสามารถในการทำงานของร่างกาย จะมีส่วนช่วยในการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดหลัง ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการขาดการออกกำลังกาย ส่วนสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับทักษะ เป็นสมรรถภาพภาพทางกายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้เกิดระดับความสามารถและทักษะในการแสดงออกของการเคลื่อนไหว และการเล่นกีฬามีประสิทธิภาพมากขึ้น[3] นอกจากสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความทนทานของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด และองค์ประกอบของร่างกาย บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี สมรรถภาพทางกายสามารถสร้างขึ้นได้ โดยทำให้ร่างกายได้ออกกำลังกายหรือทำให้ร่างกายมีความเคลื่อนไหวเท่านั้น สมรรถภาพทางกายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และหายไปได้ การที่จะรักษาให้ร่างกายมีประสิทธิภาพเสมอนั้น จำเป็นต้องมีการออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อให้ร่างกายที่คงสภาพ และการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นไปอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีความสำคัญในการป้องกันโรคที่ขาดการออกกำลังกาย เช่น ลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ เพิ่มพูนประสิทธิภาพของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และระบบย่อยอาหาร ทำให้รูปร่างและสัดส่วนร่างกายดีขึ้น ช่วยควบคุมไม่ให้น้ำหนักเกินหรือควบคุมไขมันในร่างกาย ช่วยลดความดันโลหิตสูง ช่วยลดไขมันในเส้นเลือด และเพิ่มความคล่องตัวให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นต้น[1]

จากการศึกษาการประเมินความเสี่ยงต่อการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานของพนักงานยกเคลื่อนย้ายวัสดุ ของสุนิสา ชายเกลี้ยงและคณะ[4] พบว่า พนักงานมีความเสี่ยงต่อการปวดหลังส่วนล่างจากการสัมผัสปัจจัยทางการยศาสตร์ในระดับเสี่ยงปานกลางและระดับสูงถึงร้อยละ 42.9 ระดับเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ พบร้อยละ 10.0 พนักงานมีความเสี่ยงต่อการปวดหลังส่วนล่างในระดับปานกลางถึงระดับยอมรับไม่ได้รวมร้อยละ 57.1 และผลการประเมินระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของงานยกย้ายที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการผลิตเสารั้วลวดหนามพบว่า ร้อยละ 50 ของพนักงานมีระดับความรุนแรงของอวัยวะที่มีอาการบาดเจ็บและปวดเมื่อยที่บริเวณหลังส่วนล่างอยู่ในระดับ 9 ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่รุนแรงมาก จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข[5] นอกจากนี้ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ.2561 ของสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี พบว่า พนักงานขาดการออกกำลังกายรูปแบบการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีพนักงานปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 65.57 และจากรายงานการใช้บริการห้องพยาบาลพบว่า พนักงานมาใช้บริการด้วยอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นอันดับหนึ่ง ลักษณะท่าทางการทำงานของพนักงานมีทั้งที่ต้องยกของหนักมากกว่า 10 กิโลกรัม การปีนป่าย การยืนนานกว่า 2 ชั่วโมง นั่งทำงานนานมากกว่า 2 ชั่วโมง การก้มหรือเอี้ยวตัวขณะทำงานและการนั่งที่ไม่มีพนักพิง นอกจากนี้พนักงานมีดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) เกินมาตรฐานร้อยละ 55.73 ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ล้วนก่อให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง[6] และการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของคนงานตัดอ้อยและลำเลียงอ้อยขึ้นรถบรรทุกในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่าส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยในระดับปานกลาง โดยพบสูงที่สุดที่ตำแหน่งแขนล่างซ้าย ร้อยละ 90.32 หัวเข่าขวา ร้อยละ 77.42 และแขนล่างขวา ร้อยละ 67.74 ตามลำดับ[7] และการศึกษาภาระโรคปวดหลังใน ผู้ประกอบอาชีพ พบว่าสัดส่วนของโรคปวดหลังส่วนล่าง (ICD-10 M54.5) ต่อโรคปวดหลังทุกชนิดเท่ากับร้อยละ 33.29 อัตราอุบัติการณ์โรคปวดหลังทุกชนิดสูงสุดพบในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป ช่าง ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และพนักงานเอกชน[8] และผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการออกกำลังกายส่วนหลัง 20 นาที 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ สามารถเพิ่มระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและระดับความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังในกลุ่มพนักงานที่มีอาการ

ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังได้[9] การศึกษาของ รัฐวุฒิ สมบูรณ์ธรรม และคณะ[10] การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของพนักงานลอกยาง ในโรงงานยางพาราแผ่นรมควันแห่งหนึ่ง จังหวัดจันทบุรี พบว่าความชุกอาการปวดบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายที่พบมากที่สุด คือ หลังส่วนล่าง และการศึกษาของ วิภาดา ศรีเจริญ และคณะ[11] ศึกษาการปวดหลังของพนักงานเก็บขนขยะเทศบาลนครพิษณุโลก พบว่าบริเวณที่มีอาการปวดมากที่สุดคือไหล่ รองลงมาคือหลังส่วนล่าง และคอ มีสาเหตุหลักมาจากมีท่าทางการทางานที่ยกของ

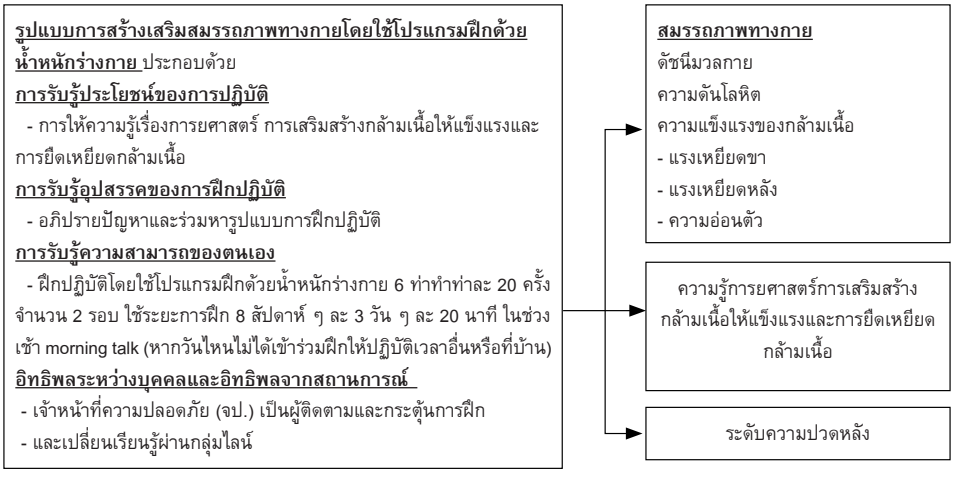
ผู้วิจัยเป็นพยาบาลอาชีวอนามัยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานของกลุ่มวัยทำงาน โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[12] มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายด้วยน้ำหนักร่างกาย (Body Weight) เป็นการออกกำลังกายด้วยแรงต้านรูปแบบหนึ่งที่ใช้น้ำหนักร่างกาย ง่าย สะดวกสามารถฝึกได้ทุกสถานที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์[13,14] และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการค้าปลีกและส่งวัสดุก่อสร้าง จึงสนใจศึกษาผลการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายของพนักงานในสถานประกอบการครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายของพนักงานในสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง ต่อสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความรู้เรื่องการยศาสตร์ ระดับความปวดหลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย โดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายของพนักงานในสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง ต่อสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความรู้เรื่องการยศาสตร์ ระดับความปวดหลังก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรม โดยพัฒนาการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมการฝึกด้วยน้ำหนักร่างกาย จำนวน 6 ท่า ท่าละ 20 ครั้ง จำนวน 2 รอบ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[12] ประกอบด้วย 1) การรับรู้ประโยชน์ 2) การรับรู้อุปสรรค 3) การรับรูความสามารถของตนเอง 4) อิทธิพลระหว่างกลุ่มและอิทธิพลจากสถานการณ์ มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายด้วยน้ำหนักร่างกาย (Body weight) เป็นการออกกำลังกายด้วยแรงต้านรูปแบบหนึ่งที่ใช้น้ำหนักร่างกาย ง่าย สะดวกสามารถฝึกได้ทุกสถานที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์[13,14] (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) ชนิดกลุ่มเดียว การออกแบบวิธีดำเนินการศึกษาเชิงเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (One-group pre-posttest design) ศึกษาระยะเวลา 1 ปี ระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564

ขอบเขตการวิจัย ศึกษาเฉพาะสถานประกอบการสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3 แห่งที่ตอบรับและยินดีเข้าร่วมโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือพนักงานสถานประกอบการสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง จังหวัดอุดรธานี 3 แห่ง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมการใช้การวิเคราะห์ด้วยกำลังการทดสอบ (G-Power analysis)[15] การประมาณค่าขนาดอิทธิพล คือ ขนาดเล็ก กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power test) กำหนดค่า β ร้อยละ 5 ได้ค่า power (1- β) ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ พนักงานทุกคนในแผนกที่มีการยก ขน เคลื่อนย้ายวัสดุ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและสามารถปฏิบัติจนสิ้นสุดโครงการ ไม่มีโรคที่เสี่ยงต่อการประเมินสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปวดหลังจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังและข้อต่อกระดูกสันหลัง มีการใช้ยาแก้ปวดต่อเนื่องระหว่างเข้าโปรแกรม เช่น NSAIDs Opioids เป็นต้น เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ พนักงานที่ไม่สามารถรับการประเมินสมรรถภาพทางกายทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรม และไม่สมัครใจฝึกปฏิบัติตลอดการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้ศึกษาได้ใช้เครื่องมือในการวิจัย 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ แผนกที่ปฏิบัติงาน โรคที่เสี่ยงต่อการประเมินสมรรถภาพทางกาย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการยศาสตร์การเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จำนวน 10 ข้อ สร้างโดยทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คำตอบแบบเลือกตอบ ก ถึง ง ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถภาพทางกาย ได้แก่

1. ดัชนีมวลกาย (BMI) คำนวณผลด้วยน้ำหนักตัวหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง หน่วยวัดเป็นกิโลกรัม/ตารางเมตร

2. ความดันโลหิต วัดโดยใช้เครื่องแบบอัตโนมัติ ประเมินจาก 2 ค่า คือความดันโลหิตค่าบน (Systolic blood pressure) และความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic blood pressure) หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

3. แรงเหยียดขา (Leg muscle strength) ประเมินโดยใช้เครื่องเครื่องวัดกำลังขาและหลัง (Back and leg dynamometer) โดยให้ผู้ทดสอบยืนบนที่วางเท้าของเครื่อง ย่อเข่าและแยกขาออกเล็กน้อย หลังและแขนตรง เข่าย่อประมาณ 130-140 องศา จับที่ดึงในท่ามือคว่ำเหนือเข่าทั้ง 2 จัดสายให้พอดี ออกแรงเหยียดแขนให้เต็มที่ วัดค่าเป็นกิโลกรัม นำค่าที่ได้มาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพศและอายุ

4. แรงเหยียดหลัง (Back muscle strength) ทดสอบเหมือนการวัดแรงเหยียดขา แต่ให้ยืนโดยไม่ย่อเข่า และจับที่ดึงในท่ามือหงายเหนือเข่าทั้ง 2 จัดสายให้พอดี ออกแรงเหยียดแขนให้เต็มที่ วัดค่าเป็นกิโลกรัม นำค่าที่ได้มาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพศและอายุ

5. ความอ่อนตัว (Flexibility) ใช้ม้าวัดความอ่อนตัว (Sit and reach test box) โดยให้ผู้ทดสอบนั่งเหยียดขา ฝ่าเท้าตั้งฉากกับพื้น ก้มตัวลงให้มือเคลื่อนไปบนม้าให้ไกลที่สุด หน่วยวัดเป็นเซนติเมตร นำค่าที่ได้มาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพศและอายุ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความปวดหลัง (Numeric rating scale) โดยประเมินระดับความรุนแรงของการปวด คะแนนความรุนแรงอาการปวดมีตั้งแต่ 0 ถึง 10 (แปลผล 0= ไม่ปวด 1-2 =ปวดน้อย 3-6 =ปวดปานกลาง 7-10=ปวดมาก)

2. โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกาย คือ โปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้หลัก FITT ซึ่งแนะนำโดย American College of Sports Medicine[16] FITT ย่อมาจาก F : Frequency ความบ่อยของการออกกำลังกาย I : Intensity ความหนักของ

การออกกำลังกาย T : Time ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย T : Type รูปแบบของการออกกำลังกาย ประกอบด้วยท่าการฝึก 6 ท่า[17-18] **ท่าที่ 1** ท่า Half squat (ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า กล้ามเนื้อสะโพกและ กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง) วิธีปฏิบัติ ยืนตรงแยกเท้าประมาณเท่าช่วงไหล่ มือยื่นตรงไปด้านหน้าระดับอก เริ่มจากการงอเข่าและย่อตัวลงให้เกือบอยู่ในท่านั่งประมาณ 45 องศา กลับมายังท่าเริ่มต้น ลำตัวยืดตรง ตลอดเวลาการฝึก สายตามองตรงไปด้านหน้า **ท่าที่ 2** ท่า Dead lift (ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างสะโพกและต้นขาด้านหลัง) วิธีปฏิบัติ ยืนตรงแยกเท้าประมาณเท่าช่วงหัวไหล่ มือทั้งสองลงสู่พื้น มือทั้งสองเหยียดลงสู่ พื้น งอลำตัวก้มไปข้างหน้าจนกระทั่งลำตัวเกือบขนานพื้นหลังเหยียดตรง เหยียดหลังหรือลำตัวกลับสู่ท่ายืนตรงหรือเอนลำตัวไปทางด้านหลังเล็กน้อย เป็นการบริหารกล้ามเนื้อด้านหลัง สะโพก ต้นขา และ หลัง **ท่าที่ 3** ท่า Back kick (ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อสะโพกด้านหลัง) วิธีปฏิบัติ ยืนแยกเท้าเท่าช่วงหัวไหล่ มือทั้งสองข้างวางที่ฝาผนัง มือทั้งสองข้างวางที่ฝาผนัง พร้อมทั้งยกขาขึ้นไปด้านหลังให้สูงสุดการเคลื่อนไหว โดยใช้เท้าทีละข้าง ดึงเท้ากลับพร้อมทั้งทำครั้งต่อไป สลับกันทั้งสองข้าง **ท่าที่ 4** ท่า Leg abduction (ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อสะโพกด้านนอก) วิธีปฏิบัติ ยืนท่าพร้อม เท้าชิดกัน มืออีกข้างวางที่ฝาผนัง แล้วยกขาไปด้านข้างสูงสุดของ การเคลื่อนไหว โดยใช้เท้าทีละข้างวางเท้ากลับเข้ามาชิดกันพร้อมทำครั้งต่อไป สลับกันทั้งสองข้าง **ท่าที่ 5** ท่า Leg curl (ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อต้นข้างด้านหลัง) วิธีปฏิบัติเตรียมพร้อม วางมือติดฝาผนังเท่าระดับช่วงหัวไหล่ แล้วยกขาส่วนล่างหรือส้น เท้าขึ้นไปด้านหลังขึ้นลง วางเท้าลงพื้นและสลับ พร้อมทำครั้งต่อไป **ท่าที่ 6** ท่า Leg extension (ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า) วิธีปฏิบัตินั่งบนเก้าอี้งอเข่า เหยียดเข่ายกปลายเท้าออกไปด้านหน้าขึ้น-ลง จนกระทั่งเข่าเหยียดตรง เป็นการบริหารกล้ามเนื้อขาด้านหน้า ทำท่าละ 20 ครั้ง จำนวน 2 รอบ ใช้ระยะการฝึก 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน[19-20] (เป็นไปตามหลักการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกายของงานวิจัยพณิดา หยั่งถึง[21] ในเวลาพูดคุยช่วงเช้า (Morning talk) หากวันไหนไม่ได้เข้าร่วมฝึกให้ปฏิบัติเวลาอื่นหรือที่บ้าน โดยให้เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) เป็นผู้ติดตาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) เชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) ในสถานประกอบการขายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ปรากฏดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (IOC= 0.97) แบบทดสอบความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการ Kuder-richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.80 แบบประเมินสมรรถภาพทางกายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (alpha= 0.92) และแบบประเมินระดับความปวดหลังได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (alpha=0.87) สำหรับเครื่องมือประเภทเครื่องชั่งน้ำหนักใช้แบบดิจิทัล เครื่องวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและหลัง เครื่องวัดแรงบีบมือ (Hand grip strength dynamometer) เป็นเครื่องมือตามมาตรฐานการประเมินสมรรถภาพทางกาย (Physical fitness test) นำค่ามาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานวิทยาศาสตร์การกีฬาการกีฬาแห่งประเทศไทย เป็นเครื่องเดิมตลอดการทดสอบ สำหรับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกาย โดยทบทวนจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการพิจารณาผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์การกีฬาและนักกายภาพบำบัด สามารถฝึกได้ไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อพนักงาน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม สามารถฝึกได้ไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อพนักงาน ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ(Content validity) เพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุง พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence : IOC) เท่ากับ 1 ถึง +1 ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายโดยใช้แรงต้าน[18,20]

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No.51/2564 อนุมัติเมื่อ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประสานงานผู้บริหารสถานประกอบการ และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ก่อนรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและแจกเอกสารชี้แจงโครงการ พร้อมกับแบบยินยอมลงนามให้ลงนามยินยอมก่อน

2. ศึกษารายละเอียดข้อมูลอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์ประเมินแรงเหยียดขา แรงเหยียดหลังและความอ่อนตัว ตามมาตรฐานเวชศาสตร์การกีฬา โดยสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้งานนำผลที่ได้เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอายุและเพศ และแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ แผนกที่ปฏิบัติงาน โรคที่เสี่ยงต่อการประเมินสมรรถภาพทางกาย ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการยศาสตร์

การเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จำนวน 10 ข้อ ชุดที่ 3 แบบประเมินสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต แบบประเมินสมรรถภาพ แรงเหยียดขา (Leg muscle strength) แรงเหยียดหลัง (Back muscle strength) และความอ่อนตัว (Flexibility) ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความปวดหลัง (Numeric rating scale)

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์ โปรแกรมการออกกำลังกายและสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและประเมินสมรรถภาพทางกาย
5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการประมวลผลการอ่านค่าผลการประเมินสมรรถภาพทางกาย และให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์ การเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกาย 6 ท่าทำท่าละ 20 ครั้ง จำนวน 2 รอบ ใช้ระยะการฝึก 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน ๆ ละ 20 นาที ในช่วงเช้า morning talk (หากวันไหนไม่ได้เข้าร่วมฝึกให้ปฏิบัติเวลาอื่นหรือที่บ้าน) เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) เป็นผู้ติดตามและกระตุ้นการฝึก
6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างหลังการออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 8
7. ผู้วิจัยทำใบบันทึกประจำตัวผู้รับการทดลองเป็นรายบุคคลแล้วนำข้อมูลมาบันทึกรวมเพื่อนำไป วิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรที่ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ได้แก่ ความรู้เรื่องการยศาสตร์ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย แรงเหยียดขา แรงเหยียดหลัง ความอ่อนตัว ระดับความปวดหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยการทดสอบความเท่าเทียมกันของตัวแปรตามผ่านการทดสอบการกระจายของตัวแปรทางสถิติมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 28.58 ปี (S.D. 6.25) ปฏิบัติงานในแผนกสุขภัณฑ์ ร้อยละ 22.22 และไม่มีโรคที่เสี่ยงต่อการประเมินสมรรถภาพทางกาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 45)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	30(66.67)
หญิง	15(33.33)
อายุ mean=28.58 ปี, S.D.= 6.25 Min= 21 ปี Max = 46 ปี	
ต่ำกว่า 30 ปี	31(68.89)
30-39	12(26.67)
40 ปีขึ้นไป	2(4.44)
แผนกที่ปฏิบัติงาน	
สุขภัณฑ์	10(22.22)
คลังสินค้า	7(15.56)
จัด/ส่งสินค้า	6(13.33)
เฟอร์นิเจอร์	8(17.78)
สี	6(13.33)
พนักงานขาย	5(11.11)
ประตู	3(6.67)
โรคที่เสี่ยงต่อการประเมินสมรรถนะ	
ไม่มี	45(100)
มี	0(0.0)

ผลเปรียบเทียบ หลังทดลอง พบว่า ความรู้เรื่องการยศาสตร์การเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ คะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p<.001) เพิ่มขึ้นจาก 6.51 เป็น 7.51 ผลสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้โปรแกรมฝึกพบว่า ความดันโลหิตช่วงบน systolic blood pressure (p<.001) BMI (p=.008) ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p<.001) มากที่สุดคือ ความอ่อนตัว (p<.001) แรงเหยียดขา (p<.001) และ แรงเหยียดหลัง (p=.001) ตามลำดับ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (p<.001) ทั้งนี้ร้อยละผู้ที่มีระดับความปวดหลังระดับน้อยเพิ่มขึ้นและระดับความปวดระดับปานกลางลดลง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ การประเมินสมรรถภาพทางกาย คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลัง ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายฯ

ปัจจัย	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	t	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ความรู้	**6.51(1.51)**	**7.51(1.86)**	**5.47**	**<.001*** **
ความดันโลหิต systolic	**120.09(14.39)**	**115.76(13.68)**	**4.65**	**<.001*** **
ปกติ	37(82.2)	40(88.9)		
สูง	3(6.7)	3(6.7)		
เสี่ยง	5(11.1)	2(4.4)		
BMI	**22.78(4.32)**	**22.06(3.15)**	**2.77**	**.008** **
ปกติ	21(46.7)	28(62.2)		
อ้วน	11(24.4)	12(26.7)		
ท้วม	6(13.3)	4(8.9)		
ผอม	4(8.9)	1(2.2)		
อ้วนมาก	3(6.7)	0(0.0)		
แรงเหยียดขา	**1.67(0.56)**	**1.86(0.44)**	**4.00**	**<.001*** **
ค่อนข้างต่ำ	1(2.2)	5(11.1)		
ต่ำ	16(35.6)	2(4.4)		
พอใช้	8(17.8)	15(33.3)		
ดี	5(11.1)	7(15.6)		
ดีมาก	15(33.3)	16(35.6)		
แรงเหยียดหลัง	**1.41(0.34)**	**1.53(0.27)**	**3.39**	**.001*** **
ค่อนข้างต่ำ	7(15.6)	9(20.0)		
ต่ำ	16(35.6)	1(2.2)		
พอใช้	10(22.2)	17(37.8)		
ดี	3(6.7)	8(17.8)		
ดีมาก	9(20.0)	10(22.2)		
ความอ่อนตัว	**7.15(5.32)**	**9.71(1.78)**	**9.96**	**<.001*** **
ค่อนข้างต่ำ	8(17.8)	0(0.0)		
ต่ำ	2(4.4)	0(0.0)		
พอใช้	11(24.4)	12(26.7)		
ดี	12(26.7)	15(33.3)		
ดีมาก	12(26.7)	18(40.0)		
ความแข็งแรงของกล้มเนื้อรวมทั้ง 3 ด้าน	**23.35(10.02)**	**21.68(9.96)**	**19.89**	**<.001*** **
คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลัง	**7.64(14.48)**	**3.73(1.67)**	**23.76**	**<.001*** **
0 ไม่ปวดเลย	5(11.1)	7(15.6)		
1-2 ปวดน้อย (mild)	26(57.9)	32(71.1)		
3-6 ปวดปานกลาง (moderate)	13(28.8)	6(13.3)		
7-10 ปวดมาก (severe)	1(2.2)	0(0.0)		

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 *** มีนัยสำคัญที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายของพนักงานในสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง ต่อสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความรู้เรื่องการยศาสตร์ อาการปวดหลัง ผลการวิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การพัฒนาการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกาย ผู้วิจัยได้ร่วมกับสถานประกอบการอภิปรายปัญหาและร่วมหาโปรแกรมการฝึกปฏิบัติ เป็นโปรแกรมการฝึกที่ใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้าน มีความเหมาะสมกับพนักงานในสถานประกอบการ เนื่องจากเป็นวิธีที่งานและสะดวก สามารถฝึกได้ทุกที่ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์[13] และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความทนทานของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด โดยรูปแบบการฝึกในงานวิจัยครั้งนี้ กำหนดการฝึก 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน ๆ ละ 20 นาที สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทยาวีร์ ช่างบรรจง [22] พบว่า การประยุกต์ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบพิลาทิส ออกกำลังกาย 8 สัปดาห์ 3 วันต่อสัปดาห์ พบว่า พบว่าสมรรถภาพทางกายดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการออกกำลังกาย 2 หรือ 4 หรือ 6 สัปดาห์ และงานวิจัยของ อานุภาพ ไชยพิพัฒน์[23] ที่พบว่า โปรแกรมการฝึกลูกบอลออกกำลังกายในนักกีฬายิงธนู จำนวน 8 สัปดาห์ ส่งผลในทางบวกต่อการทำงานของกล้ามเนื้อและความสมดุลภายหลังการฝึก เช่น เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว กล้ามเนื้อขาด้านหน้า และเพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัว

2. ผลของการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายของพนักงานในสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพทางกายสูงขึ้นมากกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดคือ ความอ่อนตัว แรงเหยียดขา และ แรงเหยียดหลัง ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายตามหลัก FITT โดยอาศัยการจัดความถี่ในการฝึก ความหนักในการฝึก ความยาวนานในการฝึกแต่ละครั้ง โดยมีการอบอุ่นร่างกายทั้งก่อนและหลังการฝึก และเลือกใช้โปรแกรมการฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายของตัวเอง มีผลทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พีรวิชญ์ คล้ายพรหม และ สุธนะ ติงศภัทิย์[24] ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพควบคู่กับการฝึกด้วยแรงต้านโดยใช้น้ำหนักตัวที่ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พบว่าโปรแกรมสุขภาพควบคู่กับการฝึกด้วยแรงต้านโดยใช้น้ำหนักตัวสามารถพัฒนาความแข็งแรงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้

3. เปรียบเทียบผลของการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายของพนักงานในสถานประกอบการค้าส่งและปลีกวัสดุก่อสร้าง ต่อสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความรู้เรื่องการยศาสตร์ อาการปวดหลังก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนสมรรถภาพมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความอ่อนตัว แรงเหยียดขา และ แรงเหยียดหลัง ซึ่งสมรรถภาพทางกายยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ และสามารถสร้างเสริมด้วยการออกกำลังกาย การใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายถือเป็นการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านที่ง่ายและสะดวก ทั้งนี้ควรฝึกต่อเนื่องและอบอุ่นร่างกายทั้งก่อนและหลังการฝึกเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ นอกจากนี้ ควรให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์การเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมด้วย การออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือด ช่วยควบคุมน้ำหนัก การเคลื่อนไหวของเอ็นกล้ามเนื้อ (Tendons)เอ็นข้อต่อ (Ligaments) ที่หุ้มรอบข้อต่อรอบกล้ามเนื้อยืดออกส่งผลให้มีความอ่อนตัวมากขึ้น[25] หลังการทดลอง ความดันโลหิตช่วงบน อยู่ในระดับปกติเพิ่มมากขึ้น การออกกำลังกายช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อหลังและขาให้แข็งแรงจะช่วยลดอาการปวดหลังลง[26] และสอดคล้องกับการศึกษาของวิสุทธิ์ โนจิตต์ และคณะ[27] ที่พบว่า การออกกำลังกายโดยเพิ่มความทนของกล้ามเนื้อหลังช่วยป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในชาวนา หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ ใจจุ้ม และ ทัศน์พงษ์ ตันติปัญจพร[28] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์เพื่อลดอาการปวดเมื่อยหลัง และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของคนงานทอผ้าด้วยมือ พบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมสมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง

ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจมีประสิทธิผลทำให้ลดอาการปวดเมื่อยหลังและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังได้

สรุป ผลการศึกษาแสดงให้เห็นได้ว่าการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายของพนักงานสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและช่วยป้องกันรวมทั้งลดความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานยกของได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในแผนกที่มีการขนย้ายวัสดุ ที่ต้องการความรวดเร็วในการเริ่มปฏิบัติงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติช่วงเวลาทำงานได้ไม่เต็มที่

ข้อเสนอแนะ

การสร้างเสริมสมรรถภาพทางกายโดยใช้โปรแกรมฝึกด้วยน้ำหนักร่างกายไปใช้ในพนักงานที่ต้องปฏิบัติงานที่มีการยก ก้มตัว เอี้ยวตัว บิดตัว สามารถนำไปใช้เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ป้องกันการปวดหลังจากการทำงานได้ และในการศึกษาครั้งต่อไปอาจทำวิจัยซ้ำในกลุ่มอาชีพที่มีลักษณะการทำงานใกล้เคียงกัน เช่น พนักงานขนส่งสินค้าที่มีการยกของ พนักงานเปล เป็นต้น และควรมีการวิจัยประเมินผลระยะยาวร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและให้คำแนะนำ ขอบคุณทีมอาชีวเวชกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด สถานประกอบการ กลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

References

1. Bureau of sports science, department of physical education, Ministry of tourism and sports. Physical fitness tests and benchmarks regarded as an observation (13 - 18 years old). [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 01]. Available from: https://www.dpe.go.th/manual-files-411291791795. (In Thai)
2. Dwyer G, Davis S. ACSM's health-related physical fitness assessment manual. 2 nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
3. Bureau of sports science, department of physical education, Ministry of tourism and sports handbook of physical fitness tests and benchmarks for children, youth and Thai people. Bangkok: World expert company; 2019. (In Thai)
4. Chaiklieng S, Donjuntai J, Janjira Wichai J. Risk assessment on work-related low back pain of manual materials handling workers. Safety & Environment Review 2016;1(1):8-17. (In Thai)
5. Pavanna S, Thaikorn S. Assessment and Ergonomic Risk Reduction in the Manufacturing of Barbed Wire Fence Posts : Piboon Concrete Co., Ltd. Project Department of Industrial Engineering Faculty of Engineering, Chiang Mai University [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 24]. Available from: http://ie.eng.cmu.ac.th/IE2014/downloads/2020_05/1180/28-report.pdf. (In Thai)
6. Global House Company. Report on the use of hospital rooms of global house company in the year 2018. (In Thai)
7. Khanaphan K, Khanaphan P. Ergonomic risk assessment of sugarcane cutting and carry on truck workers in Kumphawapi District, Udon Thani Province. Journal of Ratchathani Innovative Social Sciences 2019;3(1): 64-74. (In Thai)

8. Untimanon O, Boonmeephong K, Saipang K, Dakanun K, Promrat A, Peerawit Julraung P, et al. Health burden from injuries among working population. Disease control journal 2016;42(2):119-29. (In Thai)
9. Tasai P, Pirunsan U, Rapipong J, Boontha N. Effects of educational and back exercise program in transfer workers with chronic low babk pain. Journal of associated medical sciences 2017;50(2):245-52. (In Thai)
10. Ulthanont C, Phuekpan J. Construction of functional training program of developing torso and legs muscle strength. Journal of education graduate studies research, KKU 2017;11(2):71-7. (In Thai)
11. Somboontum R, Meepradit P, Yingratanasuk T. The ergonomic risks assessment of the rubber peeling task in a rubber factory, Chantaburi Province. Proceeding of 10 th Rajamangala University of Technology Tawan-ok Research Conference; 29-31 May 2017:443-51. (In Thai)
12. Danyuthasilpe C. Pender's health promotion model and its applications in nursing practice. Songklanagarind journal of nursing practice. Songklanagarind journal of nursing. 2018;38(2):132-41. (In Thai)
13. Anuwat S, Thanee T, Prajun S. Effects of TRX Training and body weight training on muscle strength and endurance. Journal of health, Physical education and recreation. 2019;45(1):1-12. (In Thai)
14. Pearson D. The national strength and condtioning association's basic guidelines for the resistance training of athletes. National strength and conditioning association Journal. 2000;22(4):14-27.
15. Sanitluea N, Satphet W, Napha-arak Y. Sample size calculation using G* power program. Journal of Suvarnabhumi institute of technology (humanities and soical sciences) 2019;5(1):496-507. (In Thai)
16. American Alliance for health, Physical education, Recreation and dance. Physical education for lifelong fitness: Physical best teacher's guide. Illinois: Human kinetics publishers. 1999.
17. Bureau of sports science, department of physical education, Ministry of tourism and sports. Exercise with body weight "Body Weight Exercise". 2nd edition. Bangkok: Sangchan Printing Limited Partnership, Thailand; 2022. (In Thai)
18. Hattapran P. Application development training body weight and elastic to strengthen the leg muscles of older Muang Mahasarakham. Physical education and sports management of faculty Rajabhat Maha Sarakham university; 2014. (In Thai)
19. Phimai P. Effect of body weight training on health related physical fitness of overweight women. A thesis of master of science (Exercise and sport science). Mahasarakham University; 2019. (In Thai)
20. Siedentop D. Introduction to physical education, Fitness sport. 5th edition. New York. McGraw-hill companies inc; 2003.
21. Yangthung P. The effecs of body weight and aerobic excercises onbody mass index, visceral fat rating and body fat percentage of overweights. Academic journal of Thailand national sport university. 2023;38(2):132-41. (In Thai)
22. Changbunjong T. Effectives of application of pilates exercise program onbody mass index and fat percentage of undergraduate students overweight. Academic journal Suvarnabhumi institute of technology. 2019:193-203. (In Thai)
23. Chaiphiphat A. The Effects of exercise ball training on balance and muscle function in archers. [Thesis]. 2019. [cited 2022 Jan 24]. Available from: http://www.graduate.cmru.ac.th/core/km_file/491.pdf. (In Thai)
24. Klayprom P, Tingsabhat S. Effect of health program coupled school underweight students. an online journal of education 2018;13(4):316-29. (In Thai)

25. Kaewbangurt U, Naewbut S, Chanwijit Y. Effects of Thai boxing aerobic dance health promotion program on body mass index, waist circumference and physical fitness among persons with overweight. Journal of nursing and health care. 2021;40(3):35-44. (In Thai)
26. Sangsaikaew A, Korcharoenyos C, Donprapeng B, Sirisawat M. The effects of promoting physical activity in daily life program on pain and disability in patients with non–specific low back pain. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39(1):1-13. (In Thai)
27. Nochit W, Tangwongkit T, Jadpum J, Deeprasit M. The effect of stabilization back exercise promotion program on exercise behavior and back muscle endurance among farmers. Journal of nursing and education. 2019; 10(4):41-62. (In Thai)
28. Jaijum P, Tuntipunjaporn T. Effectiveness of stretching with ergonomics training program to relive back pain and increse back muscle stretching in hand weaving workers, Mae Rang Sub-district, Pa Sang District, Lumphum Province. Journal of Science & Technology, Ubon Ratchathani University 2017;20(3):29-39. (In Thai)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2566

Journal of Nursing and Health Care
VOLUME 41 NO.1 : JANUARY - MARCH 2023

e260934

การพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ขวัญจิต เชิงชาโน พย.บ.*
วิลัยรัตน์ จันทาทิพย์ พย.ม.**
จรินญา บุ้งทอง พย.ม.**

(วันรับบทความ: 4 มกราคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 4 มีนาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 7 มีนาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ระยะที่ 1ระยะพัฒนารูปแบบเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ฉบับ บุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลแบบสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 เป็นการนำรูปแบบฯ ไปใช้ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทดสอบก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 คน ผู้ดูแลจำนวน 20 คน และบุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 16 คน ระยะเวลาที่ทดลองระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบวัดความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครอบครัวและสหวิชาชีพ แบบบันทึกผลลัพธ์ของการพัฒนาการพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา สถิติทดสอบ Wilcoxon sign rank test, Mann-Whitney U

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แผนการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) การจัดการรายกรณี 4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว สามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง (W=90, $p< 0.01$) ยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดเพิ่มขึ้น (W=120, p =0.009) การกลับมารักษาซ้ำลดลง (W=90, p<0.01) ค่ารักษาพยาบาลลดลง (W=74, p<0.01) ความรู้ของพยาบาล หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลมีความรู้มากกว่าก่อนการอบรมแตกต่างกัน (p<0.05) หญิงตั้งครรภ์ ผู้ดูแล และบุคลากรสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean= 4.68, S.D. = 0.46, Mean= 4.55, S.D. = 0.47 และ Mean= 4.71, S.D. = 0.38) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การจัดการรายกรณี การมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลลัพธ์การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีสะเกษ
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ
*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: kaidao2507@gmail.com Tel: 084-9609101

Development of Nursing for Pregnant to Preterm Labour, Sisaket Hospital

Khuanjit Cherngchawano B.N.S.*
Wilairat Chanthathip M.N.S.**
Jarinya Boongthong M.N.S.**

(Received Date: January 4, 2023, Revised Date: March 4, 2023, Accepted Date: March 7, 2023)

Abstract

The aim of this study was to develop a nursing care model and evaluate the nursing outcomes of caring for pregnant women with preterm labor at Sisaket Hospital. The study was conducted from June to December 2022 and was divided into two phases as follows. Phase 1 was a qualitative study consisting of examining the medical records of 20 pregnant women who experienced preterm labor and interviewing 12 randomly selected multidisciplinary staff. The qualitative data were collected using interview forms and analyzed using descriptive statistics and content analysis. Phase 2 was the implementation of the nursing model using a quasi-experimental, one-group, pre and post-test research design. The participants were 20 pregnant women who experienced preterm labor, 20 caregivers, and 16 multi-disciplinary team members. The data on the nursing model was collected from November to December 2022 using the satisfaction questionnaire. Descriptive statistics, content analysis, Wilcox sign-rank tests, and Mann-Whitney U tests were used for analysis.

The results showed that the nursing model developed consisted of 1) care planning, 2) care interventions, 3) case management, and 4) family involvement. The program implemented was able to help extend the duration of pregnancy by over 48 hours (W=90,p< 0.01), extending the pregnancy from preterm to term labor (W=120, p=0.009) and reducing the frequency of revisiting for related treatments (W=90.p <0.01), and decreased medical and nursing care costs (W=74, p<0.01). Upon the completion of the program, the knowledge scores of the nurses, pregnant women and their caregivers were statistically significantly different than prior to participating in the program (p<0.05). The level of satisfaction toward the nursing care model of the pregnant women, caregivers, and multidisciplinary staff were very high and were M = 4.68, S.D. = 0.46, M= 4.55, S.D. = 0.47, and M= 4.71, S.D. = 0.38, respectively.

Keywords: Premature labour, Nurse case manager, Family participation, Nursing outcomes

*Registered Nurse (Senior Professional Level), Sisaket hospital
**Registered Nurse (Professional Level), Sisaket hospital
*Corresponding author, kaidao2507@gmail.com Tel: 084-960910

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ เนื่องจากทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ร้อยละ 50-80[1] และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพประชากรของประเทศ[2] จากรายงานขององค์การอนามัยโลก[3] พบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2021 ร้อยละ 5-18 ประเทศที่มีรายได้ต่ำพบมากถึงร้อยละ 12 สำหรับประเทศไทยมีรายงานข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด ปี ค.ศ. 2019-2021 พบร้อยละ14.54, 12.38 และ 12.47 ตามลำดับ จังหวัดศรีสะเกษพบร้อยละ 10.46, 10.07 และ 10.51 ตามลำดับโรงพยาบาลศรีสะเกษพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.22, 12.15 และ 11.51 ตามลำดับ[4] แม้ว่าจำนวนการคลอดก่อนกำหนดจะลดลงแต่พบว่าโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด[5]

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารกผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการนอนในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด[6,7] เป็นผลให้มารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์[8]ผลกระทบที่เกิดกับทารกที่คลอดก่อนกำหนดพบว่าทารกเสียชีวิต 1 ใน 10 คนมีภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง โรคปอดเรื้อรัง ภาวะลำไส้เน่า พัฒนาการล่าช้า[2] นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว เช่น สมองพิการหรือความสามารถในการมองเห็นผิดปกติ[8] เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่าค่ารักษาพยาบาลของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ย 200,000 ถึง 300,000 บาท ต่อราย[9]

โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาพยาบาลโรคที่ซับซ้อนรวมทั้งบริการรับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะวิกฤตทางสูติกรรมจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 21 แห่ง หน่วยงานห้องคลอดมีหน้าที่หลักให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง บริการทำคลอดปกติ รวมทั้งให้บริการตรวจรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการรับไว้ในห้องคลอด เพื่อให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อชะลอการคลอดก่อนกำหนด และการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านตามแนวทาง[8,10] จากรายงานข้อมูลห้องคลอดปีงบประมาณ 2562-2564 พบว่าการรับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีจำนวน 622, 616 และ569 คน ตามลำดับ จากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 5,020, 4,516, 4,205 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 12.39, 13.64 และ 13.53 ตามลำดับ ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้คิดเป็นร้อยละ 57.40, 58.12 และ 56.77ตามลำดับ[11] จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการทบทวนเวชระเบียนสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล พบปัญหาดังนี้ ด้านผู้ให้บริการพบว่าพยาบาลร้อยละ 35.71 มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี ยังขาดประสบการณ์ในการทำงานจากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี มีผลต่อสรรถนะของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 15.50[12] การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ไม่เพียงพอในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 100[13] ด้านการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า แผนการดูแลไม่มีความเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อที่บ้านพบว่า ขาดการนำบุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งพบหญิงตั้งครรภ์กลับมารักษาซ้ำร้อยละ 16.48 จากการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 76.10[13] พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และการวางแผนจำหน่าย จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากไม่ทราบอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้น ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายที่ดี จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนและการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น[14]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้เป็นรูปธรรม โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการรายกรณี และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยมี

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการติดต่อประสานงานระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายและใช้แผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตาม Care map ของการจัดการรายกรณีซึ่งประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Powell[15] และแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ของ Donabedian[16] เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่

2.1 ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) ความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.2 ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ได้แก่ 1) ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล

2.3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ 1) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง 3) ค่ารักษาพยาบาล 4) การกลับมารักษาซ้ำ และ 5) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)โดยใช้การจัดการรายกรณี (Case management) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Powell[15] ร่วมกับทฤษฎีแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ของ Donabedian[16] ที่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ แนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วยระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 2 การนำรูปแบบไปใช้ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย 1. ผลผลิต (Output)ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการได้แก่ 1) การปฏิบัติตามการพยาบาล 2) ความรู้ของพยาบาล 3) ความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพ 2. ผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ 1) ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล 2) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล 3.ผลลัพธ์ (Outcome) ทางการพยาบาล 1) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2) ค่ารักษาพยาบาล 3) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง 4) การกลับมารักษาซ้ำ 5) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบเป็นวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ และระยะที่ 2 การนำรูปแบบไปใช้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองทดสอบก่อนและหลังการใช้รูปแบบพื้นที่ดำเนินการคือ งานห้องคลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

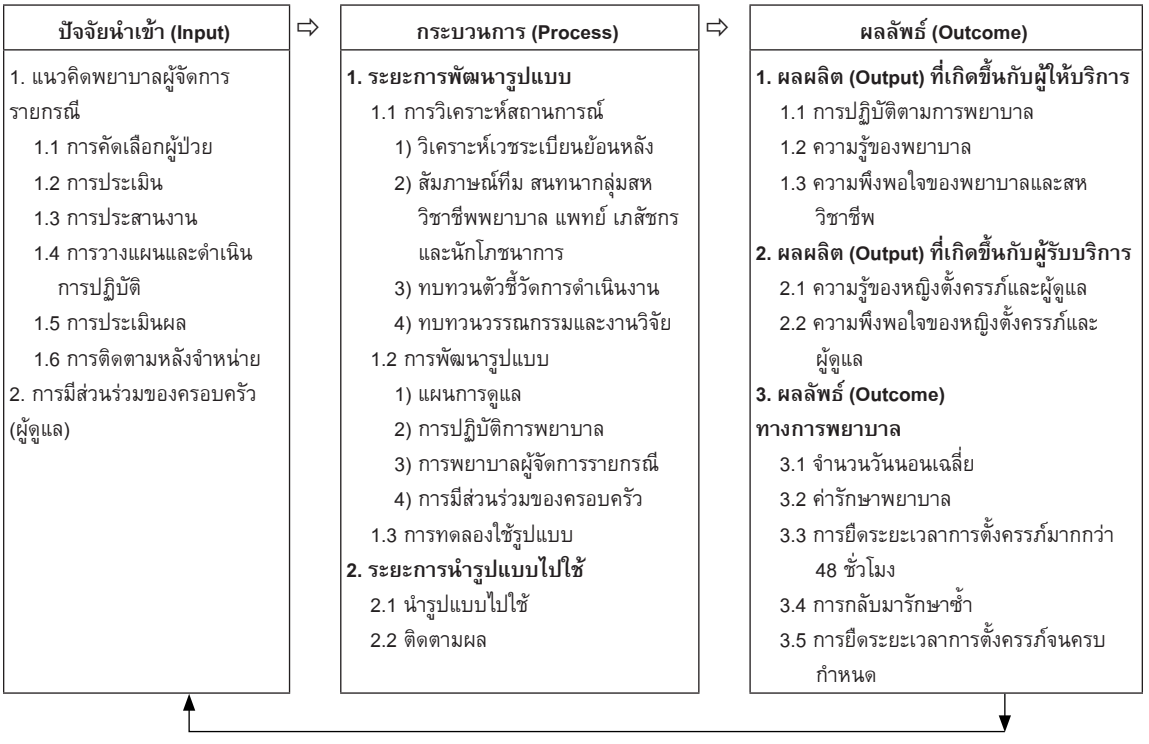
1. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ

1.1 ระยะศึกษาสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นทีมสุขภาพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 9 คน สูติ-นรีแพทย์ 3 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ1) มีประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินดีและสมัครใจในการให้ข้อมูลและศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ

1.2 ระยะพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสูติศาสตร์หรือมีอายุงานมากกว่า 10 ปีจำนวน 3 คน สูติ-นรีแพทย์จำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน นักโภชนาการจำนวน 1 คน และทีมผู้วิจัยจำนวน 3 คนรวมทั้งหมด 9 คน ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ระยะทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 คนและผู้ดูแลจำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะนำรูปแบบไปใช้

2.1 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมคือ หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทบทวนจากเวชระเบียนระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36^{+6} สัปดาห์ 2) ตรวจพบอาการแรกรับอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ (1) มีมดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือมดลูกหดรัดตัวมีระยะห่าง ไม่เกิน 8 นาที (2) มีปากมดลูกเปิดขยาย มากกว่า 1 เซนติเมตร (3) มีปากมดลูกบางมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80เกณฑ์การคัดออกคือ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องดูแลอย่างรีบด่วน หรืออยู่ในภาวะวิกฤติใกล้คลอด เช่น มีอาการเลือดออก มีความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 mmHg 2) ทารกในครรภ์เสียงหัวใจเต้นผิดปกติ

2.2 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง คือ

2.2.1 หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับบริการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-36^{+6} สัปดาห์ 2) ตรวจพบอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ (ทำการตรวจโดยแพทย์หรือพยาบาล) (1) มีมดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือมดลูกหดรัดตัวมีระยะห่าง ไม่เกิน 8 นาที (ประเมินด้วยเครื่อง Electronic fetal monitoring: EFM นาน 20 นาที) (2) มีปากมดลูกเปิดขยาย มากกว่า 1 เซนติเมตร (3) มีปากมดลูกบาง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 3) ยินยอมให้ความร่วมมือ

ในการวิจัย 4) สัญชาติไทย อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ กำหนดเกณฑ์คัดออกดังนี้1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องดูแลอย่างรีบด่วน เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอดมีความดันโลหิตสูง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 (α=.05) อำนาจในการทดสอบที่ระดับ (Power analysis: 1-β)=0.80 วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นผลการศึกษาของชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช[17]ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียวของ Cohen[18] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 18 คนเพื่อป้องกันการสูญหายและการไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คน

2.2.2 ผู้ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและสูติ-นรีแพทย์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 16 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) ยินดีเข้าร่วมวิจัย 2) ปฏิบัติงานระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 3) มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไปเกณฑ์การคัดออกคือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง

2.2.3 ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา มารดา สามี ญาติหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2) พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับหญิงตั้งครรภ์ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) มีสัญชาติไทยอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้เกณฑ์การคัดออกคือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนารูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์บุคลากรสหวิชาชีพก่อนการพัฒนาโดยมีประเด็นดังนี้ 1) ปัญหาการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) อุปสรรคระหว่างการดูแลรักษา และข้อเสนอแนะ

1.2 แบบตรวจสอบเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้บันทึกข้อมูลทั่วไป อายุครรภ์เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุครรภ์เมื่อคลอด การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง อายุครรภ์เมื่อคลอด และค่ารักษาพยาบาล

1.3 แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลในระยะการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ขั้นตอนการดูแล บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี บทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมและบทบาทของสหวิชาชีพ

1.4 รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 1) แผนการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว

1.5 เครื่องมือที่ใช้ดูแลตามรูปแบบได้แก่ 1) แผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย 8 กิจกรรม 3) แผนการสอนเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว 4) คู่มือเรื่องหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

1. แบบสัมภาษณ์บุคลากรสร้างแนวคำถามแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ว่ามีความเป็นไปได้ เข้าใจคำถามเป็นไปในทางเดียวกันหรือไม่ จำนวน 9 คน พบว่าทุกคนตอบตรงกัน

2. แบบบันทึกภาคสนาม ทีมวิจัยเป็นเครื่องมือ มีประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพและสามารถพิจารณาเนื้อหาความรู้ได้โดยกรอบความคิดสำหรับการบันทึกภาคสนามได้แก่ รูปแบบการพยาบาล และขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 1) แผนการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว

4. เครื่องมือที่ใช้ประกอบการดูแลตามรูปแบบ ได้แก่ 1) แผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) แผนการสอนเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว 4) คู่มือเรื่องหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) แผนการสอนเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว 3) คู่มือเรื่องหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นไปหาความเที่ยงตรง (Content validityindex: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านได้ค่า CVI ของแผนการดูแล 0.93 แผนการสอน 0.93 และคู่มือ 0.97 ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนการพยาบาลสาขาผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง แก้ไข ก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 2 ระยะนำรูปแบบไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

2.1 แบบบันทึกเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป อายุครรภ์เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุครรภ์เมื่อคลอด การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ค่ารักษาพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ และการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนด

2.2 แบบทดสอบความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเรื่องภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ = 0 คะแนนการแปลผลคะแนนความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Bloom[19] ดังนี้น้อยกว่าร้อยละ 60 (≤ 8 คะแนน) = ความรู้ระดับต่ำร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) = ความรู้ระดับปานกลางมากกว่าร้อยละ 79 (≥ 12 คะแนน) = ระดับความรู้สูง

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแลจำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง คำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับโดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (การให้คะแนนพึงพอใจมากที่สุด = 5 พึงพอใจมาก = 4 พึงพอใจปานกลาง = 3 พึงพอใจน้อย = 2 พึงพอใจน้อยที่สุด = 1) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับตามแนวคิดของ Best[20] ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.4 = พึงพอใจน้อยที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 = พึงพอใจน้อยคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 = พึงพอใจปานกลางคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 = พึงพอใจมากคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 = พึงพอใจมากที่สุด

2.4 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบข้อที่ถูกข้อเดียวในหลายคำตอบ (การให้คะแนนตอบถูก = 1 ตอบผิด = 0) คะแนนที่เป็นไปได้คือระหว่าง 0-15 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาก การแปลผลคะแนนความรู้ของพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Bloom[19] ดังนี้ น้อยกว่าร้อยละ 60 = ความรู้ระดับต่ำร้อยละ 60-79 = ความรู้ปานกลางมากกว่าร้อยละ 79 = ความรู้ระดับสูง

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของพยาบาลและสหวิชาชีพจำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (พึงพอใจมากที่สุด = 5 พึงพอใจมาก = 4 พึงพอใจปานกลาง = 3 พึงพอใจน้อย = 2 และพึงพอใจน้อยที่สุด = 1) การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับตามแนวคิดของ Best[20] ดังนี้คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 = พึงพอใจน้อยที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 = พึงพอใจน้อยคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 = พึงพอใจปานกลางคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 = พึงพอใจมากคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 = พึงพอใจมากที่สุด

2.6 แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลตามแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังนี้ 1) การพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจำนวน 12 ข้อ 2) การพยาบาลยับยั้งการหดรัดตัวมดลูก จำนวน 8 ข้อ 3) การพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการจำนวน 8 ข้อ 4) การพยาบาลลดความวิตกกังวลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวจำนวน 8 ข้อ 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำแนกเป็น 5.1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวมดลูกจำนวน 7 ข้อ 5.2) เฝ้าระวังภาวะ

แทรกซ้อน การติดเชื้อถุงน้ำคร่ำจำนวน 8 ข้อ 5.3) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ตกเลือดก่อนคลอดจำนวน 4 ข้อ 5.4) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจำนวน 5 ข้อ 6) การพยาบาลคลอดก่อนกำหนดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จำนวน 3 ข้อ 7) การพยาบาลวางแผนจำหน่ายจำนวน 12 ข้อ 8) การพยาบาลติดตามภายหลังจำหน่ายจำนวน 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (การให้คะแนนปฏิบัติทุกครั้ง = 2 ปฏิบัติบางครั้ง = 1 ไม่ได้ปฏิบัติ = 0) การแปลผลการปฏิบัติของพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best[20] ดังนี้ น้อยกว่าร้อยละ 60 (1 - 1.66) = ระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 (1.67 - 2.32) = ระดับปานกลาง มากกว่าร้อยละ79 (2.33 - 3.00) = ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content of validity index: CVI) ในด้านความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติ-นรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาผดุงครรภ์ 2 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงสาขาผดุงครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติงานห้องคลอด 1 ท่านขั้นที่ 1 นำแบบสอบถามการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพร้อมโครงร่างวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้อง ความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้คะแนนเป็น 4,3,2,1 (4 = เกี่ยวข้องมากที่สุด, 3 = เกี่ยวข้องมาก, 2 = เกี่ยวข้องน้อย, 1 = ไม่เกี่ยวข้องเลย) ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็นขั้นที่ 3 รวมจำนวนข้อคิดเห็นที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 การหาดัชนีความตรงตามเนื้อหานำมาหาค่า CVI ได้ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว เท่ากับ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัวเท่ากับ 1 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 0.98 และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 0.97 และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำมาใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 1

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 30 รายโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ Cronbach's coefficient alpha[18] ได้ดังนี้ แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัวเท่ากับ 0.9 แบบสอบถามความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัววิเคราะห์ด้วยสถิติ Kuder-Richardson (KR-20)[21] ได้เท่ากับ 0.8 และกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 30 คน ดังนี้ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพต่อการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 0.93 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เท่ากับ 0.86

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ระยะพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

3.1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ 1) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ทบทวนเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 3) สัมภาษณ์บุคลากรทีมสหวิชาชีพ เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.1.2 พัฒนารูปแบบการพยาบาล บันทึกข้อมูลภาคสนามจากการประชุมของทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ 1) แผนการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาล 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว

3.1.3 ตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดังนี้

1) ประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน แนวทางการรายงานเมื่อเกิดปัญหา อุปสรรค และเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้สอบถามข้อเสนอแนะ เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทำแบบทดสอบความรู้และทักษะของพยาบาลก่อนและหลังการอบรม

3) ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับบริการในห้องคลอด

3.2 ระยะนำรูปแบบไปใช้

3.2.1 ดำเนินการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ เชิญเข้ากลุ่มทดลองโดยอธิบายเพื่อขอคำยินยอมร่วมโครงการวิจัย เป็นการขอคำยินยอมจำนวน 16 คน ประกอบด้วยพยาบาลยินยอม 11 คน แพทย์ยินยอม 5 คน รวมมีผู้ยินยอม 16 คน จากนั้นเก็บข้อมูล Pre-test และดำเนินการอบรมให้ความรู้เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเก็บข้อมูล Post-test หลังสิ้นสุดการดำเนินการตามแผนการอบรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแลโดยดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่ออาสาสมัครยินยอม ผู้วิจัยจึงเข้าพบโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2) คัดเลือกผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังจากหญิงตั้งครรภ์ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และหากผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3) ผู้วิจัยหรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณีนำรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้ประกอบด้วย

(1) การปฏิบัติตามแผนการดูแล 6 ขั้นตอนดังนี้ 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมิน 3) การประสานงาน 4) การวางแผนและดำเนินการปฏิบัติ 5) การประเมินผล และ 6) การติดตามหลังจำหน่าย

(2) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ 2) การพยาบาลยับยั้งการหดรัดตัวมดลูก 3) การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) การพยาบาลส่งเสริมภาวะโภชนาการ 5) การพยาบาลลดความวิตกกังวลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว 6) การพยาบาลวางแผนจำหน่าย 7) การพยาบาลคลอดก่อนกำหนดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และ 8) การพยาบาลติดตามภายหลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 ติดตามผลผลิต และผลลัพธ์ดำเนินการติดตามผลผลิตและผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้นดังนี้

1) ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของพยาบาลและสหวิชาชีพ

2) ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ได้แก่ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแล ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแล

3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ค่ารักษาพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ และการยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ระยะพัฒนารูปแบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการวิเคราะห์เนื้อหาการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยการนำเสนอข้อมูลแบบบรรยายและสรุปเป็นประเด็น

4.2 ระยะนำรูปแบบไปใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การพัฒนาภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนา ภายในกลุ่มโดยใช้สถิติWilcoxon sign rank test 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง การกลับมารักษาซ้ำ การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Mann-Whitney U-test ทดสอบการแจกแจงข้อมูลโค้งปกติด้วย Kolmogorov & Smirnov

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่จริยธรรมวิจัย 063/65 และผู้วิจัยได้คำนึงถึงการดำเนินการบนพื้นฐานของจริยธรรมในงานวิจัย 3 ด้าน คือ การเคารพในตัวบุคคล ผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่ออาสาสมัคร และหลักของความยุติธรรม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทุกประเด็น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ 20 ราย ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 50 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 33.40 สัปดาห์ ฝากครรภ์คลินิกร้อยละ 40 ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70 โดยเฉลี่ยฝากครรภ์ครั้งแรก 14.30 สัปดาห์ การศึกษาจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 70 อาชีพค้าขายร้อยละ 35 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 25,300 บาทต่อเดือน บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักเป็นสามีร้อยละ 55 และมีภาวะเสี่ยงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 85

2. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วย 1) แผนการดูแล (Care Map) ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแล 2) การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ความรู้บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมรับคำแนะนำการปฏิบัติตัวดูแลตนเองที่บ้านใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

3. ผลลัพธ์

3.1 ผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ

การปฏิบัติการพยาบาล พบว่าการปฏิบัติของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ภายหลังการอบรมพยาบาลมีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.54 เป็น 14.72 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติ Wilcoxon sign rank test พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการอบรมของพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นของพยาบาลและสหวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.71, S.D. = 0.38)

3.2 ผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลภายหลังได้รับความรู้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.85 เป็น 12.35 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติ Wilcoxon sign rank test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .002) ส่วนผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 9.20 เป็น 11.50 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .002) (ตารางที่ 1) ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.68, S.D. = 0.46 และ (Mean = 4.55, S.D. = 0.47)

3.3 ผลลัพธ์ (Outcome) ทางการพยาบาล

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 (S.D. = 1.75) มากกว่าก่อนการพัฒนาที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนเท่ากับ 2.30 (S.D. = 0.80) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p > .05) ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 4,749.05 (S.D. = 1,499.94) น้อยกว่าก่อนการพัฒนาที่มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 8,502.8 (S.D. = 4503.01) เมื่อเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) (ตารางที่ 2) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมงหลังการพัฒนาร้อยละ 90 ก่อนการพัฒนาร้อยละ 40 (Z = 3.667) การกลับมารักษาซ้ำหลังพัฒนาร้อยละ 10 ขณะที่ก่อนการพัฒนาร้อยละ 65 (Z = 3.547) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดหลังการพัฒนาร้อยละ 85 ก่อนการพัฒนาร้อยละ 45 เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและครอบครัว ก่อนและหลังการอบรม

ความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		Z	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พยาบาล	10.54	1.96	14.72	0.46	-2.947	0.003
หญิงตั้งครรภ์	10.85	2.13	12.35	0.98	-3.095	0.002
ครอบครัว (ผู้ดูแล)	9.20	2.94	11.50	1.43	-3.138	0.002

ตารางที่ 2 จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการพัฒนา (n=20)		หลังการพัฒนา (n=20)		Mann-Whitney U	Z	P-value
	Mean	SD	Mean	SD			
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	2.30	0.80	2.6	1.75	199.0	-0.033	0.973
ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย	8502.8	4503.01	4749.05	1499.94	74.00	-3.409	<0.001*

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการพัฒนา (n=20)		หลังการพัฒนา (n=20)		Mann-Whitney U	Z	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง	8	40	18	90	90.00	-3.667	<0.001
การกลับมารักษาซ้ำ	13	65	2	10	90.00	-3.547	<0.001
การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนด	9	45	17	85	120.00	-2.619	0.009

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาอภิปรายดังนี้

1. การพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในงานห้องคลอดผลลัพธ์ของการพัฒนาในครั้งนี้ยืนยันประสิทธิผลการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ปัจจัยสำเร็จคือการใช้แผนการดูแล (Care Map) ตามกระบวนการการจัดการรายกรณีซึ่งมี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ 2) การประเมินภาวะสุขภาพ

3) การประสานงานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ 4) การวางแผนและดำเนินการปฏิบัติตามแผน 5) การประเมินผลการดูแล 6) การติดตามหลังจำหน่าย ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกิจกรรมรับคำแนะนำก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของพรสิริ เสนธิริและคณะ[22] ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง การประสาน การใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย การติดตามดูแลต่อเนื่อง และการให้ความรู้สามีและญาติมีส่วนร่วมพบว่า สามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมงและยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดในกลุ่มที่ได้รับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประเมินวางแผนประสานงานตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรและสหวิชาชีพส่งผลต่อการประสานการดูแลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมีคุณภาพ[23]

2. การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า

2.1 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลโดยใช้การจัดการรายกรณี มีจำนวนวันนอน (Mean = 2.6 , S.D. = 1.75) มากกว่าก่อนการพัฒนา (2.30, S.D. = 0.80) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 (W = 90, p < .001) การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดเพิ่มขึ้นร้อยละ 85 (W = 120, p< .009) ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เกิดคุณภาพการบริการที่ดีสามารถยืดอายุครรภ์ได้ มากกว่า 48 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น ยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้เพิ่มขึ้นทำให้วันนอนเพิ่มขึ้น[22] สอดคล้องกับการศึกษาของพรสิริ เสนธิริ และราตรี โกศลจิตร[24]

2. การกลับมารักษาซ้ำใน 7 วันหลังการพัฒนาพบร้อยละ 10 (W = 90, p < .001) แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการที่พัฒนาขึ้นกลับมารักษาซ้ำลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Granata[26] ที่ศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีซึ่งพบว่า การใช้กระบวนการจัดการรายกรณีสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ ร้อยละ 24.2

3. ค่ารักษาพยาบาลหลังการพัฒนา (Mean = 4,749.05, S.D. = 1,499.94) แตกต่างจากค่ารักษาพยาบาลก่อน การพัฒนา (Mean = 8,502.8, S.D. = 4,503.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (W = 74, p< .001) สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล[27] ผลการศึกษาพบว่าค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจาก การจัดการรายกรณีตามแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และอาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาเมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ร้อยละ 55 ซึ่งกลุ่มดังกล่าวจะไม่ได้รับยายับยั้ง การคลอดตามแนวปฏิบัติทำให้มีค่ารักษาพยาบาลลดลง

2.2 ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำและปานกลางร้อยละ 60 หลังได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมีความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ จีระวัฒนะ[28] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับการดูแลมีความรู้ร้อยละ 26.66 หลังจากที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณีมีความรู้ร้อยละ96.30 และสอดคล้องกับการศึกษาของอัสมะ จารูและคณะ[13] ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการรับรู้ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 34

ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 4.68 และ 4.55 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากมีการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาแต่ละรายและได้รับการวางแผนการดูแลตามความต้องการอย่างรวดเร็ว ทำให้หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจสอดคล้องกับการศึกษาของ Gregoire[29] พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดบริการรูปแบบการจัดการรายกรณีในระดับสูงร้อยละ 93 เนื่องจากได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาวิชาชีพ

2.3 ผลผลิตที่เกิดขึ้นกับพยาบาล

พยาบาลมีความรู้และทักษะในการจัดการรายกรณีเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนการอบรมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.5 หลังการอบรมมีความรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้พบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.947$, $p < .003$)

ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.71, S.D. = 0.38) ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีพยาบาลจัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพในการช่วยเหลือและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความพึงพอใจของบุคลากรสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น ซึ่งคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงทุกด้านโดยการได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.88, S.D. = 0.34) ทีมสหวิชาชีพมีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามแผนการดูแลเป็นระยะจึงทำให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดสอดคล้องกับการศึกษาของคนึงนิจ ศรีษะโคตร[30] ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 90 และมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 92

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นทีมพัฒนามาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาสูติกรรมร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ทำให้มีการปฏิบัติการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ต่อเนื่องตามแผนการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการสุขภาพ การนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดควรมีการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้บุคลากรทีมสุขภาพในหน่วยงาน ในรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จากผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญชำนาญงานมากกว่า เพื่อให้เกิดการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีอย่างยั่งยืนและมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาการพยาบาลทางคลินิกไปเป็นแนวทางการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มากขึ้น เพื่อให้ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลสามารถใช้สถิติอ้างอิงได้ และควรมีการศึกษาระยะยาวให้ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระยะจำหน่ายกลับบ้าน และการฝากครรภ์ต่อเนื่อง จนกระทั่งคลอด

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถใช้กับหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทุกคนได้ เนื่องจากมีเกณฑ์การคัดเข้าเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการคลอด และเกณฑ์คัดออกเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีการดำเนินการคลอด ในการวิเคราะห์สถิติผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่าง ๆ ได้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย แต่การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สถิติ Non parametric มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลจากพยาบาลที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อความรู้และความพึงพอใจ แต่ผู้วิจัยได้จัดกระทำอย่างรอบคอบแล้ว โดยพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากทีมบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลศรีสะเกษขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผู้ดูแลตลอดจนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลศรีสะเกษและทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Wanapirak C, Tongsong T. Preterm labour. In :Tongsong T, editors. Obstetrics, 5th ed. Patumthani : P.B. For Book; 2012. p.221-8.(in Thai)
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists *(*ACOG*).* Prediction and prevention of spontaneous preterm birth: ACOG practice bulletin, number 234. Obstetrics and Gynecology 2022;138(2),e65-90.
3. World Health Organization. Preterm birth [Internet] 2022 [Cited 2022 June 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth babies,preterm
4. Ministry of Public Health. Health data center report [Internet]. 2022 [Cited 2022 June 10]. Available from:https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
5. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Indicators Ministry of Public Health [Internet] 2022 [Cited 2022 June 10]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/KPITemplate_MOPH (in Thai)
6. Wade EE, Byers JG, Thagard AS. The state of the science of preterm birth: assessing contemporary screening and preventive strategies. J Perinat Neonatal Nurs 2020;34(2):113-24.
7. Griggs KM, Hrelic DA, Campbell MM, Cypher R. Preterm labor and birth : a clinical review. MCN 2020;45 (6):328-37.
8. The Royal Thai College of Obstetrics andGynaecologists. Clinical practice guideline by the Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists,3rded. Bangkok: P.A. Living; 2022. P. 227-51. (in Thai)
9. Jin JH, Lee SA, Yoon SW. Medical utilization and costs in preterm infants in the first 6 years of life after discharge from neonatal intensive care unit: a nationwide population-based study in korea. J Korean Med Sci 2022;37(12):1-11.
10. Olivier a VC, Sousa IS, Jansen RC, Nogueira MR, Solva IC, Sabina LM. Systematization of nursing care to a patient in premature labor. RavEnfermAtual In Derme 2020;96(37):1-10.
11. Sisaket Hospital. Medical records of Sisaket Hospital. Sisaket: Maternity Nursing Working Group Sisaket Hospital; 2022.(in Thai)
12. Sinwisarn N, Wasinee W. Relationships between working experiences, educational training, emotional intelligence, working environment, and nurse competency in cardiothoracic surgical ward, the tertiary hospitals. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2020;30(1):46-59.(in Thai)
13. Jaru A, Chatchawe W. Factors predicting self-care behaviors among pregnant women with successful Inhibition of preterm labor. Songklanagarind Journal of Nursing 2019;39(1):79-92.(in Thai)

14. Waichompu N, Kunghauy A. Development of a discharge planning model for pregnant women with preterm labour pain. Sc-Net 2015;2(3):114-28.(in Thai)
15. Powell SK, Tahan HA. Case management: a practical guide for education and practice, 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
16. Donabedian A. Selecting approaches to assessing performance: an introduction toquality assurance in health care. New York: The American University of Armenia Corporation; 2003.
17. Kaewveingdach C, Vorapoo B, Naosrisorn P, Meekaew W, Thonguntang C. Development of a discharge planning model for pregnant women with preterm labor, Amnatcharoen Hospital. JAHS SSRU 2021;6(1):77-89. (in Thai)
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
19. Bloom BS, Madaus GF, Hasting JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill; 1971.
20. John WB, Jame VK. Research in education. 3rded. New Jersey : Prentice Hall Englewood Cliffs ;1977.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
22. Senthiri P, Srisong S, Pomprakai R, Permchat M. Development of the nursing model for pregnant women to prevent preterm labour. Journal of Nursing and Health Care 2016;34(2):164-73.(in Thai)
23. Muangin W, Akarawanasakun B, Wongkaew O, Mongkhonittivech N. Outcomes of nursing clinical practice guideline development for septic shock in medical intensive care unit at Chiang RaiPrachanukroh Hospital. Journal of Nursing Science & Health 2020;43(1):97-108. (in Thai)
24. Kosonjit R, Noimuenwai P. Effectiveness of case management in patients with diabetic mellitus at Pak Phli Hospital, NakhonNayok Province. Nursing J 2017;44(1):26-38. (in Thai)
25. Choijorhor R, Serisathien Y, Ratinthorn A, Kovavisarach E. The effects of nursing therapeutics on preventive management of preterm labor, readmission and gestational age at birth in pregnant women with preterm labor. J NursSci 2009;27(2):39-48.(in Thai)
26. Granata D, Kendra M, Chiu SH. A case manager-led pneumonia care bundle in a Subacute Rehabilitation Facility. Prof CaseManag 2022;28(2):55-9.
27. Duangkaew A, Jumpamool A. Effect of case management for hemorrhagic stroke patients on length of stay, cost of care and provider's satisfaction. Journal of Nursing and Health Care 2018;36(3):42-50. (in Thai)
28. Jerawatana R, Reutrakul S, Siripitayakunkit A. The effect of advanced practice nurse-led intervention program on outcomes in diabetes patients with complex problems. Rama Nurs J. 2018;24(1)51-68. (in Thai)
29. Grégoire-Briard F, Horwood G, Berger P, Gomes M, Davis L, Black A. A patient-centred approach to early pregnancy loss: the first 18 months of a canadian outpatient program for early pregnancy loss (OPEL). J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2022 [Cited 2022 June 10] ;44(5):503-7. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.11.018
30. Srisakhot K, Thipwat S. Development of case management model with ST-segment elevation myocardial infarction receiving thrombolytic drugs. Journal of Nursing and Health Care 2018;36(4):232-42. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคะวันออกเฉียงเหนือ ได้จัดทำ ขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งบทความมาเผยแพร่ในวารสารนี้ กองบรรณาธิการยินดีรับบทความที่ท่านส่งมาและยินดีสรรหาผู้เชี่ยวชาญในบทความที่ท่านเขียนมาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์แบบ โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. รายงานผลการวิจัย หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านการพยาบาลหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ทำขึ้นใหม่ (original article) ทั้งนี้จะต้องเป็นการศึกษาที่ส่งประโยชน์ ทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล หรือการดูแลสุขภาพ

2. บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ หรือวิชาชีพการพยาบาลฯ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและ Abstract ภาษาอังกฤษ จะต้องมีความยาวไม่เกินอย่างละ 250 คำ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น

2. ต้นฉบับ ต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ และส่งเข้าใน E-mail: jnatned@gmail.com

3. จัดเตรียมต้นฉบับโดยมีเนื้อหาบทความที่มีความยาวไม่เกิน 10 หน้า (รวมรูปภาพและตาราง) พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบน ล่าง ซ้าย และขวา 2.54 ซ.ม. พร้อมทั้งเบอร์โทรและ E-mail ของเจ้าของต้นฉบับที่สามารถติดต่อได้

4. ผู้ที่ประสงค์จะส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

1. บทความทางวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง ต้องไม่ระบุสถานที่ และคำเฉพาะในหัวข้อและเนื้อเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรกและมีชื่อเรื่องเป็นภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and Co-authors) ต้องระบุชื่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษพร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด ตัวอย่างเช่น สมจิต แดนสีแก้ว ปร.ด.*, Somjit Daenseekaew Ph.D.* และผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งและสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถของหน้าแรก

2. รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 250 คำ ให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ ที่มาและความสำคัญ (Background) วิธีดำเนินการศึกษา (methods) ผลการศึกษา (results) สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (conclusion and application)

2.3 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อเหนือเชิงอรรถ (Foot note) ต้องกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ เช่น กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)

2.4 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (practice trigger) และ/หรือจากผู้ใช้บริการ (patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (gap of practice) และวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย

2.5 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้กล่าวถึง

- ชนิดของการวิจัย (research design)
- สถานที่และวันเวลาที่ศึกษา
- กลุ่มประชากร และกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่าง และเกณฑ์การเลือกตัวอย่าง
  - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- เครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา
- การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์
- จริยธรรมการวิจัย ระบุองค์กรที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และรหัสหรือหมายเลขของเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย <u>งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์</u>

2.6 ผลการวิจัย (Results) รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยายและตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย หากมีตารางจะต้องไม่เกิน 2 ตาราง ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้งบรรจุข้อมูล ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง กรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ที่ผู้นิพนธ์เป็นเจ้าของภาพ ขนาดโปสการ์ด ใส่คำอธิบายรูปไว้ใต้ภาพโปสการ์ด คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ใต้ภาพ

2.7 การอภิปรายผล (Discussion) เริ่มด้วยการสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ทบทวนว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ อภิปรายแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย อธิบายเหตุผลที่ผลการวิจัยออกมาดังที่เป็น และเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นการกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าการทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้น ๆ แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 เอกสารอ้างอิง (References) เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัยมีรายละเอียดในการเขียนดังนี้

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความจริงและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouvers' style) ซึ่งนิยมใช้ในวารสารทั่วๆ ไปดังนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่อง ถ้าอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมา โดยตัวเลขพิมพ์ด้วยตัวยก หมายถึง ลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงที่อ้างไว้ในท้ายบทความซึ่งต้องเขียนให้ตรงกัน การเรียงหมายเลข ให้เริ่มต้นด้วย เลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

ตัวอย่าง อัตราการให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกหลังคลอดต่ำกว่าเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ คือให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ได้ร้อยละ 30 เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2549[1,2,3] มีการรณรงค์โดยใช้สื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมและใช้หลายวิธีร่วมกัน[4,5]

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความจริง และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดแม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอะไรก็ตาม

เอกสารอ้างอิงเป็นวารสาร การเขียนเอกสาร อ้างอิงที่เป็นวารสาร ประกอบด้วย หมายเลขลำดับการอ้างอิง ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ฉบับที่ : หน้า. หากมีผู้เขียนจำนวน 1-6 คนให้เขียนชื่อทุกคน ถ้ามากกว่านั้นให้เขียนชื่อคนที่ 1 ถึง 6 และคณะ. แทน

ตัวอย่างการอ้างอิงจากวารสาร

Chaichan S, Daenseekeaw S. Preventive factor of alcohol use among teenager. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2010; 8(4):35-45.

Daenseekeaw S, Klungklang R, Chomnirutana W. Factors Associate with Successful Smoking Cassation: Thai Issan Villagers Perspective. Journal of Nurses'Association of Thailand North-Eastern Division 2010;28(3):42-51.

ตัวอย่างการอ้างอิงจากหนังสือ

Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2002.

ตัวอย่างการอ้างอิงจากอินเตอร์เน็ต

Ministry of Public Health. Percentage of the elderly population with desirable health behaviors [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 05]. Available from: http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=1492.

ข้อตกลง

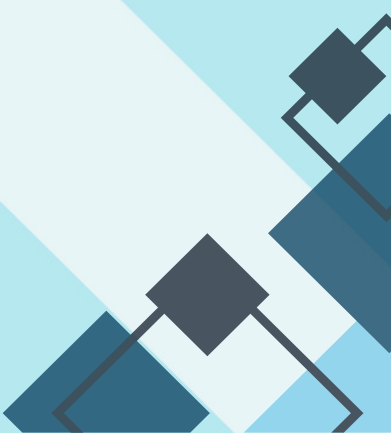
1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ และต้องได้รับการรับรองจากกรรมการจริยธรรม

2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ในทุกประการ

3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน

4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความนั้นให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

1. รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail : jnatned@gmail.com

2. สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail : jnatned@gmail.com