



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
สำนักงานสาขากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
The Nurse's Association of Thailand

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ Journal of Nursing and Therapeutic Care

ปีที่ 43 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม) 2568
Volume 43 No.1 (January - March) 2025

ISSN 2985-1432 (Online)



JNTC



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

เจ้าของ	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ที่ปรึกษา	นางสาวกรรณิกา โทตักษานกุล นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บรรณาธิการที่ปรึกษา	
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	ข้าราชการเกษียณอายุ
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์	ข้าราชการเกษียณอายุ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.ดรณิ รุจกรกานต์	วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี	นายกกิตติมศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บรรณาธิการ	
รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิวา เจียรณีย์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
บรรณาธิการผู้ช่วย	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
อาจารย์ ดร.กชกร เพี้ยซ้าย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.จิรนุช สมโชค ไวก์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยโขงโขทัยธรรมมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)
รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีัญญา จุฬาริ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร์แมนน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิริดา ไกรนุวัตร	วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
อาจารย์ ดร.สาตี แยมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Mr. Kent Dale Hamilton	Faculty of Liberal Art Ubon Ratchathani University (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)
ดร.ศศิมา ทองสาย	สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
ฝ่ายจัดการ	
อาจารย์ นุชพร ตุมใหม่	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ชนิษฐา พรหมกระโทก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พว.นิพนธ์ วาดาดา	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
พว.กนกนภา กิ่งสันเทียะ	นักวิชาการอิสระ
พว.พัชรี จันทะจร	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวภาณุมาศ หาญสุรีย์	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

International Editorial Board Journal of Nursing and Therapeutic Care

Professor Patraporn Bhatarasakoon	Faculty of Nursing, Chiang Mai University, TH
Professor Wilaiporn Rojjanasira	Graceland University School of Nursing, Independence, Missouri, USA
Professor Suparp Aree-Ue	¹ Department of Epidemiology and Biostatistics ² Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH
Associate Professor Chantira Chiaranai	Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, TH
Associate Professor Jom Suwanno	Faculty of Nursing, Walailak University, TH
Associate Professor Wasana Ruaisungnoen	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH
Associate Professor Samoraphop Banharak	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH
Associate Professor Buratin Khampirat	Institute of Social Technology, Suranaree University of Technology, TH (Statistician)
Associate Professor Inthira Roopsawang	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH
Professor Benno von Bormann	Independent researcher and Visiting Professor, Institute of Medicine, Suranaree University, TH



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์ อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นหว่านำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ขอเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ.ดร.พิชญ์ประอร ยังเจริญ
2. รศ.ดร.สมรภพ บรรณารักษ์
3. รศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ
4. รศ.ดร.ฉิมห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส
5. รศ.ดร.วลัยพร นันทศุภวัฒน์
6. รศ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์
7. รศ.ดร.จอนพะจง เพ็งจาด
8. รศ.ดร.ศรัญญา จุฬารี
9. รศ.ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ
10. รศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ
11. รศ.ดร.เรวดี เพชรศิราสันต์
12. รศ.ดร.ยุพา จิวพัฒน์กุล
13. ผศ.ดร.วารี กังใจ
14. ผศ.ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ
15. ผศ.ดร.บุญสืบ โสโสม
16. ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์
17. ผศ.ดร.ธนภรณ์ ลีศรี
18. ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์
19. ผศ.ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม
20. ผศ.ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์
21. ผศ.ดร.อภิญา วังค์พิริโยธา
22. ผศ.ดร.ศุภวดี แก้วเพ็ญ
23. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง
24. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ
25. ผศ.ดร.ศรินรัตน์ จันทพิมพ์
26. อ.ดร.ลักขณา ไชยนอก
27. อาจารย์ ดร.สาดี ฮามิลตัน
28. อาจารย์ ดร.อัจฉรา อ่วมเครือ
29. อาจารย์ ดร.ณัฐริตา เพชรประไพ
30. อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
31. อาจารย์ ดร.จิรนุช สมโชค ไวท์
32. อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์
33. อาจารย์ ดร.กชกร เพ็ญชัย
34. ดร.เอกชัย ภูผาใจ



สารบัญ

บทบรรณาธิการ			1-3
บทความวิจัย			
* การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม	สมฤดี พุนทอง เจตจรรยา บุญญกุล สุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์ นิติกุล บุญแก้ว	e275168 (1-12)	
* การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์	ชนัชชา อุปฮาด นิลกุล รุจิรประเสริฐ	e275755 (1-18)	
* การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีภาวะเสพติดหนัก โดยการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย	ทิพสุคนธ์ มูลจันทน์ ไกรวุฒิ ศรีจันทร์	e276056 (1-15)	
* การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ	ศิริรัตน์ จารุรัชกุล วิไลรัตน์ จันทาทิพย์ ฐิตารีย์ ชัยบรรจงวัฒน์ คำสอน แซ่อึ้ง	e275994 (1-16)	
* การพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้านโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ	อุทัย น้อยพรหม ชฎาภรณ์ ศรีบุญทอง เพชรรัตน์ ทัดเทียม	e276128 (1-16)	
* การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล	นัยนา เดชสุภา ปวีณา พงษ์พินนา วรางคณา คำยิ่ง ศิริพร หัวใจแก้ว	e276913 (1-19)	
* ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม	ฉัตรทอง เวบสูงเนิน สุรัตน์ คร่ำสุข เจริญชัย หมิ่นห่อ อรุมา แก้วเกิด	e277188 (1-12)	
* การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต	จินตพัทธ์ร์ จันทะโคตร พนิดา เชียงทอง สุรัชนา พงษ์ประสุวรรณ	e277077 (1-16)	
* การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการณทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายที่ได้รับการระงับความรู้สึก	ปัญชพร เจริญสุข ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ รพีพรรณ สังสุวรรณ ปวีณา พงษ์พินนา	e276417 (1-19)	
	วรางคณา คำยิ่ง ลักษณ์า ตูพันตุง อุษา กิ่งนอก วัชระ ประเทศา		



สารบัญ

- | | | |
|---|---|-------------------|
| * คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: การศึกษาแบบสหสถาบัน | เอี่ยมพร สุ่มมาตย์ มนธิดา แสงเรืองเอก
กิติพงษ์ เรือนเพชร วิราพร สืบสุนทร | e277444
(1-15) |
| * ผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด โดยบูรณาการ
การมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบการดูแลรักษาแบบมีพี่เลี้ยง
ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ใช้สารเสพติด ตำบลนาเวียง
อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร | อารีรัตน์ เนติวัชรเวช บัวดิน จวนสง
รัตนภรณ์ ทองคำ | e277467
(1-17) |
| * ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
ต่อ ความรู้ พฤติกรรม การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่
จังหวัดนครราชสีมา | ปัญจนิษฐ์ ทองโปร่ง
ประพัทธ์สร แยมโกสุม
ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์
ธวัลรัตน์ จรสระน้อย | e277404
(1-16) |
| * อื่น ๆ | | |
| * คำแนะนำสำหรับผู้เขียน | | |



Editorial Message

Developing Skills for Early-Career Researchers to Publish in International Journals

Chantira Chiaranai RN, PhD¹
Somchit Hanucharuenkul RN, PhD²

Publishing research articles in international journals is crucial for expanding knowledge and creating a global academic impact.¹ However, many early-career researchers face challenges in preparing manuscripts that meet the rigorous review and acceptance standards of high-quality journals. This editorial discusses key strategies to enhance researchers' skills and improve their chances of successful publication.

1. Ethics in Publishing Scholarly Work

As nursing scholars have been publishing more and more works in national and international journals, the issue of misconduct in publishing must be seriously considered. Lambert and Lambert² suggested avoiding misconduct in publishing (a) plagiarism both others and own published work; (b) putting a person's name on a manuscript without any contribution; (c) no permission to use or translate copyrighted research instruments and, (d) submitting a manuscript to more than journals at the same time. The authors should also look at the publications Ethic as outline by the selected journal which the authors want to publish their work.

2. Understanding the Publication Process

Publishing in international journals involves several steps, including selecting an appropriate journal, formatting the manuscript according to journal guidelines, undergoing peer review, and revising the manuscript based on reviewers' feedback.³ Early-career researchers should familiarize themselves with these steps to minimize errors and increase publication success rates.⁴

3. Developing Academic Writing Skills

Effective research writing must be clear, concise, and well-structured. Researchers should practice academic writing by focusing on accurate language use, logical presentation of information, and evidence-based argumentation.⁵ Additionally, proficiency in English is essential for international publications, and attending academic writing workshops can further improve these skills.⁶ However, with the advance AI technology, such as chat GPT may help in improve writing, but researchers must use it appropriately. Grammarly writing is a free AI assistant in reviews the spelling, grammar, and tone of a piece of writing. EQUATOR check list is a guideline that can help to report research clearly and fully for each design. The researcher can visit at <http://www.equator-network.org/>. The other useful guideline is Wiley Writing for publication- An easy- to- follow guide for nurses at www.nursingopenjournal.com/app 10.

¹Associate Professor, Editor-in-Chief, Journal of Nursing and Therapeutic Care

²Professor, Editor-in-Chief, Pacific Rim International of Nursing Research



The ‘Four Rules of writing by Wiley,⁷ should be practiced, especially for the new researchers;

3.1 Read the author’s guidelines and look at the latest articles published in selected journal to publish in.

3.2 Set targets and count words as you can achieve on a daily basis, create a file with the headings and subheading according to the journal you select to publish in.

3.3 Seek criticism from whom you trust and respect in academic writing such as your former advisor, who has published before.

3.4 Treat a rejection as your lesson learn for the next submission.

4. Selecting the Right Journal

Choosing an appropriate journal significantly influences publication success. Researchers should identify journals relevant to their field and consider factors such as Impact Factor, journal credibility, and submission guidelines⁸ as well as the focus of the journal. Avoiding predatory journals is also essential to ensure that published work is recognized and respected in the academic community. The researcher also needs to look at the focus whether it is academic or clinical journal. Clinical journals are more widely read by the practitioners. Academic focus journal is more likely emphasized on theoretical and rigorous method and use a conventional format, which allow lengthier than clinical journal.⁷ Some journal like Pacific Rim International Journal of Nursing Research publishes both clinical and academic paper.

5. Managing Data and References Efficiently

Using credible sources and following standardized citation guidelines enhance the credibility of a manuscript. Researchers should use reference management tools like EndNote, Mendeley, or Zotero to organize citations efficiently and ensure compliance with journal-specific formatting requirements. If researchers decide to handwrite the references, they should take extra care to ensure accuracy and consistency in formatting. Errors in citations, such as incorrect author names, journal titles, or volume and issue numbers, the abbreviation of journal’s name, the formatting/punctuation of every one of the authors’ references using the author guidelines and recently published articles in the journal to guide. It is important to include all relevant information as well as DOI numbers and abbreviate name of journals. Be sure that it is consistency with the style of your selected journal. Also, update the references as much as you can. Reference can impact the credibility of the manuscript. Manually formatting references according to the journal’s specific guidelines require meticulous attention to detail. To minimize mistakes, researchers should cross-check their references with official journal databases and citation style guides. Additionally, proofreading references before submission can help avoid potential delays in the publication process.

6. Responding to Peer Review Feedback

Once a manuscript undergoes peer review, researchers must take the reviewers’ comments seriously when revising the manuscript. In other words, do what is suggested unless you have a very good reason not to do it. Then state, in a cover letter, why you choose not to do it when you resubmit the revised manuscript. Responses should be constructive, well-supported with evidence, and clearly explain the revisions made.⁹ Strong communication skills are necessary to convey research findings and defend key arguments persuasively.



7. Building Networks and Collaborations

Engaging with academic mentors and collaborating with experienced researchers can enhance publication opportunities. Early career researchers should participate in academic conferences, seminars, and research groups to exchange knowledge and seek guidance from experts in their field.¹⁰

Conclusion

Developing the skills required to publish in international journals requires dedication and continuous improvement. Early-career researchers should focus on academic writing, journal selection, data management, and networking to increase their chances of publication. This editorial aims to provide valuable insights and guidance to support researchers in their journey towards successful academic publishing.

References

1. Kapoor S, Sikka P, Saxena K. Publication of research article: an art or science? *Ann Med Health Sci Res.* 2013;3(1):96-8.
2. Lambert VA, Lambert CE. Ethics in publishing scholarly work. *Thai J Nurs Res.* 2009;13(2):00
3. Cargill M, O'Connor P. *Writing scientific research articles: strategy and steps.* 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2021.
4. Belcher W. *Writing your journal article in twelve weeks.* 2nd ed. University of Chicago Press; 2019.
5. Wilson JR. Academic writing [Internet]. [cited 2025 Feb 17]. Available from: [jeffrey_r._wilson_academic_writing.pdf](#)
6. Al Marwani M. Academic writing: challenges and potential solutions. *Arab World English J.* 2020;(6):114-21.
7. Wiley. Writing for publication: an easy-to-follow guide for nurses [Internet]. [cited 2025 Feb 21]. Available from: [www.nursingopenjournal.com/app](#)
8. Tullu MS, Karande S. Success in publishing: selecting an appropriate journal and braving the peer-review process. *J Postgrad Med.* 2018;64(1):1-4.
9. PLOS. How to receive and respond to peer review feedback [Internet]. [cited 2025 Feb 17]. Available from: [How to Receive and Respond to Peer Review Feedback - PLOS](#)
10. Lee S, Bozeman B. The impact of research collaboration on scientific productivity. *Soc Stud Sci.* 2005;35(5):673-702.



การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม

สมฤดี พูนทอง พย.ม.¹

เจตจรรยา บุญญกุล พย.ม.¹

สุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์ ปร.ด.¹

นิติกุล บุญแก้ว พย.ม.^{1,2}

(วันรับบทความ: 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 25 ธันวาคม พ.ศ.2567/ วันตอบรับบทความ: 10 มกราคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ร่วมกับหลักการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เน้นการเสริมสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง โดยการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 16 เรื่อง พัฒนาโปรแกรมจากแบบจำลองของไอโอวา แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การพัฒนาองค์ประกอบและการประเมินคุณภาพของโปรแกรม การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้ของการใช้งาน

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวทางการใช้โปรแกรม แผนกิจกรรม และสื่อ ได้แก่ คู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบบันทึกการดูแลตนเอง กิจกรรมแบ่งเป็นระยะประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้และสาธิตการออกกำลังกายด้วยยางยืด และระยะปฏิบัติและประเมินผลจากแบบบันทึกและการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ทุกท่านเห็นว่าโปรแกรมมีความถูกต้อง เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ง่าย และการประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้งานโดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ 5 ท่าน พบว่า ทุกท่านมีความพึงพอใจเห็นว่าโปรแกรมใช้งานได้ง่ายและสะดวก ทั้งนี้ควรนำโปรแกรมไปทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลกับกลุ่มตัวอย่างโดยทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nitikul.bk@gmail.com Tel: 094-9651564



Development of a Self-Care Promotion Program among Older Adults for Managing Fall Risk Factors

Somrudee Poontong M.N.S.¹

Jetjunya Boonyakul M.N.S.¹

Supusajee Dechtipprompong Ph.D.¹

Nitikul Boonkaew M.N.S.^{1,2}

(Received Date: November 11, 2024, Revised Date: December 25, 2024, Accepted Date: January 10, 2024)

Abstract

This research and development design study was conducted to develop a self-care promotion program for older persons to manage factors associated with fall risk based on Orem's nursing theory. The program also applied fall prevention concepts which focused on increasing the participants' self-awareness about caring for themselves. A review of 16 empirical studies was used to develop the program based on the IOWA Model. The program development was divided into two stages: Phase 1, development of the program components and program quality assessment, and, Phase 2, evaluation of the program's viability. The program's quality was assessed with regard to program viability and content validity.

The program included a set of program user instructions, an activity plan, and activity media. The program media package included a fall risk factor management guidebook, a self-care record form, and a stretchable rubber ring. Interventional activities included self-care behavior assessment, an educational session related to health issues in elders, and the demonstration of rubber ring stretching exercises to help the participants make decisions and set goals. Program implementation and evaluation included assessing self-care practices using the self-care record forms and weekly home visits. The program content was validated by three experts with all three experts concurring that the program was appropriate, accurate, and easily applicable. The feasibility of the program was assessed by five expert health promotion nurses who found that the program was easy and convenient to use. However, the program's efficiency and effectiveness still require testing by further implementation in a quasi-experimental research project.

Keywords: self-care, fall risk, fall risk factor, elderly

¹Lecturer, Faculty of nursing, Thaksin University, Phatthalung, Thailand

^{1,2}Corresponding Author, Email: nitikul.bk@gmail.com Tel: 094-9651564



บทนำ

โลกปัจจุบันกำลังเผชิญกับสถานการณ์สูงวัยของประชากร เนื่องจากแนวโน้มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์¹ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปีส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตาม เนื่องจากร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งจะมีการผิดรูปของข้อต่อต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดข้อเสื่อมทำให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติ ผลที่ตามมาคือ ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม² ซึ่งการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560-2564 ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า โดยพบอัตราการพลัดตกหกล้มมากกว่า 5 หมื่นครั้งต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับใกล้เคียงกันทั้งประเทศ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการลื่น สะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกัน ร้อยละ 65.40 ขณะที่ตกหรือล้มจากบันไดและชั้นบันได ร้อยละ 5.60³ เมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับบาดเจ็บ เช่น ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน ฟกช้ำ กระดูกหัก หรืออาจร้ายแรงถึงเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ผลต่อครอบครัวเป็นการเพิ่มภาระในการดูแลระยะยาว มีค่าใช้จ่ายสูงเกิดผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจในครอบครัว บางครอบครัวถูกหลานต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ หากครอบครัวไม่สามารถรับภาระการดูแลผู้สูงอายุได้ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งกลายเป็นปัญหาสังคมต่อไป^{4,6}

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากสาเหตุหลัก ๆ คือ ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เกิดจากปัจจัยภายในตนเอง เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดัน ปัจจัยจากกระบวนการสูงอายุประกอบด้วยปัญหาที่เกิดจากการเดินและทรงตัว โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาของการทรงตัวมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 3.11 เท่า ปัญหาที่เกิดจากการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากการที่มวลของกล้ามเนื้อ ร่วมกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของขาลดลง ปัญหาที่เกิดจากความพร่องด้านความจำ ปัญหาที่เกิดจากการเสื่อมของสายตาส่งผลให้มองไม่ชัด ตามัว โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสายตามีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 1.85 เท่า รวมทั้งปัญหาเรื่องของการได้ยินที่ลดลงจากการเสื่อมของระบบประสาทการได้ยิน และปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมในบ้านหรือที่พักอาศัยที่เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มคือ แสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอ บ้านที่มีบันไดหรือมีพื้นที่ที่มีความลื่น และเป็นพื้นต่างระดับ เพิ่มโอกาสการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ถึง 1.14 เท่า⁴⁻⁶

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ ซึ่งวิธีการที่ดีที่สุดคือ การป้องกันที่สาเหตุ โดยเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก สำหรับรูปแบบในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุปัจจุบันได้มีการพัฒนาหลากหลายรูปแบบ แต่พบว่าการนำแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปปฏิบัติจริงในชุมชนยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ทั้งนี้แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในปัจจุบันเน้นในส่วนของคำแนะนำทั่ว ๆ ไปในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม การออกกำลังกายทั่ว ๆ ไป ซึ่งเจ้าหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติหลักในการให้คำแนะนำ และการดูแลรักษาภายหลังพลัดตกหกล้ม การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองยังพบได้น้อย ซึ่งการให้ผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญในการดูแลตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มด้วยตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นและเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองในการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการพลัดตก^{7,8} จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาโดยการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute: JBI) พบว่าแนวปฏิบัติในการลดอัตราการพลัดตกหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการ คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชน และการส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ^{5,6,9,10} ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มได้ เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ทั้งปัจจัยภายในตนเอง และปัจจัยภายนอก ก็จะสามารถลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม



เพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นการนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความผาสุกในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม มีองค์ประกอบอะไรบ้าง และมีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้หรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ตามแนวคิดการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem)¹¹ โดยเลือกใช้กรอบการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาคือกลุ่มที่มีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานครบถ้วน มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง แต่ยังคงความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง จำเป็นต้องมีการส่งเสริมความสามารถในปฏิบัติการดูแลตนเองในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองภายใต้กระบวนการส่งเสริมการดูแลตนเองนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมินและตัดสินใจ เพื่อนำไปสู่การกระทำ และระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการกระทำและประเมินผลของการกระทำ โดยรูปแบบของกิจกรรมการช่วยเหลือจะดำเนินการภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้เลือกใช้องค์ความรู้ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (muscle stretch) และการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด ซึ่งผ่านกระบวนการวิเคราะห์งานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาออกแบบโปรแกรม โดยคัดเลือกและแบ่งระดับการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI)¹² และมีระดับคำแนะนำเกรด A

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม เป็นการประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาจากแบบจำลองของไอโอวา (IOWA Model of Evidence Based Practice to Promote Quality Care) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ครีมนี้ผู้วิจัยใช้ไอโอวาขั้นตอนที่ 1-4 เพื่อพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ ขั้นตอนปัญหาจากการปฏิบัติงานและองค์ความรู้ที่มีอยู่ ขั้นตอนทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมงานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของพิโค (PICO framework) ขั้นตอนวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และขั้นตอนประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ การดำเนินการแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการติดตามข้อมูลย้อนหลังจาก

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง³ พบว่าการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บ โดยไม่ตั้งใจรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน พบมีการพลัดตกหกล้มมากกว่า 5 หมื่นครั้งต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิต



จากการหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้นเกิดจากปัจจัยภายในตนเองและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปัจจัยจากกระบวนการสูงอายุ และปัจจัยภายนอกจากสภาพแวดล้อมในบ้านหรือที่พำนักอาศัยที่เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม⁴

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

1. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ หลักการยศาสตร์ (Ergonomics) การออกกำลังกาย ยางยืด การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ พ.ศ. 2553 - 2566 และ ค.ศ. 2010 - 2023 ตามลำดับ ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม และงานวิจัยที่มีการศึกษาไปข้างหน้า จากกระบวนข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้ฐานข้อมูล Thailis, CINAHL, Science Direct, Cochrane Library, PubMed และการสืบค้นด้วยมือ ได้แก่ วารสารทางการแพทย์ วารสารทางการพยาบาล

3. กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิดพิโก (PICO Framework) ดังนี้ P (Population): ผู้สูงอายุ I (Intervention): โปรแกรมการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม C (Comparison): เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองและความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม O (Outcome): พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องและความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มที่ลดลง

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ จำนวน 16 เรื่อง พบว่าอยู่ในระดับที่ 1a จำนวน 2 เรื่อง คืองานวิจัย Systematic Review^{13,14} ระดับที่ 2a คืองานวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและมีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Quasi experiment) จำนวน 11 เรื่อง^{4-8,15-19,23} ระดับ 3c คืองานวิจัยศึกษาเชิงสังเกตที่ไม่มีกลุ่มควบคุมจำนวน 3 เรื่อง^{2,10,20} ซึ่งจากการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด มีระดับคำแนะนำเกรด A เป็นข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ตีความสามารถนำไปปฏิบัติได้และที่เป็นที่ยอมรับในทางจริยธรรม

ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการพัฒนาโปรแกรม โดยการสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสรุปประเด็นสำคัญในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายด้วยยางยืด จำนวน 16 เรื่อง เป็นหลักฐานระดับ 1a จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 2a จำนวน 11 เรื่อง ระดับ 3c จำนวน 3 เรื่อง ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ผ่านกระบวนการส่งเสริมการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 : ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม เป็นระยะของการตัดสินใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งผู้สูงอายุจะดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบ ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาจากการพลัดตกหกล้ม และสามารถพิจารณาตัดสินใจลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม

ระยะที่ 2 : ส่งเสริมการกระทำและประเมินผลการกระทำ เป็นระยะที่ผู้สูงอายุลงมือปฏิบัติหรือสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มที่พัฒนาขึ้น และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการที่เชี่ยวชาญทางด้านสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน 1 ท่าน หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา



โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไป ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งานของโปรแกรม สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบ ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้งานของโปรแกรม โดยการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบ ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล จำนวน 5 แห่ง พิจารณาเกี่ยวกับความยาก-ง่าย และความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

1. แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม 3) คู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ 4) สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม คือ ภาพนิ่ง (Power point) ประกอบการบรรยาย ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบวัดประเมินค่า 4 ระดับ ให้เลือกตอบพร้อมทั้งการให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และแบบประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามซึ่งใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 3 ระดับ คือ 1) การแสวงหาความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน แบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการดูแลตนเอง และ 3) การลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง โดยปรับข้อคำถามให้ครอบคลุมการดูแลตนเอง ที่จำเป็น 2 ด้าน คือ การปรับสภาพแวดล้อมภายในและบริเวณบ้านและการออกกำลังกายด้วยยางยืดเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อรอบข้อเข่า รวมจำนวน 10 ข้อ ทุกข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก การตอบเป็นลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนนเรียงจากน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด คือ 6 คะแนน มีช่วงคะแนนระหว่าง 10 – 60 คะแนน แปลผล จากค่าคะแนนพฤติกรรม คือ ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ และค่าคะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองสูง

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้งาน พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม 3) คู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 4) สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม คือ ภาพนิ่ง (Power point) ประกอบการบรรยาย โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้ใช้โปรแกรม ประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ แบบประเมินมีลักษณะ เป็นแบบเลือกตอบ ความยากหรือง่าย และโปรแกรมสามารถปฏิบัติตามได้หรือไม่ได้ รวมทั้ง ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวมผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน โดยนำโปรแกรมส่งเสริม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยทักษิณ รหัสหนังสือรับรอง COA No. TSU 2023_169 REC No.0414 วันที่รับรอง 11 สิงหาคม พ.ศ. 2566 และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นผู้ประเมินคุณภาพงานวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ ซึ่งมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมประเมินคุณภาพ และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการประเมินคุณภาพงาน นำมาใช้เฉพาะ ในการศึกษาเท่านั้น หากผู้ประเมินมีข้อสงสัย สามารถสอบถามรายละเอียดได้จากผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย



ผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในครั้งนี้ มีองค์ประกอบของโปรแกรม และผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1. องค์ประกอบของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นผู้ใช้โปรแกรม การออกแบบของโปรแกรมเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการประเมินและตัดสินใจ ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ผู้วิจัยได้เลือกใช้องค์ความรู้ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Muscle stretch) และการออกแรงต้านโดยใช้ยางยืด ซึ่งผ่านกระบวนการวิเคราะห์งานวิจัย ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับที่หนึ่ง สอง และสาม จำนวน 16 เรื่อง

1.2 แนวทางการใช้โปรแกรม เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นสื่อในการสร้างความเข้าใจให้กับผู้ใช้โปรแกรมเกี่ยวกับรายละเอียด ขั้นตอน เป้าหมายของโปรแกรม และการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม รวมระยะเวลาของการดำเนินการตามโปรแกรม 8 สัปดาห์¹⁵ ประกอบด้วย คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม บทนำ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ใช้โปรแกรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม สถานที่ในการทำกิจกรรม ส่วนประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมกลุ่ม แผนการเยี่ยมบ้าน คู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และสื่อที่ใช้ในโปรแกรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมกลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมทักษะในการพิจารณาและการตัดสินใจไปสู่การกระทำ ประกอบด้วย การจัดอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อสร้างความตระหนักในการรับรู้ปัญหาสุขภาพความเสี่ยงผลกระทบที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม ประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถเพื่อการวางแผนในการดูแลตนเอง โดยให้วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตนเอง และปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มทั้งปัจจัยภายในร่างกายและปัจจัยภายนอก จากนั้นผู้วิจัยใช้กลวิธีทางด้านสุขศึกษาในการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยการบรรยายประกอบสื่อภาพนิ่งและวีดิทัศน์ สอนสาธิตการออกกำลังกายด้วยยางยืดโดยให้ปฏิบัติตามด้วยตัวแบบบุคคลจริง และร่วมกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการปฏิบัติการ โดยการแจกล้มคู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบบันทึกการดูแลตนเอง

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน จำนวน 8 ครั้ง เป็นระยะส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในการลงมือปฏิบัติตามโปรแกรมและประเมินผลการกระทำ โดยใช้แบบบันทึกการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้าน²¹ สัปดาห์ละ 1 ครั้งตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมที่สม่ำเสมอ การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองและความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละรายโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 8

1.3 คู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ที่พัฒนามากจากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 16 เรื่อง จัดทำขึ้นเพื่อช่วยสร้างความรู้และเป็นแนวทางการปฏิบัติ ในการนำไปใช้เป็นสื่อการสอนให้กับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเองในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาสำคัญประกอบด้วย คำแนะนำการใช้คู่มือ คำแนะนำและภาพประกอบแนวทางการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ภาพประกอบคำบรรยายท่าทางการออกกำลังกายด้วยยางยืด และแบบบันทึกการดูแลตนเอง 8 สัปดาห์



<p>แนวทางการใช้โปรแกรม</p> <p>คำชี้แจงในการใช้โปรแกรม</p> <ul style="list-style-type: none">- บทนำ- วัตถุประสงค์- กลุ่มเป้าหมาย- ผู้ใช้โปรแกรม- ระยะเวลาในการทำกิจกรรม- ส่วนประกอบของโปรแกรม
--

<p>ส่วนประกอบของโปรแกรม</p> <p>ระยะส่งเสริมทักษะในการพิจารณาและการตัดสินใจไปสู่การกระทำ</p> <p>แผนการจัดกิจกรรมกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none">- จัดอภิปรายกลุ่มย่อย ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง- ใช้กลวิธีทางด้านสุขศึกษาในการให้ความรู้ สอนสาธิต การออกกำลังกายด้วยยางยืด- ร่วมกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการปฏิบัติการ โดยแจกคู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ <p>ระยะส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองและประเมินผลการกระทำ</p> <p>แผนการเยี่ยมบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none">- ติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้งตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้แบบบันทึกการดูแลตนเอง

รูปภาพที่ 1 องค์ประกอบของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม เพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มมีดังนี้

2.1 คุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการใช้โปรแกรม 2) แผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม 3) คู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 4) สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรม คือ ภาพนิ่ง (PowerPoint) ประกอบการบรรยาย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะในการปรับภาพประกอบในคู่มือในด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงภายนอกด้านสิ่งแวดล้อมให้มีความครอบคลุมง่ายต่อการนำไปปรับใช้ของผู้สูงอายุ ในส่วนของแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 1

2.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้ง 5 ท่านมีความเห็นตรงกันว่า สามารถใช้งานได้ง่าย สะดวก และสามารถนำไปใช้งานได้จริงเนื่องจากแนวทางการใช้โปรแกรมมีคำอธิบายที่ชัดเจน เช่น คำแนะนำการใช้โปรแกรม รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม นอกจากนี้คู่มือที่เป็นเล่มมีขนาดกะทัดรัด มีภาพประกอบที่ชัดเจน มีคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มที่อ่านเข้าใจง่าย และมีแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้มีความสะดวกและสามารถใช้งานได้ง่าย



การอภิปรายผล

1. องค์ประกอบของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยเลือกใช้อองค์ความรู้ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Muscle stretch) และการออกแรงต้านโดยใช้ยางยืด ซึ่งผ่านกระบวนการวิเคราะห์งานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาออกแบบโปรแกรม ทำให้ได้โปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ตลอดจนมีความเหมาะสมในการนำไปเป็นแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มได้ เนื่องจากโปรแกรมมีคำแนะนำการใช้โปรแกรมที่เขียนให้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติอย่างชัดเจน มีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในแผนการจัดกิจกรรมทั้งรูปแบบกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยแบ่งเป็นระยะตามกระบวนการส่งเสริมการดูแลตนเองที่ชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการนำไปใช้ดำเนินกิจกรรม นอกจากนี้กิจกรรมที่จัดขึ้นตามโปรแกรมเน้นกระบวนการกลุ่มที่ผู้เข้าร่วมต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนรู้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลในการใช้กระบวนการกลุ่ม รวมทั้งการให้ผู้รับบริการมีโอกาสฝึกกระทำการดูแลตนเองส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นได้²²

สำหรับคู่มือการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบบันทึกการดูแลตนเองนั้น มีรูปเล่มที่กะทัดรัด มีขนาดตัวอักษรที่ใหญ่ ชัดเจน มีรูปภาพประกอบการบรรยายสั้น ๆ ที่เข้าใจได้ง่ายและสามารถปฏิบัติตามได้จริง จึงเป็นสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านความเสื่อมของร่างกายตามวัย เกิดการเสื่อมของจอประสาทตาส่งผลให้ความสามารถในการอ่านลดน้อยลง²³ ดังจะเห็นได้จากผู้สูงอายุบางคนต้องใส่แว่นสายตาเพื่อช่วยให้สามารถมองเห็นได้ชัดเจนขึ้น²⁴ ส่วนของแบบบันทึกการปฏิบัติ มีลักษณะรูปแบบของการเติมสัญลักษณ์ในช่องว่างของแบบบันทึกประจำวัน ช่วยให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก นอกจากนี้คู่มือ แบบบันทึกการดูแลตนเองแล้ว ยังมีการใช้สื่อภาพนิ่งและวิดีโอประกอบการบรรยาย จะเห็นได้ว่าสื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีลักษณะเป็นสื่อผสม ซึ่งเป็นการนำสื่อหลาย ๆ ประเภทมาใช้ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นคู่มือที่มีรูปภาพประกอบการบรรยายที่สามารถอ่านและปฏิบัติตามได้ แบบบันทึกที่ใช้ในการติดตามการปฏิบัติของตนเอง สื่อภาพนิ่งและวิดีโอที่ใช้ประกอบการบรรยาย ซึ่งการใช้รูปแบบสื่อผสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจในการเรียนรู้ ไม่เบื่อหน่าย²⁵

2. การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความเห็นตรงกันว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาที่ถูกต้อง เหมาะสม และชัดเจน และได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเล็กน้อยเพื่อให้โปรแกรมมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีคุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหา ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมดำเนินการตามระยะและขั้นตอนที่ชัดเจนตามรูปแบบของไอโอวา มีการสร้างกิจกรรมที่ดำเนินเป็นระยะตามแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับการเลือกใช้อองค์ความรู้ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม และหลักการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยแรงต้านโดยใช้ยางยืด ที่มีรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมได้ผ่านกระบวนการวิเคราะห์งานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ²⁶ มีความเป็นมาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับจากการเกิดผลลัพธ์การปฏิบัติที่ดี ส่งผลให้สามารถนำไปใช้ได้ในวงกว้าง โปรแกรมที่ได้จึงสามารถนำไปเป็นรูปแบบในการจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุได้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ ผลการประเมินพบว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความเห็นตรงกันว่ากิจกรรมและสื่อมีความน่าสนใจ ใช้งานได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ชัดเจน เนื่องจากมีคำอธิบายแนวทางการใช้โปรแกรมที่ชัดเจนและใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย นอกจากนี้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นยังออกแบบให้มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ทั้งการดำเนินกิจกรรมและการใช้สื่อ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบของโปรแกรมที่มีการให้ความรู้ และออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและกลุ่มเป้าหมาย สามารถเพิ่มความสามารถด้านการปฏิบัติและการนำไปใช้¹⁵



สรุปว่า ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากการพัฒนาโปรแกรม คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีจุดเน้นสำคัญ คือ การสร้างกิจกรรมในรูปแบบของโปรแกรมที่สามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมไปใช้ ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาจากแบบจำลองของไอโอวา (IOWA Model of Evidence Based Practice to Promote Quality Care) ซึ่งดำเนินการไปจนถึงขั้นประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยมีการประเมินความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้เฉพาะในส่วนของผู้ใช้โปรแกรม คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 ท่าน ซึ่งอาจยังไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้และมีประสิทธิภาพเพียงพอ จึงควรดำเนินการให้ครอบคลุมทั้ง 7 ขั้นตอน ตามกระบวนการพัฒนาจากแบบจำลองของไอโอวา โดยนำโปรแกรมไปทดสอบประสิทธิภาพกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย ด้วยการออกแบบวิจัยเชิงทดลอง การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการในขั้นตอนที่ 5-7 และวัดประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

ข้อจำกัดการทำวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมและทดสอบเพียงความเหมาะสมในการนำไปใช้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมเพื่อทดสอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Poyen K. Aging society: opportunities for the future sustainable business. Journal of Management Science Review. 2019;21(1):201-9. (in Thai)
2. Wandee P, Phothong J, Jaiyangyeun U. The study of falls among the elderly in the community, SuphanBuri province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2020;14(34):126-41. (in Thai)
3. Department of disease control. Falls in the elderly [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 5]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1037120200813042821.pdf>
4. Pi boon K, Methaphat K, Jaidee C, Oppawongsapat W, Tabootwong D, Inchai W. The effects of multifactorial fall prevention program on balance, physical fitness, and fear of falling among community-dwelling older. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2022;4(2):47-58. (in Thai)
5. Attavinijtrakarn T, Imarb C. The effectiveness of preparation and fall prevention programs in the elderly. Region 4-5 Medical Journal. 2019;38(4):288-98. (in Thai)
6. Tasuwanin T, Tappakit K. Effects of the fall prevention program on falls rates in Elderly people. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(3):186-95. (in Thai)



7. Boongird C, Suthatvoravut U, Suksabai P, Ramarong K, Gaensan T, Ross R. Raising communities' positive attitude and awareness toward fall prevention in elderly population: an embedded mixed methods study. *Journal of Health Systems Research*. 2015;9:1-12. (in Thai)
8. Poontong S. Effects of an exercise program with elastic bands combined with posture adjustment work on self-care behavior and knee pain in rubber tappers [Master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2018. (in Thai)
9. The Somdet Phra Sangharaj Yan Sangworn Institute For The Elderly. Guidelines for prevention and assessment of falls in the elderly. Bangkok: Sinthaveekarn Printing; 2019. (in Thai)
10. Chowsilpa N, Chantanasot P, Puphitakkul J. Development of fall prevention model for aging based on community using sufficiency economy [Final research report]. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Rajabhat University; 2020. (in Thai)
11. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2001.
12. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. JBI levels of evidence [Internet]. 2014 [cited 2023 Jun 12]. Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
13. Lektip C, Chaovalit S, Wattanapisit A, Lapmanee S, Nawarat J, Yaemrattanakul W. Home hazard modification programs for reducing falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ*. 2023;11(1):1-17.
14. Thomas E, Battaglia G, Patti A, Brusa J, Leonardi V, Palma A, et al. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine*. 2019;98(27):1-9.
15. Hounsri H, Isaramalai S. Effect of ergonomic self-care promotion program on self-care and severity of knee osteoarthritis in aged para rubber farmers. *Thai Journal of Nursing Council*. 2015;30(2):101-12. (in Thai)
16. Wilaichit S. Effects of an elastic band exercise program on patients with severe osteoarthritis from Damnoensaduak Hospital in Ratchaburi, Thailand. *Bangkok Medical Journal*. 2022;9(2):61-75. (in Thai)
17. Suntara C, Moolsat S, Thipkarnjanareka K. The effectiveness of a fall prevention program for older adults at risk in community, Mueang Yasothon District, Yasothon Province. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2023;38(2):105-21. (in Thai)
18. Al-Khlaifat L, Herrington LC, Hammond A, Tyson SF, Jones RK. The effectiveness of an exercise programme on knee loading, muscle co-contraction, and pain in patients with medial knee osteoarthritis: A pilot study. *Knee*. 2016;23(1):63-9.



19. Klecia S. Short-duration resistance training in company exercise programs promotes strength gains and reduces pain in workers [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 5]. Available from:
https://www.asep.org/asep/asep/JEPonlineJUNE2015_Silva.pdf
20. Charoensuksiri K, Charoensuksiri S. Balance confidence of Thai elderly people in Pathumthani Social Welfare Development Center for Older Persons. *Journal of Health Science*. 2019;28(1):14-21. (in Thai)
21. ArtsanthiaJ, Kampraw P. Modality of care for the older adults in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(3):123-27. (in Thai)
22. Thongdang K. Effect of group process to change health behaviour of patients with hypertension at watpradoo health promotion hospital, Muang district, Surat Thani province. 2015. (in Thai)
23. Martins W, Safons M, Bottaro M. Effects of short term elastic resistance training on muscle mass and strength in untrained older adults: a randomized clinical trial. *Journal of Cardiovascular and Health Development, Khon Kaen University*. 2015;3(2):261-71. (in Thai)
24. Kanjanayotin C. A study of font size for elderly vision on mobile devices. Bangkok: Bangkok University; 2016. (in Thai)
25. Buakanok FS, Wonguparaj K. The development of media technology for education management to improve the life quality of elderly by public participation in Suburban Area, Lampang Municipality, Lampang Province. *Journal of community development research*. 2017;10(4):108-20. (in Thai)
26. Puttaruksa L. Factors leading to success in the implementation of evidence based nursing practice of professional nurse. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2016;24(3):94-103. (in Thai)



การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ชนัชชา อุปฮาด ส.ม.¹

นิลบล รุจิรประเสริฐ ป.ด.(การพยาบาล)²

(วันรับบทความ: 6 ธันวาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 21 มกราคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 30 มกราคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แบ่งการศึกษาเป็นสองระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำไปพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยง ระยะที่ 2 เป็นการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น คัดเลือกโรงพยาบาลเก็บข้อมูลโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 35 คน สุ่มโดยวิธีคัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ Inter-rater reliability ด้วยวิธี Test - retest

ผลการศึกษา พบหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล PubMed 1,845 บทความ CINAHL 897 บทความ Scopus 930 บทความ Google scholar 3,452 บทความ Cochrane 104 บทความ ฐานข้อมูลที่ผ่านการรับรองของ Thai-Journal Citation Index Centre ของประเทศไทย 109 บทความ รวม 9,487 บทความ คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและตัดออกตามเกณฑ์ คงเหลือนำไปเพื่อการพัฒนา 22 บทความ ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดจำนวน 33 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 2) โรคประจำตัว 3) ประวัติทางสูติกรรม 4) ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ปัจจัยเสี่ยงที่หญิงตั้งครรภ์สามารถคัดกรองได้ด้วยตนเอง จำนวน 28 ข้อ โดยให้ตอบว่า “ใช่ หรือ ไม่ใช่” คัดกรองด้วยบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองด้วยสถิติ Intra - class correlation coefficient พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้านและทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 (ICC = 1.00, $p < .001$) จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยให้หญิงตั้งครรภ์คัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การดูแลและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามก่อนนำไปใช้ควรศึกษาความสอดคล้องหรือความแม่นยำของการคัดกรองระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในแบบคัดกรอง

คำสำคัญ: คลอดก่อนกำหนด การประเมินตนเอง การวิจัยและพัฒนา

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

¹นักศึกษาลัทธิศูตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nilruj@kku.ac.th Tel: 085-003-3733



Development of a Self-Screening Tool for Preterm Birth Risk in Pregnant Women

Chanatcha Ubahad M.P.H.¹

Nilubon Rujiraprasert Ph.D. (Nursing)²

(Received Date: December 6, 2024, Revised Date: January 21, 2025, Accepted Date: January 30, 2025)

Abstract

This research and development project aimed to develop a self-screening tool for preterm birth risk in pregnant women. The study was divided into two phases: Phase 1 was an environmental analysis and literature review to develop the risk self-screening form; Phase 2 was the examination of the reliability of the developed form. The hospitals selected as data collection sites were chosen using a stratified random sampling method. The sample consisted of 35 pregnant women who received antenatal care services at a hospital under the Public Health Office of Sisaket Province. The participants were selected by consecutive sampling. Data was collected using the developed self-screening of preterm birth risk assessment which had a content validity of 1. The results were analyzed using inter-rater reliability statistics with the test-retest method.

The literature search retrieved a total of 9,487 articles from databases (PubMed 1,845 articles, CINAHL 897 articles, Scopus 930 articles, Google Scholar 3,452 articles, Cochrane 104 articles, the certified database of Thai-Journal Citation Index Centre of Thailand 109 articles). These articles were screened based on the inclusion and exclusion criteria, leaving 22 articles for the development of the assessment, which consisted of 33 risk factors for preterm birth, divided into 4 parts as follows: 1) general information of pregnant women, 2) chronic diseases, 3) obstetric history, and 4) history of current pregnancy. These risk factors were refined into a 28-item self-risk screening instrument that pregnant women could answer as “yes or no”, and a 5-item clinical screening form conducted by medical personnel. The result of the analysis of the reliability of the self-screening form using the Intra-class correlation coefficient statistics found that the correlation coefficient of each aspect and the whole version was equal to 1.00 (ICC = 1.00, $p < .001$). Therefore, it is possible to use the developed self-screening form for preterm birth risk assessment in practice by having pregnant women fill-in the self-screening assessment in order to provide appropriate care as needed and to prevent preterm birth. However, before using it, differences in the consistency and accuracy of the screenings performed by pregnant women and health care providers should be studied to increase confidence in the screening form.

Keywords: preterm birth, self-screening, research and development

This article is part of the thesis of Master of Nursing Science program in Midwifery

¹Student of Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Corresponding Author, Email: nilruj@kku.ac.th Tel: 085-003-3733



บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อทารก โดยพบภาวะหายใจลำบาก ภาวะลำไส้เน่า พัฒนาการล่าช้าจนถึงการเสียชีวิตของทารก^{1,2} องค์การอนามัยโลกให้นิยามการคลอดก่อนกำหนดว่าหมายถึง การคลอดทารกมีชีพก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยพบทั่วโลกในปี ค.ศ. 2021 ร้อยละ 5 – 18 ของการคลอดทั้งหมด³ สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 – 2565 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 14.54, 12.38, 12.47 และ 11.73 ของการคลอดทั้งหมดตามลำดับ⁴ จังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.46, 10.07, 10.51 และ 9.84 ตามลำดับ⁴ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในปีงบประมาณ 2566 ที่ไม่เกินร้อยละ 9⁴ วิทยาลัยสูตินรีแพทย์อเมริกา (American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG) ระบุว่าเครื่องมือสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดคือการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและ ให้การดูแลตามความเหมาะสมเพื่อจำกัดหรือลดปัจจัยเสี่ยง¹ ดังนั้นการคัดกรองความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ เพราะจะนำไปสู่การดูแลป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมต่อไป

โรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้บริการดูแลหญิงในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด รวมทั้งรับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ สำหรับแนวทางการดูแลและป้องกันการคลอด ก่อนกำหนด โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ซึ่งคัดกรองโดยบุคลากรทางการแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ และวัดความยาวของปากมดลูก เมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 16- 24 สัปดาห์⁵ ที่สอดคล้องกับแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁶ แต่ยังไม่พบอัตราการคลอด ก่อนกำหนดสูงมากกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ จากการค้นหาสาเหตุในเวชระเบียนของผู้คลอดที่รับบริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 185 ราย พบว่าผู้คลอดร้อยละ 20 ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ทำให้ในกลุ่มนี้ มีการคลอดก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 5.40 ในขณะที่ผู้คลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด และ พบการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 11.48 ซึ่งจากการสังเกตบริบทการทำงานพบว่าคลินิกฝากครรภ์มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่รับผิดชอบ การซักประวัติและคัดกรองความเสี่ยงทุกกลุ่มโรคตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยบริการ จำนวน 7 ฉบับ รวมจำนวนข้อที่ใช้ประเมินประมาณ 110 ข้อ การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายจึงใช้เวลานานและเพิ่มปริมาณงานที่มีมากกว่าบุคลากรที่มีจำนวนจำกัด และเมื่อพิจารณา แบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด พบหลายปัจจัยที่ไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น มีระดับการศึกษาต่ำ มีเศรษฐกิจต่ำ ภาวะโภชนาการไม่ดี เป็นต้น จากข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงไม่ครบทุกรายและไม่ครอบคลุมทุก ปัจจัยเสี่ยง ซึ่งอาจส่งผลต่อการวางแผนการดูแลและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการคัดกรองโดยบุคลากร ทางการแพทย์ โดยมีการคัดกรองใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การคัดกรองแต่ละปัจจัยเสี่ยง ลักษณะคำตอบเป็นแบบ “ใช่หรือไม่ใช่” หรือ “มีหรือไม่มี” และให้การดูแลป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตามความเหมาะสม ซึ่งพบว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพที่ดี^{7,8} และ การคัดกรองความเสี่ยงโดยการกำหนดคะแนนความเสี่ยงในแต่ละปัจจัยและรวมคะแนน ถ้าคะแนนรวมอยู่ในระดับสูงจะได้รับการดูแล ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามพบว่าประสิทธิภาพของแบบคัดกรองแบบกำหนดคะแนนความเสี่ยง ค่อนข้างต่ำ ดังนั้นจึงไม่ควรนำระบบการให้คะแนนความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมาใช้เพียงอย่างเดียวเพื่อทำนายการคลอดก่อนกำหนด^{9,10} มีการศึกษาการคัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเองมาใช้ในหน่วยงานบริการปฐมภูมิเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า การหกล้ม และความรุนแรง ในครอบครัว จากข้อจำกัดเรื่องเวลา บุคลากรและประเด็นอ่อนไหวในข้อคำถาม ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้คัดกรองได้ผลบวกมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมากกว่าการคัดกรองด้วยบุคลากรทางการแพทย์¹¹ นอกจากนี้พบการคัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเองส่วนใหญ่ใช้กับปัญหาที่ละเอียดอ่อน มีผลกระทบต่อจิตใจ เช่น การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่¹² ซึ่งการคัดกรองด้วยตนเองทำให้ประชาชนประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้¹³



สร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง¹⁴ ทำให้ผู้รับบริการยอมรับที่จะให้ข้อมูลที่เป็นจริงและถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมต่อไป¹² อีกทั้งช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์¹⁵ สำหรับการคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองพบการศึกษาจำนวน 1 ฉบับ¹⁶ แต่ยังไม่พบข้อจำกัดบางคำถามในแบบคัดกรองยากต่อความเข้าใจ เช่น “เข้าถึงบริการสุขภาพยากลำบากไม่สะดวก” ทำให้ไม่เหมาะสมที่จะนำมาให้หญิงตั้งครรภ์คัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง ขณะที่บางปัจจัยเสี่ยงไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันเช่นกัน เช่น เคยเป็นโรคโควิด -19 เบื่อ เซ็ง ไม่อยากพบปะผู้คน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นโรคโลหิตจางไม่ระบุชนิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาที่ได้คาดว่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การดูแลและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสมและสามารถลดการคลอดก่อนกำหนดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาแบบการวิจัยและพัฒนา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 ระยะที่ 2 การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด โดยเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 – 30 เมษายน พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ครั้งนี้ นำแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในวรรณกรรมที่มีมาก่อน จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 2) โรคประจำตัว 3) ประวัติทางสูติกรรม 4) ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาดำเนินการตามแนวคิดของ Nobelius¹⁷ ซึ่งแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและการพัฒนานวัตกรรม ระยะที่ 2 การนำไปประยุกต์ใช้และการสรุปผล โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาและรายงานผลการดำเนินการในระยะที่ 1 ตามแนวคิดของ Nobelius¹⁷ โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 ระยะย่อยได้แก่ 1) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและทบทวนวรรณกรรม และ 2) การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและทบทวนวรรณกรรม

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566 ในรายวิชาปฏิบัติการผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการผดุงครรภ์ โดยได้รับอนุญาตให้เข้าศึกษาและใช้ข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อค้นหาสาเหตุการป้องกัน การทบทวนวรรณกรรม นำไปสู่การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง

1.1 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มสหวิชาชีพจากแผนกบริการฝากครรภ์ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 4 คน แพทย์ 2 คน ที่มีประสบการณ์ทำงานในคลินิก 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกเข้าแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์คัดเข้า และกลุ่มเวชระเบียนผู้คลอด จำนวน 185 ฉบับ เป็นเวชระเบียนของผู้คลอดที่รับบริการฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา



1.2 เครื่องมือเก็บข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรสหวิชาชีพและแบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนผู้คลอด ที่บันทึกโดยผู้วิจัย

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยโดยการทบทวนนโยบาย ตัวชี้วัด ทบทวนเวชระเบียน สัมภาษณ์บุคลากรทีมสหวิชาชีพ และการทบทวนวรรณกรรม โดยการทบทวนวรรณกรรมมีวัตถุประสงค์ “เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด” ซึ่งใช้คำถาม “ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีอะไรบ้าง” ตามข้อเสนอแนะของ Joanna Briggs Institute (JBI)¹⁸ ดังนี้

1.3.1 ทำการสืบค้นโดยใช้ PCC framework¹⁹ โดยกำหนดให้ P (Participant) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ (Pregnant women) C (Concept) หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth risk factor) C (Context) หมายถึง บทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Articles in Thai and English) รวมทั้งคำศัพท์ทางการแพทย์ (Medical term)

1.3.2 กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น ดังนี้ CINAHL, Scopus, Cochrane, PubMed, Google Scholar, ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของประเทศไทย งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจาก Evidencebased nursing.com, joannabriggs.edu.au, cochrane.org จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติต่าง ๆ ได้แก่ www.guidelines.gov, www.icsi.org

1.3.3 กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เอกสารหรืองานวิจัยนั้น ๆ มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการศึกษา 2) เอกสารหรืองานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2013 – 2023 ดำเนินการวิจัยไม่เกิน 10 ปี 3) ผู้วิจัยเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นบทความฉบับเต็ม 4) เอกสารหรืองานวิจัยนั้น ๆ พิมพ์จากแหล่งข้อมูลผ่านการรับรองของ Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) 5) มีค่า Adjust relative risk ratio (AdjRR), relative risk ratio (RR); adjust odd risk ratio (AdjOR); odd risk ratio (OR) ตามลำดับ ที่มีค่ามากกว่า 1²⁰ 6) เป็นงานวิจัยประเภท 1-4 ตามข้อเสนอแนะของ Joanna Briggs Institute (JBI)²⁰ ดังนี้ ระดับ 1 ประเภททดลอง (Experimental) ระดับ 2 ประเภทกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ระดับ 3 ประเภทการสังเกต-การวิเคราะห์ (Observational – Analytic) ประเภท 4 การสังเกต-บรรยาย (Observational – Descriptive)

1.3.4 กำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดที่มีค่า RR or OR or AdjOR or AdjRR ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 และ 2) ระดับความน่าเชื่อถือของวรรณกรรมที่มีปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมีระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ JBI²¹ อยู่ในระดับ 5

1.3.5 คัดเลือกรวบรวมตามขอบเขตที่กำหนดขึ้น (Inclusion criteria) โดยจัดทำเป็นตาราง Data extraction ตามประเด็นต่าง ๆ ประกอบด้วย ชื่อผู้แต่ง วิธีวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา จากนั้นจัดระดับความน่าเชื่อถือและพิจารณาคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำไปใช้ต่อไป โดยใช้ PRISMA diagram²² นำเสนอผลการเลือกรวบรวม

1.3.6 จัดทำ (ร่าง) แบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดต้นแบบจากข้อมูลที่ค้นพบ จากนั้นจัดแยกประเภทเป็นหญิงตั้งครรภ์สามารถคัดกรองความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง และคัดกรองด้วยบุคลากรทางการแพทย์ปรับปรุงเป็นแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

1.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะทดสอบความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนวันที่ 1 – 30 เมษายน พ.ศ. 2567 หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

2.1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ในปี พ.ศ. 2567 ในคลินิกบริการฝากครรภ์ จำนวน 2,090 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ในคลินิกบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) มาฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เคยผ่านการคัดกรองความเสี่ยง



คลอตก่อนกำหนดมาก่อน 2) ไม่เคยฝากครรภ์จากที่อื่นมาก่อน 3) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย ทั้งการอ่าน พูด และเขียน กำหนดเกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องรับการรักษาอื่นในวันเก็บข้อมูล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังของขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis²³ กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ($\alpha=.05$) ทดสอบแบบทางเดียว อำนาจในการทดสอบที่ระดับ (Power analysis) = .80 และไม่พบการศึกษาลักษณะคล้ายกันที่หาค่าขนาดอิทธิพลได้ ผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect size) ที่เท่ากับ .50 ตามข้อเสนอแนะของ Cohen²⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 27 คน เก็บเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของข้อมูล 5.40 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 32.40 คน ปรับเป็น 35 คน เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 1 ด้านสถานที่เก็บข้อมูลใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportion stratified random sampling) ตามระดับของโรงพยาบาลในจังหวัด เพื่อลดอคติในการเข้าถึงบริการ เศรษฐฐานะ การศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เพราะอาจมีผลต่อความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบคัดกรองฯ โดยนำจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละระดับมาหาค่าสัดส่วน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก เพื่อเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลในแต่ละระดับมีโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการถูกเลือก จากนั้นจับสลากรายชื่อโรงพยาบาลให้ได้ครบตามจำนวนโรงพยาบาลที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนที่ 3 สํารวจจำนวนประชากรที่เป็นหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ตามโรงพยาบาลที่สุ่มได้ และนำมาหาค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดประชากร โดยถ้ามีประชากรมากโอกาสที่จะถูกสุ่มมีมาก ถ้ามีประชากรน้อยโอกาสที่จะถูกสุ่มมีน้อย และขั้นตอนที่ 4 คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ แบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) ให้ได้ครบ 35 คน

2.2 เครื่องมือวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบคัดกรองความเสี่ยงฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลทั่วไป แบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง คลอตก่อนกำหนดเป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบ “ใช่หรือไม่ใช่” แบ่งออกเป็น 4 ด้าน จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านลักษณะทั่วไปในปัจจุบัน จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านโรคประจำตัวในปัจจุบัน จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านประวัติทางสูติกรรมในอดีต จำนวน 7 ข้อ และ 4) ด้านประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน จำนวน 12 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำร่างแบบคัดกรองความเสี่ยงฯ เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย สุนิติแพทย์ 2 คน และหัวหน้างานบริการฝากครรภ์ จำนวน 1 คน เพื่อหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) กำหนดเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาค่า CVI ทั้งฉบับ (Scale CVI: SCVI) ควรมีค่าเท่ากับ .80 ขึ้นไป และค่า Item – content validity index (I-CVI) มีค่า .80²⁵ ซึ่งค่า ICVI และ SCVI ครั้งนี้ได้เท่ากับ 1

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีสะเกษ และได้รับการอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลและใช้แฟ้มประวัติข้อมูลหญิงตั้งครรภ์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูลทุกแห่ง โดยให้หญิงตั้งครรภ์คัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเองครั้งแรกขณะเริ่มเข้ารับบริการฝากครรภ์และให้ทำการคัดกรองความเสี่ยงฯ ซ้ำอีกครั้งเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการรับบริการฝากครรภ์ซึ่งมีระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง เพราะถ้าระยะเวลาใกล้กันเกินไป การคัดกรองครั้งแรกอาจส่งผลกระทบต่อคัดกรองในครั้งที่ 2 เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจจำคำตอบได้อาจส่งผลกระทบต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ให้คำตอบครั้งแรกอาจจะยังไม่ครบ เมื่อหญิงตั้งครรภ์นึกขึ้นได้ สามารถมาให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้



2.4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบคัดกรองความเสี่ยงฯ ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2.4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Inter – rater reliability (Intra - class correlation coefficients) โดยวิธี Test – retest reliability เพื่อหาความคงที่หรือความสม่ำเสมอของการวัด โดยทำแบบคัดกรองฯ สองครั้งในเวลาต่างกัน ค่าของความเชื่อมั่นแสดงเป็นตัวเลขค่าสัมประสิทธิ์ที่มีค่าไม่เกิน 1.00 หรือร้อยละ 100 ถ้ามีค่าสัมประสิทธิ์สูงแสดงว่ามีความเชื่อมั่นสูง การแปลผลใช้หลักเกณฑ์ตามแนวทางของ McHugh²⁶ ดังนี้ ระดับ .90 – 1.00 หมายถึงความเชื่อมั่นร้อยละ 81 – 100 ระดับ .80 – .89 หมายถึงความเชื่อมั่นร้อยละ 64 – 80 ระดับ .60 – .79 หมายถึงความเชื่อมั่นร้อยละ 36 – 63 ระดับ .40 – .59 หมายถึงความเชื่อมั่นร้อยละ 16 – 35 ระดับ .20 – .39 หมายถึงความเชื่อมั่นร้อยละ 4 – 15 ระดับ .00 – .19 หมายถึงความเชื่อมั่นร้อยละ 0 – 3

จริยธรรมการวิจัย

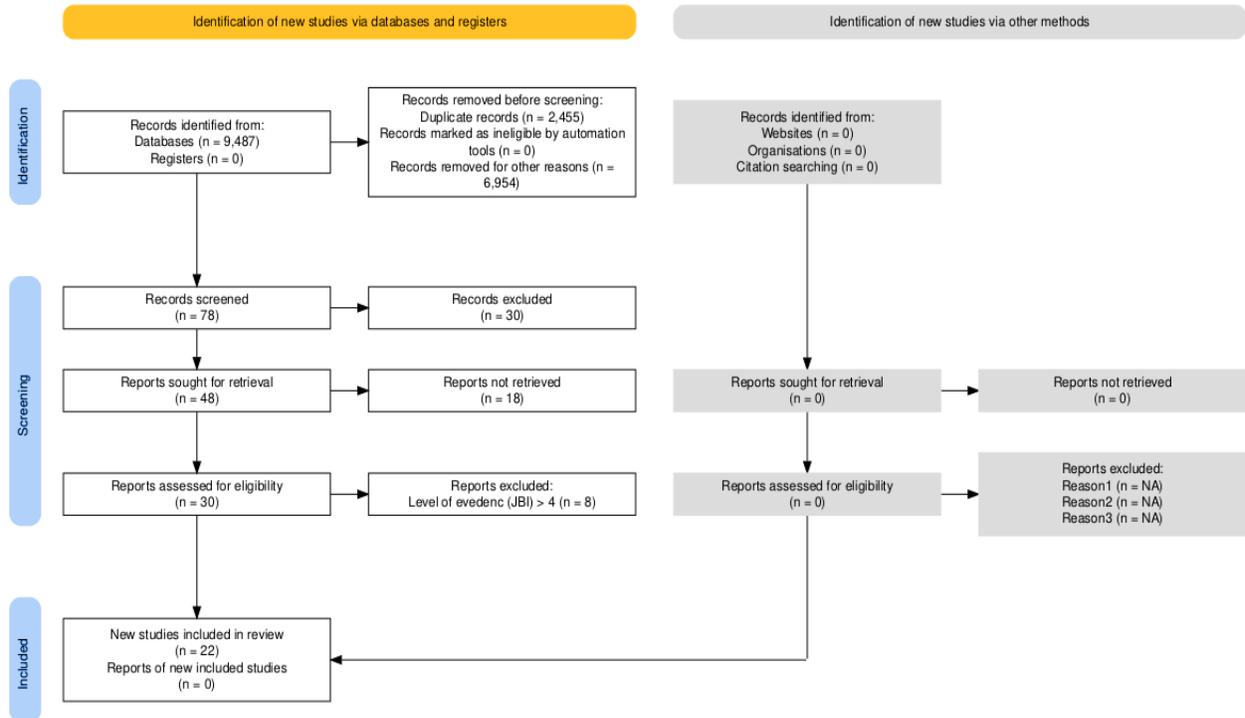
ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE662312 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2568 และโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้รับการรับรองเลขที่ SSKHREC 007/2567 วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2568 และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงและขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ให้ข้อมูลจนอาสาสมัครเข้าใจก่อนลงชื่อเข้าร่วมวิจัย อาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้น อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบคำถามถ้ารู้สึกไม่สบายใจ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว ใดๆ ที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายหลังงานวิจัยสิ้นสุดลง ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่บันทึกไว้ จะถูกเก็บไว้โดยมีรหัสการเข้าถึงข้อมูล และถูกทำลายในเวลา 5 ปี การเข้าถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะไม่มีผู้ใดเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากผู้วิจัยและผู้ที่มีอำนาจในการตรวจสอบ เท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและทบทวนวรรณกรรม

1.1 **ค้นหาปัญหา** จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ 4 คน สูติแพทย์ 2 คน ที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้คลอดที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ 185 ฉบับ และการทบทวนนโยบายและผลการดำเนินงาน พบว่าสถิติการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลศรีสะเกษที่สูงกว่าค่ากลางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากการค้นหาสาเหตุพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดไม่ครบทุกรายและไม่ครอบคลุมทุกปัจจัยเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรองเดิมที่มีอยู่ซึ่งเป็นการคัดกรองโดยบุคลากรทางการแพทย์ และยังไม่มีการทดสอบความแม่นยำของแบบคัดกรองเดิมที่ใช้อยู่ และพบว่าบางปัจจัยเสี่ยงยากต่อความเข้าใจ ทำให้ไม่เหมาะสมที่จะนำมาให้หญิงตั้งครรภ์คัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง ขณะที่บางปัจจัยเสี่ยงไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์อาจไม่ได้รับการดูแลตามความเหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา

1.2 **ทบทวนวรรณกรรม** เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด พบหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล PubMed 1, 845 บทความ CINAHL 897 บทความ Scopus 930 บทความ Google scholar 3,452 บทความ Cochrane 104 บทความ ฐานข้อมูลที่ได้รับการรับรองของ Thai-Journal Citation Index Centre ของประเทศไทย 109 บทความ รวม 9,487 บทความ ตรวจสอบความซ้ำซ้อนและตัดออกเหลือ 7,032 บทความ ตัดออกตามเกณฑ์คัดเข้าเหลือ 78 บทความ ตัดออกจากการอ่านบทคัดย่อไม่ตรงกับความต้องการเหลือ 48 บทความ ตัดออกเพราะไม่สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มเหลือ 30 บทความ คัดเลือกบทความที่มีนาเชื่อถือระดับ 1-4²¹ จำนวน 22 บทความ นำไปพัฒนาเป็นแบบคัดกรอง ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือระดับ 1 จำนวน 2 ฉบับ ความน่าเชื่อถือระดับ 3 จำนวน 17 ฉบับ และความน่าเชื่อถือระดับ 4 จำนวน 3 ฉบับ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การคัดเลือกวรรณกรรมโดยใช้ PRISMA diagram

1.3 สังเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและแยกประเภทการคัดกรอง สรุปลปัจจัยเสี่ยงที่มีระดับความน่าเชื่อถือจำนวน 33 ข้อ ตามกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในวรรณกรรมที่มีมาก่อนจำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1)ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 2)โรคประจำตัว 3)ประวัติทางสูติกรรม 4)ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ดังตารางที่ 1 จากนั้นจัดแยกประเภทการคัดกรองเป็นหญิงตั้งครรภ์สามารถคัดกรองความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง จำนวน 28 ข้อ โดยคัดกรองเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกทั้ง 28 ข้อ ในจำนวนนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่ต้องคัดกรองซ้ำเมื่อมาฝากครรภ์ทุกครั้งจำนวน 10 ข้อ (มีเครื่องหมาย *) โดยกำหนดคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ “ใช่ หรือ ไม่ใช่” โดย “ใช่” หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงข้อนั้น “ไม่ใช่” หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ไม่มีปัจจัยเสี่ยงข้อนั้น และปัจจัยเสี่ยงที่คัดกรองด้วยบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ (มีเครื่องหมาย **) จากนั้นนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ดังตารางที่ 1

1.4 ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ข้อความเพื่อความเข้าใจในข้อความให้ชัดเจนยิ่งขึ้น จำนวน 7 ข้อ ดังนี้ 1) ครอบคลุมมีรายได้น้อย ปรับเป็น “ครอบคลุมมีรายได้รวมกันน้อยกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน” 2) เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษ ปรับเป็น “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” 3) เคยคลอดก่อนกำหนด ปรับเป็น “ในท้องที่ผ่านมาเคยคลอดก่อน 37 สัปดาห์” 4) มีน้ำเดินก่อนตั้งครรภ์ครบกำหนด ปรับเป็น “เคยมีน้ำเดินก่อนตั้งครรภ์ครบกำหนด (ก่อน 37 สัปดาห์)” 5) ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 เดือน ปรับเป็น “การตั้งครรภ์ครั้งนี้ห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อนน้อยกว่า 12 เดือน” 6) สูบบุหรี่ หรือใกล้ชิดผู้ที่สูบบุหรี่ ปรับเป็น “สูบบุหรี่ 8-9 มวนต่อวัน หรือใกล้ชิดผู้ที่สูบบุหรี่ 9 มวนต่อวันขึ้นไป” และ 7) ใช้สารเสพติด ปรับเป็น “ใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา กระท่อม ผีน หรือสารเสพติดอื่น ๆ” ผู้วิจัยปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยงฯ (V1) ตามข้อเสนอแนะได้แบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (V2) เพื่อนำไปใช้ต่อไป ดังภาพที่ 2



ชื่อผู้แต่ง (Study period)	Research design	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	Level of JBI	ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด	Risk ratio (95% CI)
ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์					
Harron et al (2020) ²⁷	Cohort	154,807	3C	1.อายุน้อยกว่า 17 ปี	OR 9.8 (7.2-12.4)
Jiang et al (2015-2016) ²⁸	Case control	1,328	3D	2.อายุมากกว่า 35 ปี	OR 4.47 (3.27-6.13)
Acharya et al (2022) ²⁹	Cross sectional	305	4B	3.ครอบครัวมีรายได้รวมกันน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	OR 6.82 (1.65-28.08)
Stylianou-Riga et al (2018) ³⁰	Retrospective cohort	348	3C	4.ทำงานต่อเนื่อง 8 ชั่วโมงขึ้นไป หรืองานที่ยืนเกิน 4 ชั่วโมง ขึ้นไปต่อวัน*	OR 3.77 (2.08 – 6.84)
Zong et al (2016-2018) ³¹	Retrospective cohort	311,445	3C	5.ดัชนีมวลกาย < 18.5**	OR 1.32 (1.30-1.34)
โรคประจำตัวในปัจจุบัน					
Scott et al (2013-2017) ³²	Retrospective cohort	8,609	3C	6.เป็นโรคเบาหวาน	OR 6.7 (1.65 – 28.08)
Wedlund et al (2009-2021) ³³	Retrospective cohort	149	3C	7.เป็นโรคหัวใจ	OR 6.7 (2.6-17.4)
Hanif et al (2020) ³⁴	Cross sectional	366	4B	8.เป็นโรคไทรอยด์	OR 18.46 (8.70-39.13)
Hanif et al (2020) ³⁴	Cross sectional	366	4B	9.เป็นโรคหอบหืด	OR 6.23 (2.79- 13.94)
Soundarajan et al (2016) ³⁵	Case control	578	3D	10.เป็นโรคดันโลหิตสูง หรือครรภ์เป็นพิษ	OR 7.3 (2.1-25.4)
ประวัติทางสูติกรรม					
Soundarajan et al (2016) ³⁵	Case control	578	3D	11.เคยคลอดก่อนกำหนด	OR 12.7 (3.9-40.4)
Kinpoon & Chaiyarach (2018-2018) ³⁶	Predictive cross sectional	11,080	4B	12.เคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์	OR 3.86 (1.31-11.31)
	Predictive cross sectional	11,080	4B	13.เคยคลอด 3 ครั้งขึ้นไป	OR 6.06 (2.06-16.23)
Liu et al (2022) ³⁷	Retrospective cohort	99,776	3C	14.เคยมีน้ำเดินก่อนตั้งครรภ์ครบกำหนด	OR 6.82 (4.07-11.4)
Suff et al (2022) ³⁸	Retrospective cohort	259	3C	15.เคยผ่าตัดในมดลูกหรือผ่าตัดในช่องท้องหรือผ่าตัดคลอด	OR 3.0 (1.8-4.5)
Jiang et al (2016-2018) ²⁸	Case control	1,773	3D	16.เคยแท้งหรือเคยขูดมดลูก 2 ครั้งขึ้นไป	OR 4.09 (2.05-8.18)
Nyamasege et al (2019) ³⁹	RCT	529	1C	17.เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	OR 3.93 (1.93-7.98)



ชื่อผู้แต่ง (Study period)	Research design	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	Level of JBI	ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด	Risk ratio (95% CI)
ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน					
Brhane et al (2019) ⁴⁰	Cohort	480	3C	18.ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 เดือน	OR 6.85 (3.07-15.31)
Cavoretto et al (2018) ⁴¹	Meta-analysis cohort	8,044	3A	19.ใช้เทคโนโลยีช่วยในการตั้งครรภ์	OR 1.75 (1.50-2.03)
Pérez-Molina et al (2019) ⁴²	Case control	343	3D	20.ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ต้องการตั้งครรภ์	OR 2.05 (1.57-2.77)
Pun et al (2019) ⁴³	Retrospective cohort	1,381	3C	21.ถูกกระทำรุนแรง เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกกักขัง*	OR 2.33 (1.10-4.73)
Stylianou-Riga et al (2018) ³⁰	Retrospective cohort	348	3C	22.มีภาวะเครียด วิตกกังวล หรือคิดอยากฆ่าตัวตาย*	OR 8.5 (3.03-23.89)
El-Shahawy et al (2021) ⁴⁴	Cross sectional	229	4B	23.สูบบุหรี่ หรือใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ 6-9 มวนต่อวัน *	OR 1.33 (1.31-1.35)
Admon et al (2004-2015) ⁴⁵	Retrospective cohort	18,050	3C	24.ใช้สารเสพติด*	OR 16.7 (15.3-18.0)
Fabricant et al (2021) ⁴⁶	Retrospective cohort	2,406,605	3C	25.ทกล้ม โดนกระแทกที่ท้อง ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง*	OR 1.8 (1.3-2.3)
Ahmadi et al (2018) ⁴⁷	Systematic review	22 บทความ	1B	26.ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หรือปัสสาวะแสบขัด*	OR 2.16 (1.3-3.57)
Souza et al (2020) ⁴⁸	Retrospective cohort	1,165	3C	27.Cervical length at 20-24 weeks < 25 มิลลิเมตร**	RR 4.52 (1.08-19.01)
Kinpoon & Chaiyarach (2018-2018) ³⁶	Predictive cross sectional	11,080	4B	28.ตั้งครรภ์แฝด**	OR 16.84 (8.22-34.47)
	Predictive cross sectional	11,080	4B	29.ตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น หรือคันช่องคลอด*	OR 6.31 (1.39-28.53)
	Predictive cross sectional	11,080	4B	30.ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) **	OR 10.70 (2.83-40.40)
Liu et al (2022) ³⁷	Retrospective cohort	99,776	3C	31.ภาวะน้ำคร่ำน้อย (Oligohydramnios) **	OR 6.82 (4.07-11.40)
Uwambaye et al (2018) ⁴⁹	Retrospective cohort	555	3C	32.เหงือกอักเสบ หรือปวดฟัน หรือฟันผุ*	OR 6.36 (3.9-10.4)
Hanif et al (2020) ³⁴	Cross sectional	366	4B	33.มีเลือดออกกระหว่างตั้งครรภ์*	OR 51.97 (20.86-129.48)

หมายเหตุ 1B – การทบทวนอย่างเป็นระบบของการวิจัยแบบทดลอง และอื่นๆ 1C – การวิจัยแบบทดลอง (RCT) 3A – การทบทวนอย่างเป็นระบบของการวิจัยแบบวิเคราะห์ไปข้างหน้า 3C – การวิจัยแบบวิเคราะห์ย้อนหลังและไปข้างหน้า 3D – การวิจัยแบบวิเคราะห์ย้อนหลัง 4B – การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง



ระยะที่ 2 การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.57 ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 37 ปี มีอายุเฉลี่ย 26.03 ปี การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 77.14 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 71.42 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.30 ต่ำสุด 5,000 บาท สูงสุด 40,000 บาท มีค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 8,882.08 บาท และการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 77.14

2.2 ความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 35 คน โดยทดสอบด้วยสถิติ Intra - class correlation coefficient พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้านและทั้งฉบับเท่ากับ 1 (ICC = 1.00, $p < .001$) หรือมีค่าความเชื่อมั่นสูงร้อยละ 100 แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับข้อความเพื่อความเข้าใจในภาษาไทยขึ้นดังนี้ การตั้งครรภ์ครั้งนี้เกิดจากการใช้เทคโนโลยีช่วยในการตั้งครรภ์ ปรับเป็น “การตั้งครรภ์ครั้งนี้เกิดจากการใช้เทคโนโลยีช่วยในการตั้งครรภ์ เช่น ทำก๊อฟ เด็กหลอดแก้ว” ท่านไม่ต้องการตั้งครรภ์ หรือไม่พึงประสงค์ที่จะตั้งครรภ์ ปรับเป็น “การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ท่านไม่ต้องการตั้งครรภ์ หรือไม่พึงประสงค์ที่จะตั้งครรภ์” ท่านถูกกระทำรุนแรงโดยคนในครอบครัว ใช่หรือไม่ (เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ถูกกักขัง) ปรับเป็น “การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ท่านถูกกระทำรุนแรงโดยคนในครอบครัว ใช่หรือไม่ (เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ถูกกักขัง)”

แบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองในหญิงตั้งครรภ์ (สำหรับหญิงตั้งครรภ์)

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบข้อคำถาม โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”
ตามความคิดเห็นของท่าน

รายการความเสี่ยง ประเมินครั้งแรกที่มาฝากครรภ์	ใช่	ไม่ใช่
ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์		
1.ท่านอายุน้อยกว่า 17 ปี		
2.ท่านอายุมากกว่า 35 ปี		
3.ท่านและครอบครัวของท่านมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน		
4.ท่านทำงานต่อเมือง 8 ชั่วโมงขึ้นไป หรืองานอื่นเกิน 4 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน		
โรคประจำตัวในปัจจุบัน		
5.ท่านเป็นโรคเบาหวาน		
6.ท่านเป็นโรคหัวใจ		
7.ท่านเป็นโรคไทรอยด์		
8.ท่านเป็นโรคหอบหืด		
9.ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
ประวัติทางสูติกรรม		
10.ในห้องที่ผ่านมา ท่านเคยคลอดก่อน 37 สัปดาห์		
11.ท่านเคยมีน้ำเดินก่อนตั้งครรภ์ครบกำหนด (ก่อน 37 สัปดาห์)		
12.ท่านเคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์		
13.ท่านเคยคลอด 3 ครั้งขึ้นไป		
14.ท่านเคยผ่าตัดในมดลูก หรือเคยผ่าตัดในช่องท้อง หรือเคยผ่าตัดคลอด		
15.ท่านเคยแท้งหรือเคยขูดมดลูก 2 ครั้งขึ้นไป		
16.ท่านเคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม		

รายการความเสี่ยง ประเมินครั้งแรกที่มาฝากครรภ์	ใช่	ไม่ใช่
ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน		
17.ท่านตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น หรือคันช่องคลอด		
18.ท่านมีหรือมีอาการเสก หรือปวดฟัน หรือฟันผุ		
19.ท่านมีอาการปัสสาวะแสบขัด		
20.ท่านมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์		
21.การตั้งครรภ์ครั้งนี้ห่างจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อนน้อยกว่า 12 เดือน		
22.การตั้งครรภ์ครั้งนี้เกิดจากการใช้เทคโนโลยีช่วยในการตั้งครรภ์ เช่น ทำก๊อฟ เด็กหลอดแก้ว		
23.การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ท่านไม่ต้องการตั้งครรภ์ หรือไม่พึงประสงค์ ที่จะตั้งครรภ์		
24.การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ท่านถูกกระทำรุนแรงโดยคนในครอบครัว ใช่หรือไม่ (เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย หรือ ถูกกักขัง)		
25.ท่านมีภาวะเครียด วิตกกังวลหรือคิดอยากฆ่าตัวตาย		
26.ท่านสูบบุหรี่ 8-9 มวนต่อวัน หรือใกล้ชิดผู้ที่สูบบุหรี่ 9 มวนต่อวันขึ้นไป		
27.ท่านใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา กระท่อม เฮโรอีน หรือสารอื่นๆ		
28.ท่านหกล้ม หรือโดนกระแทกที่ท้อง หรือได้รับอุบัติเหตุรุนแรงภายใน 72 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (เช่น หรือโดนกระแทกที่ท้อง หรือเกิดอุบัติเหตุทางจราจร)		

ภาพที่ 2 แบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (V2)



สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ซึ่งดำเนินการคัดกรองโดยบุคลากรทางการแพทย์โดยตอบว่า “ใช่ หรือ ไม่ใช่” ของ Xiu และคณะ ในปี ค.ศ. 2024⁷ การศึกษาของ Saade และคณะ ในปี ค.ศ. 2016⁸ การศึกษาของ Li และคณะในปี ค.ศ. 2022⁵⁰ การศึกษาของ Kassahun และคณะในปี ค.ศ. 2024⁵¹ การศึกษาของ Watson ในปี ค.ศ. 2022⁵² พบความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ดังนี้ ครรภ์แฝด เป็นโรคเบาหวาน ติดเชื้อในอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่าง ปากมดลูกสั้น อายุ < 17, ≥ 35 ปี น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ เคยคลอดก่อนกำหนด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เคยมีเคยแท้งบุตร โรคแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว เครียด มีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ ทารกโตช้าในครรภ์ น้ำคร่ำน้อย มีความแม่นยำในการทำนายการคลอดก่อนกำหนดที่แตกต่างกันระหว่างร้อยละ 68.7 – 90 ซึ่งจะพบว่าปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในวรรณกรรมที่มีมาก่อนที่มีความน่าเชื่อถือ จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ 1) อายุน้อยกว่า 17 ปี 2) อายุมากกว่า 35 ปี 3) รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 4) ทำงานต่อเนื่องมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป หรือยืนเกิน 4 ชั่วโมงขึ้นไป 5) ดัชนีมวลกาย < 18.5 2. โรคประจำตัวในปัจจุบัน จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ 1) โรคเบาหวาน 2) โรคหัวใจ 3) โรคไทรอยด์ 4) โรคหอบหืด 5) โรคความดันโลหิตสูง 3. ประวัติทางสูติกรรม จำนวน 7 ข้อ ดังนี้ 1) เคยคลอดก่อนกำหนด 2) เคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์ 3) เคยมีน้ำเดินก่อนตั้งครรภ์ครบกำหนด 4) เคยคลอด 3 ครั้งขึ้นไป 5) เคยผ่าตัดในมดลูกหรือผ่าตัดในช่องท้องหรือผ่าตัดคลอด 6) เคยแท้งหรือเคยขูดมดลูก 2 ครั้งขึ้นไป 7) เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 4. ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน จำนวน 16 ข้อ ดังนี้ 1) ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 เดือน 2) ใช้เทคโนโลยีช่วยในการตั้งครรภ์ 3) ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ต้องการตั้งครรภ์ 4) ถูกกระทำรุนแรง เช่น ถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกกักขัง 5) มีภาวะเครียด วิตกกังวล หรือคิดอยากฆ่าตัวตาย 6) สูบบุหรี่ หรือใกล้ชิดผู้ที่สูบบุหรี่ 6-9 มวนต่อวัน 7) ใช้สารเสพติด 8) หกล้ม หรือโดนกระแทกที่ท้องหรือได้รับอุบัติเหตุรุนแรง 9) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือปัสสาวะแสบขัด 10) ตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็นหือคันช่องคลอด 11) เหนื่อยอึดเสบ ปวดฟันหรือฟันผุ 12) มีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ 13) ปากมดลูกสั้น < 25 มิลลิเมตร 14) ตั้งครรภ์แฝด 15) ภาวะน้ำคร่ำน้อย 16) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 33 ข้อ กับปัจจัยเสี่ยงตามแบบคัดกรองเดิมที่เคยใช้พบว่า บางปัจจัยเสี่ยงไม่เหมาะสมที่จะให้หญิงตั้งครรภ์คัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเองเพราะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการตรวจคัดกรอง ดังนี้ ดัชนีมวลกาย < 18.50 ปากมดลูกสั้น < 25 มิลลิเมตร ตั้งครรภ์แฝด ภาวะน้ำคร่ำน้อย และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์จึงนำไปให้คัดกรองด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย อายุต่ำกว่า 20 ปี ปรับเป็นอายุต่ำกว่า 17 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Harron คณะ²⁷ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 17 ปี มีการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 20 – 35 ปี 9.80 เท่า ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจไม่ดี ปรับเป็นรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Acharya และคณะ²⁹ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะดังกล่าว 6.82 เท่า ทำงานหนัก ปรับเป็นทำงานต่อเนื่อง 8 ชั่วโมงขึ้นไป หรืองานที่ยืนเกิน 4 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stylianou และคณะ³⁰ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะดังกล่าว 3.77 เท่า ปัจจัยเสี่ยงที่ตัดออกเนื่องจากไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ ประกอบด้วย มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ท้องเดียวกันมีเลือดออกทางช่องคลอดในการตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน หนองใน หนองในเทียม Bacteria vaginosis, Mycoplasma, Bata – hemolytic streptococci, Anaerobic species



ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนเข้าตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ ประกอบด้วย 1) เคยมีทารกเสียชีวิตในครรภ์ เนื่องจากสอดคล้องกับการศึกษาของ Kinpoon และ Chaiyarach³⁶ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 3.86 เท่า 2) เคยคลอด 3 ครั้งขึ้นไป เนื่องจากสอดคล้องกับการศึกษาของ Kinpoon และ Chaiyarach³⁶ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 6.06 เท่า 3) เคยผ่าตัดในมดลูกหรือผ่าตัดในช่องท้องหรือผ่าตัดคลอด เนื่องจากสอดคล้องกับการศึกษาของ Suff และคณะ³⁸ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 3 เท่า 4) เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สอดคล้องกับการศึกษาของ Nyamasege และคณะ³⁹ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 3.93 เท่า 5) ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 12 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brhane และคณะ⁴⁰ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 6.85 เท่า 6) ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ต้องการตั้งครรภ์ เนื่องจากสอดคล้องกับการศึกษาของ Pérez-Molina และคณะ⁴² ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 2.5 เท่า 7) ถูกกระทำรุนแรง เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกกักขัง เนื่องจาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Pun และคณะ⁴³ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 2.33 เท่า 8) หกล้ม หรือโดนกระแทกที่ท้อง หรือได้รับอุบัติเหตุรุนแรง เนื่องจากสอดคล้องกับการศึกษาของ Fabricant และคณะ⁴⁶ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าว มีโอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 2.70 เท่า และ 9) โรคประจำตัวเบาหวาน 10) โรคหัวใจ 11) โรคไทรอยด์ 12) โรคหอบหืด เนื่องจากโรคเหล่านี้ส่งผลให้หลอดเลือดไปเลี้ยงบริเวณเนื้อรกไม่เพียงพอ และรบกวนสุขภาพทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก เกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wedlund และคณะ³³ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคหัวใจร่วมมีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า 5.04 เท่า การศึกษาของ Scott และคณะ³² พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคเบาหวานร่วมมีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า 7.30 เท่า การศึกษาของ Hanif และคณะ³⁴ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคไทรอยด์ร่วมมีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า 18.46 เท่า และการศึกษาของ Hanif และคณะ³⁴ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคหอบหืดร่วมมีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า 6.23 เท่า ปัจจัยเสี่ยงที่คงเดิม 12 ข้อ ดังนี้ 1) อายุมากกว่า 35 ปี 2) สูบบุหรี่หรือใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ 3) ใช้สารเสพติด 4) เครียด วิตกกังวล หรืออยากฆ่าตัวตาย 5) เหนื่อย อักเสบปวดฟันหรือฟันผุ 6) ตกขาวผิดปกติมีกลิ่นเหม็น หรือคันช่องคลอด 7) เคยคลอดก่อนกำหนด 8) เป็นโรคดันโลหิตสูง 9) เคยแท้งหรือเคยขูดมดลูก 2 ครั้งขึ้นไป 10) ใช้เทคโนโลยีช่วยในการตั้งครรภ์ 11) ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือปัสสาวะแสบขัด 12) มีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์

จัดแยกประเภทการคัดกรองเป็นคัดกรองด้วยบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ 1) ดัชนีมวลกาย < 18.50 2) ปากมดลูกสั้น < 25 มิลลิเมตร 3) ตั้งครรภ์แฝด 4) ภาวะน้ำคร่ำน้อย 5) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เนื่องจากต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการตรวจคัดกรองไม่เหมาะสมที่จะนำมาให้หญิงตั้งครรภ์คัดกรองด้วยตนเอง และสำหรับหญิงตั้งครรภ์คัดกรองความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง จำนวน 28 ข้อ โดยกำหนดคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ “ใช่ หรือ ไม่ใช่” โดย “ใช่” หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงข้อนั้น “ไม่ใช่” หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ไม่มีปัจจัยเสี่ยงข้อนั้น

แบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่นำมาใช้ส่วนใหญ่มีความแม่นยำในการทำนายการคลอดก่อนกำหนด^{7-8,50-52} ปัจจัยเสี่ยงถูกพิจารณาคัดเลือกมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹⁸ และพิจารณาความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของ JBI²¹ คัดเลือกปัจจัยเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดที่มีค่า RR or OR ที่มีค่ามากกว่า 1²⁰ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบและนำมาใช้ในการศึกษารั้งนี้มีค่าสูงระหว่าง 1.50 – 52 เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบตามหลักฐานเชิงประจักษ์กับปัจจัยเสี่ยงตามข้อเสนอแนะของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา¹ และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁶ พบว่าเป็นในทิศทางเดียวกัน ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญได้ค่า CVI เท่ากับ 1



และทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test- retest reliability) ผลการทดสอบมีค่าเท่ากับ 1 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ข้อคำถามมีความชัดเจนเพราะผ่านการหาค่าความเป็นปรนัยด้านภาษาโดยหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นผู้ใช้เครื่องมือสอดคล้องกับ ข้อเสนอแนะของ Azadnajafabad และคณะ¹³ ที่ระบุว่าแบบคัดกรองที่ดีทำให้ประชาชนประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sandhu และคณะ¹⁵ ที่พัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบ โดยให้ผู้ป่วยคัดกรองตนเองจากนั้น ให้เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็น Goal standard คัดกรอง พบว่าผลการคัดกรองสอดคล้องกันในระดับสูง ($K=0.83$, $K\text{ weigh} = 0.85$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seto และคณะ⁵³ ที่เปรียบเทียบการคัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์กับบุคลากรทางการแพทย์ ในการหาเชื้อ Group B Streptococcus พบว่าการตรวจคัดกรองหาเชื้อด้วยผู้ป่วยเองมีความสอดคล้องกับบุคลากรทางการแพทย์ ตรวจคัดกรองร้อยละ 92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือถ้าเครื่องมือมีความเที่ยงตรง ไม่ว่าจะตรวจด้วยใครก็ได้ผลเหมือนกัน

ดังนั้นแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้น จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปให้ หญิงตั้งครรภ์คัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินความสอดคล้องหรือความแม่นยำของแบบคัดกรอง ความเสี่ยงฯ ด้วยตนเองต่อไปว่าการคัดกรองความเสี่ยงฯ ด้วยตนเองสอดคล้องกับการคัดกรองความเสี่ยงฯ ด้วยบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในผลลัพธ์ของการคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเอง

ข้อจำกัดการวิจัย

แบบคัดกรองฯ ที่พัฒนาขึ้นทดสอบเมื่อหญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ครอบคลุมการนำไปใช้ ด้วยตัวเองที่บ้าน และมีการหาความเชื่อมั่นโดยทำแบบสอบถามซ้ำ (Test retest reliability) อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์จำคำตอบได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ สามารถนำแบบคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้เนื่องจากมีความตรงและความเชื่อมั่นสูง โดยให้หญิงตั้งครรภ์ใช้คัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดด้วยตนเองในครั้งแรกที่มารับบริการฝากครรภ์ และคัดกรองปัจจัยเสี่ยงฯ 10 ข้อ (มีเครื่องหมาย *) ซ้ำทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เพราะทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงคัดกรองความเสี่ยงมากขึ้น นำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และควรจัดทำคำอธิบายประกอบหรือคู่มือในการใช้งาน

2. การศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาความสอดคล้องหรือความแม่นยำของการคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดระหว่าง หญิงตั้งครรภ์คัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเองกับบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนนำแบบคัดกรองความเสี่ยงฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี และขอขอบคุณครอบครัวที่ช่วยเป็นกำลังใจในการศึกษา

References

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prediction and prevention of spontaneous preterm birth: ACOG practice bulletin, number 234. *Obstet Gynecol.* 2021;138(2):e65–90.
2. 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):e93.



3. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Ministry of Public Health. Health Data Center: Percentage of Thai women giving birth prematurely in fiscal year 2023, Sisaket province [Internet]. 2023 [cited 2022 Jan 22]. Available from: https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecd8bfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d (in Thai)
5. Maternal and Child Health Board. Guideline for pregnant women and childbirth, Sisaket. Sisaket: Sisaket Provincial Public Health Office; 2022. (in Thai)
6. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. RTOG Clinical practice guideline: 50th Anniversary Edition of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand. Bangkok: RTOG; 2022. (in Thai)
7. Xiu Y, Lin Z, Pan M. Development and validation of a risk prediction model for spontaneous preterm birth. *Am J Transl Res.* 2024;16(11): 6500-9.
8. Saade GR, Boggess KA, Sullivan SA, Markenson GR, Iams JD, Coonrod DV, et al. Development and validation of a spontaneous preterm delivery predictor in asymptomatic women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(5):633.e1-633.e24.
9. Ferreira A, Bernardes J, Gonçalves H. Risk scoring systems for preterm birth and their performance: a systematic review. *J Clin Med.* 2023;12(13):4360.
10. Salunkhe AH, Salunkhe JA, Mohite VR, More U, Pratinidhi AK, Kakade SV. Development of risk scoring scale tool for prediction of preterm birth. *Indian J Community Med.* 2019;44(2):102–6.
11. Miller DP, Foley KL, Bundy R, Dharod A, Wright E, Dignan M, et al. Universal screening in primary care practices by self-administered tablet vs nursing staff. *JAMA Netw Open.* 2022;5(3):e221480.
12. Toquinto SM, Berglas NF, McLemore MR, Delgado A, Roberts SCM. Pregnant women's acceptability of alcohol, tobacco, and drug use screening and willingness to disclose use in prenatal care. *Women's Health Issues.* 2020;30(5):345–52.
13. Azadnajafabad S, Saeedi Moghaddam S, Rezaei N, Ghasemi E, Naderimagham S, Azmin M, et al. A report on statistics of an online self-screening platform for COVID-19 and its effectiveness in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2022;11(7):1069–77.
14. Liu S, Li J, Wan DY, Li R, Qu Z, Hu Y, et al. Effectiveness of eHealth self-management interventions in patients with heart failure: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2022;24(9):e38697.
15. Sandhu A, Mosli M, Yan B, Wu T, Gregor J, Chande N, et al. Self-screening for malnutrition risk in outpatient inflammatory bowel disease patients using the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). *J Parenter Enteral Nutr.* 2016;40(4):507–10.



16. Ubahad C, Supon M. Results of the development of a screening form for premature birth risk, Sisaket province. *Sisaket Journal of Research and Health Development*. 2023;2(Suppl. 2):73-82. (in Thai)
17. Nobelius D. Managing R&D processes-focusing on technology development, product development, and their interplay [Dissertation]. Göteborg: Department of Operations Management and Work Organization School of Technology Management and Economics, Chalmers University of Technology; 2020.
18. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Adelaide: JBI; 2014.
19. Pubrica Academy. PCC Research question framework [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 22]. Available from: <https://pubrica.com/academy/concepts-definitions/pcc-research-question-framework/>
20. Thanomsing N. Relative risk & odds ratio. [Internet]. 2015 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://www.coursehero.com/file/44876371/Relative-Risk-Odds-Ratiopdf/> (in Thai)
21. Joanna Briggs Institute. JBI Levels of evidence [Internet]. 2013 [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://kku.world/a8a05>
22. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:71.
23. Punyapornwithaya V. Sample size calculation using G*power program for research using animals. [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://kku.world/rk39ld> (in Thai)
24. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca (NY): Rural Development Committee, Center for International Studies, Cornell University; 1977.
25. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
26. McHugh ML. Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochem Med*. 2012;22(3):276–82.
27. Harron K, Verfuenden M, Ibiebele I, Liu C, Kopp A, Guttmann A, et al. Preterm birth, unplanned hospital contact, and mortality in infants born to teenage mothers in five countries: an administrative data cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2020;34(6):645–54.
28. Jiang M, Mishu MM, Lu D, Yin X. A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2018;57(6):814–8.
29. Acharya D, Gautam S, Poder TG, Lewin A, Gaussen A, Lee K, et al. Maternal and dietary behavior-related factors associated with preterm birth in Southeastern Terai, Nepal: a cross sectional study. *Front Public Health*. 2022;10:946657.
30. Stylianou-Riga P, Kouis P, Kinni P, Rigas A, Papadouri T, Yiallourous PK, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. *Reprod Health*. 2018;15(1):157.



31. Zong X, Wang H, Yang L, Guo Y, Zhao M, Magnussen CG, et al. Maternal pre-pregnancy body mass index categories and infant birth outcomes: a population-based study of 9 million mother-infant pairs. *Front Nutr.* 2022;9:789833.
32. Scott KA, Chambers BD, Baer RJ, Ryckman KK, McLemore MR, Jelliffe-Pawlowski LL. Preterm birth and nativity among Black women with gestational diabetes in California, 2013-2017: a population-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):593.
33. Wedlund F, von Wowern E, Hlebowicz J. Increased cesarean section rate and premature birth according to modified WHO maternal cardiovascular risk in pregnant women with congenital heart disease. *PLoS One.* 2023;18(11):e0294323.
34. Hanif A, Ashraf T, Pervaiz MK, Guler N. Prevalence and risk factors of preterm birth in Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2020;70(4):577–82.
35. Soundarajan P, Muthuramu P, Veerapandi M, Mariappan R. Retrospective study factors related to preterm birth in Government Raja Mirasudar hospital and obstetric and perinatal outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology.* 2016;5(9):3006–11.
36. Kinpoon K, Chaiyarach S. The incidence and risk factors for preterm delivery in northeast Thailand. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2021;29(2):100–11. (in Thai)
37. Liu D, Lin G, Qu M, Alexander JM. Socioeconomic impacts on the intergenerational associations of preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(25):7173–8.
38. Suff N, Xu VX, Glazewska-Hallin A, Carter J, Brennecke S, Shennan A. Previous term emergency caesarean section is a risk factor for recurrent spontaneous preterm birth: a retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2022;271:108–11
39. Nyamasege CK, Kimani-Murage EW, Wanjohi M, Kaindi DWM, Ma E, Fukushige M, et al. Determinants of low birth weight in the context of maternal nutrition education in urban informal settlements, Kenya. *J Dev Orig Health Dis.* 2019;10(2):237–45.
40. Brhane M, Hagos B, Abrha MW, Weldearegay HG. Does short inter-pregnancy interval predicts the risk of preterm birth in Northern Ethiopia? *BMC Res Notes.* 2019;12(1):405.
41. Cavoretto P, Candiani M, Giorgione V, Inversetti A, Abu-Saba MM, Tiberio F, et al. Risk of spontaneous preterm birth in singleton pregnancies conceived after IVF/ICSI treatment: Meta-analysis of cohort studies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;51(1):43-53.
42. Pérez-Molina JJ, González-Cruz MJ, Panduro-Barón JG, Santibáñez-Escobar LP, Quezada-Figueroa NA, Bedolla-Barajas M. Enfermedad periodontal como factor de riesgo adicional asociado con nacimiento pretérmino en México: Un estudio de casos Y controles. *Gac Med Mex.* 2019;155(2):143–8.
43. Pun KD, Rishal P, Darj E, Infanti JJ, Shrestha S, Lukasse M, et al. Domestic violence and perinatal outcomes - a prospective cohort study from Nepal. *BMC Public Health.* 2019;19(1):671.



44. El-Shahawy O, Labib K, Stevens E, Kahn LG, Anwar W, Oncken C, et al. Exclusive and dual cigarette and hookah smoking is associated with adverse perinatal outcomes among pregnant women in Cairo, Egypt. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):12974.
45. Admon LK, Bart G, Kozhimannil KB, Richardson CR, Dalton VK, Winkelman TNA. Amphetamine- and opioid-affected births: incidence, outcomes, and costs, United States, 2004-2015. *Am J Public Health*. 2019;109(1):148–54.
46. Fabricant SP, Greiner KS, Caughey AB. Trauma in pregnancy and severe adverse perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(18):3070–4.
47. Ahmadi A, Ramazanzadeh R, Sayehmiri K, Sayehmiri F, Amirmozafari N. Association of Chlamydia trachomatis infections with preterm delivery: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):240.
48. Souza RT, Costa ML, Mayrink J, Feitosa FE, Filho EAR, Leite DF, et al. Clinical and epidemiological factors associated with spontaneous preterm birth: a multicentre cohort of low risk nulliparous women. *Sci Rep*. 2020;10(1):855.
49. Uwambaye P, Munyanshongore C, Rulisa S, Shiao H, Nuhu A, Kerr MS. Assessing the association between periodontitis and premature birth: a systematic review case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):204.
50. Li Y, Fu X, Guo X, Liang H, Cao D, Shi J. Maternal preterm birth prediction in the United States: a case-control database study. *BMC Pediatr*. 2022;22(1):547.
51. Kassahun EA, Gebreyesus SH, Tesfamariam K, Endris BS, Roro MA, Getnet Y, Hassen HY, Brusselaers N, Coenen S. Development and validation of a simplified risk prediction model for preterm birth: a prospective cohort study in rural Ethiopia. *Sci Rep*. 2024;14(1):4845.
52. Watson HA, Seed PT, Carter J, Hezelgrave NL, Kuhrt K, Tribe RM, Shennan AH. Development and validation of predictive models for QUIPP App v.2: tool for predicting preterm birth in asymptomatic high-risk women. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020;55(3):348-56.
53. Seto MTY, Ko JKY, Cheung KW, To KKW, Hui PW, Lao TT, et al. The accuracy of self-screening of group B streptococcus in pregnant women-a randomized crossover study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(6):792–7.



การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีภาวะเสพติดหนัก โดยการให้การปรึกษารายบุคคล ตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย

ทิพสุคนธ์ มูลจันท์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

ไกรวุฒิ ศรีจันทร์ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)²

(วันรับบทความ: 20 ธันวาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีนหนัก โดยทำการศึกษาในกรณีตัวอย่างผู้ป่วย 2 ราย ที่มีประวัติการใช้เฮโรอีนมานาน และมีภาวะเสพติดรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยการศึกษากรณีศึกษา ใช้การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และการวิเคราะห์กระบวนการ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาเมทาโดนร่วมกับการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Therapy: REBT) จำนวน 6 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที การให้คำปรึกษา REBT ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การพิจารณาความเชื่อที่ไร้เหตุผล 3) การวิเคราะห์ความเชื่อที่ไร้เหตุผล 4) การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล 5) การฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล และ 6) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 สามารถหยุดเสพได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ยังคงมีพฤติกรรมเสพซ้ำ แต่สามารถลดปริมาณการเสพลงได้ ทั้งนี้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเฮโรอีนที่มีภาวะเสพติดหนัก อาจต้องใช้กระบวนการที่หลากหลายมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายยังมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น รวมทั้งมีการฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้น และจากการศึกษายังพบว่ามีหลายปัจจัยที่อาจมีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมการใช้ยาเสพติด เช่น ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่งผลเรื่องการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ ปัจจัยเรื่องงาน/การใช้เวลาว่าง ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นต้น

คำสำคัญ: เฮโรอีน ภาวะการเสพติดเฮโรอีนหนัก แนวคิดการพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: tipsukon.fon@gmail.com Tel: 097-9266641



Nursing Care for Heroin Addicted Patients with Severe Addiction using Individual Counseling Based on Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT): 2 Case Studies Comparison

Tipsukon Moonjuntree M.NS. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

Kraiwutt Srijun M.NS. (Psychiatric and Mental Health Nursing)²

(Received Date: December 20, 2024, Revised Date: February 2, 2025, Accepted Date: February 11, 2025)

Abstract

This study aimed to present the effects of individual counseling based on Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) in nursing care for patients with severe heroin addiction. The study involved two case reports of patients with a long history of heroin use and severe addiction who were receiving treatment at the Outpatient Nursing Department of Thanyarak Pattani Hospital, Pattani province. The case-comparison study and process analysis was conducted between December 1, 2023, and October 31, 2024. The patients received methadone maintenance treatment combined with six sessions of REBT counseling, each lasting approximately 60-90 minutes. The REBT counseling was comprised of six steps: 1) building rapport, 2) identifying irrational beliefs, 3) analyzing irrational beliefs, 4) disputing irrational beliefs, 5) developing rational thinking skills, and 6) changing life behaviors.

The study results showed that the first patient successfully stopped using heroin, while the second patient still exhibited relapse behavior, but managed to reduce the frequency of use. The findings suggest that treating patients with severe heroin addiction may require a multifaceted approach. Additionally, both patients experienced increased self-esteem, acquired better problem-solving abilities, and improved family relationships. The study also identified several factors that could influence the success of controlling drug use, such as the patients' education levels affecting their learning and analytical thinking, employment and leisure activities, and family factors.

Keywords: heroin, heroin severe addiction, rational emotive behavioral therapy, case study comparison

¹Registered Nurse, Professional Level, Thanyarak Pattani Hospital, Pattani

²Registered Nurse, Professional Level, Thanyarak Pattani Hospital, Pattani

¹Corresponding Author, E-mail: tipsukon.fon@gmail.com Tel: 097-9266641



บทนำ

ปัญหายาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เฮอร์อีนเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดประสาทอย่างรุนแรง เสพติดได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้เสพจะร่างกายทรุดโทรม เสพเกินขนาดถึงตายได้ เฮอร์อีนออกฤทธิ์เร็วและดีเยี่ยม (Tolerance) ผู้เสพจึงต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นและเสพซ้ำ ๆ จนบกพร่องในหน้าที่การทำงาน การเรียน หรือครอบครัว และแม้จะเกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจแต่ยังเสพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความพึงพอใจและไม่ให้เกิดอาการขาดยา (Withdrawal symptom)¹ ทั้งนี้ผู้เสพเฮอร์อีนมีปัญหาด้านพฤติกรรมเรื้อรัง นำความทุกข์มาสู่ครอบครัว ญาติต้องสูญเสียเงินทองและเวลาในดูแล รัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนั้นการใช้ยาเสพติดมีผลให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ² ผู้เสพยังคงใช้ต่อเนื่องเพื่อลดอาการขาดยา ซึ่งนำไปสู่ “โรคสมองติดยา” (Brain addiction disease)¹ ซึ่งปัญหาการกลับไปเสพซ้ำได้ตลอดเวลาในผู้ป่วยเฮอร์อีน³ พบอัตราการเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 45 ในระยะสามเดือนแรก หลังจากหยุดเฮอร์อีน และในปี 2564-2566 หลังการรักษาครบกำหนดผู้ป่วยยุติการเสพได้เพียง ร้อยละ 52.94 - 56.28 ตามลำดับ^{4,5} Rattanakompreeda และ Paileeklee⁶ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไปในทุกด้าน

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีให้การดูแล บำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และจากประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์อีน พบว่า ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดมีพฤติกรรมการเสพซ้ำ จากความคิดหลากหลาย ความคิดดังกล่าวมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดทางจิตสังคม เป็นขั้นตอนสำคัญในการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด⁷ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT- Counseling) ต่อการควบคุมความอยากใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเฮอร์อีนในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ของ Mooljunttee et al.⁸ พบว่า ผู้ป่วยเฮอร์อีนที่เข้ารับโปรแกรมให้การปรึกษาดังกล่าวการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มีความอยากใช้ยาเสพติดซ้ำต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และเมื่อเปรียบเทียบความอยากใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยเฮอร์อีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิด กาย จิตสังคมบำบัด พบว่า ผู้ป่วยเฮอร์อีนที่ได้เข้ารับโปรแกรมฯ มีระดับความต้องการใช้สารเสพติดซ้ำ (Craving) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทางการบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิด กาย จิตสังคมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเฮอร์อีนจึงสนใจศึกษาค้นคว้า 2 ราย ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาเฮอร์อีนมีภาวะเสพติดหนัก (Hard core) ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว และได้รับเมทาโดนมากกว่า 60 มิลลิกรัม/วัน ทั้งนี้การได้รับเมทาโดนมากกว่า 60 มิลลิกรัม/วัน สามารถควบคุมความอยากใช้ยาเสพติดซ้ำได้^{9,10} แต่ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมเสพซ้ำขณะบำบัดรักษา จึงได้นำการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Therapy Counseling: REBT-Counseling) มาใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม โปรแกรมการให้การปรึกษาดังกล่าวการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (REBT- Counseling) ซึ่งเป็นแนวคิดเน้นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเชื่อว่าความคิดที่ไม่ดีเหตุผลจะนำไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงต้องเริ่มจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผลให้เป็นความเชื่อที่มีเหตุผล ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมและอารมณ์ไม่ได้เกิดจากสถานการณ์โดยตรง แต่เกิดจากวิธีการตีความของแต่ละบุคคล หากมีความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล จะส่งผลให้เกิดอารมณ์ลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การบำบัดจึงมุ่งเน้นที่การช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ถึงความคิดของตนเองและปรับเปลี่ยนไปสู่ความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น โดยโปรแกรมนี้ให้การบำบัดจำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวนทั้งสิ้น 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาความคิด ความเชื่อหรือสิ่งที่ลึกลับเกี่ยวกับการเลิกใช้ยาเสพติด 2) การพิจารณาความเชื่อที่ไร้เหตุผลและมีเหตุผล 3) วิเคราะห์ความเชื่อที่ไร้เหตุผล เพื่อนำไปสู่การเลิกใช้ยาเสพติด 4) การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลเกี่ยวกับทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาที่มีทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล 5) การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลเกี่ยวกับการควบคุมความอยากใช้ ยาเสพติด และ 6) ทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต จึงสนใจนำโปรแกรมการให้การปรึกษาดังกล่าวการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) มาใช้เพื่อสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ



วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนหนัก โดยการใช้ REBT เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาในกรณีตัวอย่างผู้ป่วย 2 ราย ที่มีประวัติการใช้เฮโรอีนมานานและมีภาวะเสพติดรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ใช้การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และ การวิเคราะห์กระบวนการ

จริยธรรมการศึกษา

มีการขออนุญาตผู้ป่วยในการนำเสนอข้อมูลในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยโดยรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล โดยมีการเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

รายงานผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูล/ประวัติ/ การประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 26 ปี ศาสนาอิสลาม อาชีพ ลูกจ้างชั่วคราว จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6	เพศชาย อายุ 27 ปี ศาสนาอิสลาม อาชีพ ค้าขาย จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาการสำคัญ	สมัครใจบำบัดรักษา เนื่องจากกลับไปเสพซ้ำ เฮโรอีน ยาบ้า ประมาณ 1 เดือนก่อนมา หลังหยุดได้ประมาณ 1 ปี กังวลกลัวจะหยุดไม่ได้	สมัครใจเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากยังคงมีความอยากใช้ และไม่สามารถควบคุมได้
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 เดือนก่อนมา ผู้ป่วยเสพซ้ำเฮโรอีนทุกวัน วันละ 4-5 ครั้ง ครั้งละ 1 ตัว, ยาบ้า สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 2 เม็ด - อายุ 20 ปี ใช้เฮโรอีน โดยการสูบบ้อง 2 ปี แรก สูบทุกวันๆละ 3 ครั้งๆละ 1 ตัว 1 ปี หลังจากนั้นเพิ่มปริมาณขึ้น เป็นทุกวัน ๆ ละ 4 ครั้ง ๆ ละ 1 ตัว สูงสุด 1-1.5 ฝา เข้ารับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี (รพ.ป.น.) รูปแบบผู้ป่วยนอก หยุดได้ 1 ปี กลับมาเสพซ้ำ 1 เดือนก่อนมา - อายุ 16 ปี ใช้ยาบ้า โดยการสูดควัน 1 ปีแรก ใช้สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 1-2 เม็ด ใช้อ้อยประมาณ 4 ปี หลังจากนั้นเพิ่มปริมาณขึ้น เป็นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 1-2 เม็ด เข้ารับการมารับการรักษาที่ รพ.ป.น.รูปแบบผู้ป่วยนอก หยุดได้ 1 ปี กลับมาเสพซ้ำ 1 เดือนก่อนมา	9 เดือน โดยเสพทุกวันๆละ 3 ครั้ง เข้า 2 ตัว กลางวัน 2 ตัว และเย็น 1 ตัว - อายุ 13 ปี ใช้เฮโรอีน โดยการฉีดเข้าเส้น 4 ปีแรก เสพทุกวันๆละ 3-4 ครั้งๆละ 10 ตัว, หยุดเสพช่วงอายุ 16-18 ปี (3 ปี) เนื่องจากติดคุกคดีปล้นทรัพย์และมียาเสพติดไว้ในครอบครอง หลังออกจากคุกเสพซ้ำทุกวันๆละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ฝา หลังจากบำบัดครั้งล่าสุด เริ่มกลับมาเสพใหม่ - อายุ 13 ปี ใช้ยาบ้า โดยสูดควัน 4 ปีแรกสูบทุกวัน ๆ ละ 2 เม็ด หยุดเสพช่วงอายุ 16-18 ปี (3 ปี) เนื่องจากติดคุกคดีปล้นทรัพย์และมียาเสพติดไว้ในครอบครอง หลังออกจากคุกเสพซ้ำทุกวัน ๆ ละ 2 เม็ด หลังจากบำบัดครั้งล่าสุด เริ่มกลับมาเสพใหม่ 9 เดือน โดยใช้ 3 เดือน/ครั้ง ๆ ละ 2 เม็ด - อายุ 13 ปี สูบบุหรี่ยี่ห้อ สุรียา โดยสูบทุกวัน ๆ ละ 6 มวน ปัจจุบันสูบวันละ 10 มวน



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูล/ประวัติ/ การประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติ	- อายุ 16 ปี ต้มน้ำกระท่อม (3*100) โดยดื่ม ทุกวันละ 3 ครั้งๆละ 1 ชูต/3 คน เพิ่มปริมาณ ขึ้นเรื่อย ๆ เป็นสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ลิตร เข้ารับการมารับการรักษาที่ รพ.ป.น.รูปแบบผู้ป่วยนอก หยุดได้ประมาณ 1 ปี กลับมาเสพยา 1 เดือนก่อนมา โดยดื่มสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 0.5 ลิตร	
ประวัติ	- อายุ 16 ปี เริ่มสูบบุหรี่ที่หอสุริยา โดยสูบ ทุกวัน วันละ 3 มวน ไม่เคยหยุดสูบ	
การเจ็บป่วย	- เคยบำบัดรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี	- ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารอื่น ๆ - ปฏิเสธโรคทางกายและอาการทางจิตเวช
ในอดีต	- ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและ สารอื่น ๆ - ปฏิเสธโรคทางกายและอาการทางจิตเวช - ปฏิเสธการถูกจับดำเนินคดี - ปฏิเสธประวัติการชัก - ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด	- ปฏิเสธประวัติการชัก - ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด - ปฏิเสธประวัติการประสบอุบัติเหตุรุนแรง
ประวัติส่วนตัว	- มีประวัติการประสบอุบัติเหตุ ขับรถมอเตอร์ ไซด์ชนกับรถจักรยานยนต์พ่วงข้าง มีแผลถลอก บริเวณ แขน 2 ข้าง มีแผลเป็น 2 - 3 จุดไม่สลบ ไม่ได้นอนโรงพยาบาล	
และประวัติ	- ผู้ป่วยเป็นลูกคนโต ในจำนวนบุตร 2 คน ของ บิดามารดา	- ผู้ป่วยเป็นลูกคนที่ 3 ในจำนวนบุตร 5 คน ของบิดามารดา
การเจ็บป่วย	- บิดามีโรคประจำตัว: โรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง	- บิดาสุภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัวแต่จำไม่ได้ว่าเป็นอะไร
ในครอบครัว	- มารดาสุภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว - ปฏิเสธการใช้ยาเสพติดของคนในครอบครัว	- มารดามีโรคประจำตัว: โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง - ปฏิเสธการใช้ยาเสพติดของคนในครอบครัว
อาการแรกรับ		
การประเมิน	สภาพทั่วไป : ชายไทย รูปร่างท้วม ผมสั้นสีดำ	สภาพทั่วไป : ชายไทย รูปร่างสมส่วน ผมสั้นสีดำ
สภาพร่างกาย	ไม่พบความผิดปกติทุกระบบ	ไม่พบความผิดปกติทุกระบบ

RETRACTED 20 June 2025



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูล/ประวัติ/ การประเมิน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	รู้สึกตัวดี ปฏิเสธอาการขาดยา ปฏิเสธอาการ หิวแหว่และภาพหลอน ประเมินอาการขาดยา กลุ่มโอปิออยด์ (Clinical Opiate Withdrawal Scale: COWS) = 1 คะแนน Pupil 2 mm RTLBE ประเมิน 2Q = negative, ประเมินTB= 0 คะแนน ตรวจร่างกาย ไม่พบรอยสัก กลากเคลื่อน และการฝึงมุก	รู้สึกตัวดี สีหน้าไม่สดชื่น ปวดเมื่อยตามตัว (1) เพ็ลลีย ปลายนิ้วสัน ประเมินอาการ ขาดยา กลุ่มโอปิออยด์ (Clinical Opiate Withdrawal Scale: COWS) = 1 คะแนน Pupil 1.5 min RTLBE ประเมิน 2Q = negative, ประเมินTB= 0 คะแนน ตรวจร่างกาย ไม่พบรอยสัก กลากเคลื่อน และการฝึงมุก
การตรวจ	1. General appearance and behavior :	1. General appearance and behavior
สภาพจิต :	ลักษณะทั่วไป รูปร่างท้วม ร่างกายและการแต่ง	: ลักษณะทั่วไป รูปร่างท้วม ร่างกายและ
Mental status	กายสะอาด สีหน้าท่าทางเป็นมิตร การ	การแต่งกายสะอาด สีหน้าท่าทาง
examination	เคลื่อนไหวปกติ	เป็นมิตร การเคลื่อนไหวปกติ
	2. Speed : พูดน้ำเสียงดัง ชัดเจน	2. Speed : พูดน้ำเสียงดัง ชัดเจน
	3. Affective and mood : ปกติ	3. Affective and mood : ปกติ
	4. Thought : ตามตอบตรงประเด็น	4. Thought : ตามตอบตรงประเด็น
	5. Perception : ปกติ	5. Perception : ปกติ
	6. Orientation : การรับรู้วัน เวลา	6. Orientation : การรับรู้วัน เวลา
	สถานที่ ปกติ	สถานที่ ปกติ
	7. Memory	7. Memory
	Remote memory : ปกติ	Remote memory : ปกติ
	Recent memory : ปกติ	Recent memory : ปกติ
	Recall memory : ปกติ	Recall memory : ปกติ
	8. Insight : ผู้ป่วยคิดว่าการเสพยาเสพติด ต้อง	8. Insight : ผู้ป่วยคิดว่าการเสพยาเสพติด
	ได้รับการบำบัดรักษา	ต้องได้รับการบำบัดรักษา

RETRACTED 20 June 2025



ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการประเมินตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และ การดูแลสุขภาพ	เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักจะรักษาโดยการไปซื้อยา รับประทานเองที่ร้านขายยา ใกล้บ้าน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ในพื้นที่ ยอมรับว่าตนเองติด ยาเสพติด บางครั้งผู้ป่วยก็ คิดถึงการเลิกยาเสพติด แต่ก็ ยังเลิกไม่ได้	เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักจะรักษาโดยการไปซื้อยา รับประทานเองที่ร้านขายยา ใกล้บ้าน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ในพื้นที่ ยอมรับว่าตนเองติด ยาเสพติด บางครั้งผู้ป่วยก็ คิดถึงการเลิกยาเสพติด แต่ก็ ยังเลิกไม่ได้	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการรับรู้และ การดูแลสุขภาพ โดยเมื่อมีอาการ เจ็บป่วยเล็กน้อย การรักษาโดยการ ไปซื้อยารับประทานเองเป็นสิ่ง ที่ผู้คนทำกันอย่างแพร่หลาย แต่การรักษาโรคด้วยการซื้อยา รับประทานเองไม่ใช่วิธีการที่ ถูกต้อง เนื่องจากอาจจะไม่ได้รับ การวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง หากมี อาการเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาที่ ถูกต้อง
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและ การเผาผลาญ สารอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหารทุก ชนิด และชอบดื่มชา ไม่มี ปัญหาในการรับประทาน BMI = 26.65 kg/m ² (น้ำหนักเกินตามมาตรฐานที่ กำหนด)	รับประทานอาหารวันละ 2-3 มื้อ ชอบรับประทาน อาหารทุกชนิด ไม่มีปัญหาใน การรับประทาน BMI = 22.758 kg/m ² (น้ำหนัก ตามมาตรฐานที่กำหนด)	กรณีศึกษาที่ 1 มีน้ำหนักเกิน: ควรพูดคุยกับโภชนาการหรือแพทย์ เพื่อกำหนดแผนการรักษาหรือ แนวทางในการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสม และคำแนะนำสำหรับ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ การรับประทานอาหารในปริมาณ ที่เหมาะสมและควบคู่ไปกับ การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ ในการดูแลสุขภาพ
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	การขับถ่ายอุจจาระ ทุกวัน ไม่มีอาการท้องผูก ลักษณะ อุจจาระปกติ ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด	การขับถ่ายอุจจาระ 1-2 วัน/ ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ลักษณะอุจจาระปกติ ปัสสาวะปกติไม่มีแสบขัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีควม ผิดปกติ เน้นย้ำการรับประทาน อาหารที่มีกากใย และการดื่มน้ำ อย่างน้อย 8-10 แก้ว/วัน เนื่องจก การรับประทานยาเมทาโดนอาจมี อาการข้างเคียงส่งผลให้ท้องผูกได้

RETRACTED 20 June 2025



ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการประเมินตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและ การออกกำลังกาย	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยตนเอง ปกติไม่ค่อยได้ ออกกำลังกาย มีการวิ่ง/เล่น ฟุตบอลบ้าง เฉลี่ยสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที ชอบดูหนัง ฟังเพลง ขับรถเที่ยว	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยตนเอง ปกติไม่ค่อยได้ ออกกำลังกาย มีเล่นฟุตบอล บ้าง เฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15-30 นาที ชอบขับรถเที่ยว และนั่งร้าน น้ำชา	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่ ออกกำลังกาย แนะนำการออก กำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อ สุขภาพ
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอน หลับ	นอนวันละ 8 - 10 ชั่วโมง นอนหลับสนิท	นอนวันละ 6 - 8 ชั่วโมง นอนหลับสนิท	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบ ความผิดปกติ
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและ การเรียนรู้	รู้สึกตัวดี พุดคุยโต้ตอบ ชัดเจน รับรู้การเจ็บป่วยปกติ	รู้สึกตัวดี พุดคุยโต้ตอบชัดเจน รับรู้การเจ็บป่วยปกติ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบ ความผิดปกติ
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์	คิดว่าตนเองเป็นคนเกเร แต่สามารถปรับปรุงตัวเอง ได้ รับรู้ตัวเองติดยาเสพติด เคยเข้ารับการบำบัดรักษา มาแล้ว แต่กลับไปใช้ยาซ้ำ เพราะเบื่อ และ ประชด แต่บ่อยครั้งใช้โดยไม่มีเหตุผล จึงอยากกลับมารักษาเพื่อให้ สามารถหยุดเสพได้	คิดว่าตนเองเป็นคนเกเร ทำให้พ่อแม่เดือดร้อน รับรู้ว่ ตัวเอง ติด ยา เสพ ติด เคยบำบัดรักษาแล้วไม่ สามารถเลิกได้ เพราะไม่ เข้มแข็ง มีเพื่อนใช้ยา ใจร้อน ไม่อดทน แต่บ่อยครั้งใช้โดย ไม่มีเหตุผล อยากกลับมารักษา เพื่อให้สามารถหยุดเสพได้	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายรู้ว่าตนเองติด ยาเสพติด มีพฤติกรรมการเสพซ้ำ โดยไม่มีเหตุผล
แบบแผนที่ 8 บทบาทและ สัมพันธ์ภาพ	ทำ บทบาท ของ ลูก ได้ ตามปกติ สัมพันธภาพกับ บิดาดี บิดาให้กำลังใจและ ช่วยเหลือตลอด แต่กับ มารดาไม่ดี มีความไม่เข้าใจ กับมารดา มารดายอมรับว่า ให้ความสนใจน้องมากกว่า ผู้ป่วย และมีความห่างเหิน กับผู้ป่วย	ทำบทบาทของลูกได้ตามปกติ สัมพันธภาพในครอบครัว ค่อนข้างห่างเหิน มารดา ยอมรับว่าต้องทำงานหา รายได้จึงไม่ค่อยให้ความ สนใจกับผู้ป่วย และเริ่มมี ความห่างเหินมากขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยใช้ยาเสพติด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาเรื่อง สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว การใช้ยาเสพติด ส่งผลให้ กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย แยกตัวจาก ครอบครัว ไม่สามารถทำบทบาท ของลูกได้ เช่น ไม่เชื่อฟังคำสั่งสอน ไม่ช่วยงานบ้าน ใช้จ่ายเงินไปกับยา เสพติด ลักขโมย ทำให้เสพซ้ำ เพราะต้องการการยอมรับจาก เพื่อนและเพื่อประชด



ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการประเมินตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
แบบแผนที่ 9 เพศและ การเจริญพันธุ์	การแต่งกาย การแสดงออกเหมาะสม แสดงออกตรงกับเพศ สภาพ	การแต่งกาย การแสดงออกเหมาะสม แสดงออกตรงกับเพศ สภาพ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบความผิดปกติ
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และ การเผชิญกับ ความเครียด	เมื่อเกิดความเครียดจะไม่ ค่อยคุยกับใครเก็บไว้คน เดียวและใช้ยาเสพติด	เมื่อเกิดความเครียดจะไม่ ค่อยคุยกับใครเก็บไว้คน เดียวและใช้ยาเสพติด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการจัด การความเครียดไม่เหมาะสม
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ	นับถือศาสนาอิสลาม ละหมาดไม่ครบ 5 ครั้ง ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอื่น แต่มีแรงจูงใจในการบำบัด ครั้งนี้เพื่อจะมีชีวิตชีวิต ที่ดีขึ้น	นับถือศาสนาอิสลาม ละหมาดไม่ครบ 5 ครั้ง ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอื่น แต่มีแรงจูงใจในการบำบัด ครั้งนี้เพื่อจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ต้ออกกลัวถูกจับ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวทาง จิตใจ แต่มีเป้าหมายและแรงจูงใจใน การบำบัดครั้งนี้เพื่อจะมีชีวิตที่ดีขึ้น
การวินิจฉัยโรค และการ บำบัดรักษา	การวินิจฉัยโรค: Severe Opioid use disorder with Severe Methamphetamine use disorder with Severe Tobacco use disorder (Hard core) แผนการรักษา Methadone Maintanance Treatment ปัจจุบันรับยาเมทาโดน 90 mg Oral OD	การวินิจฉัยโรค: Severe Opioid use disorder with Severe Methamphetamine use disorder with Severe Tobacco use disorder (Hard core) แผนการรักษา Methadone Maintanance Treatment ปัจจุบันรับยาเมทาโดน 60 mg Oral OD	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรค การติดยาเสพติดเฮโรอีนตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 - TR) ^{11,12} : Severe Opioid use disorder (F1124) ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดยาเฮโรอีนอย่างหนักมี การใช้สารในปริมาณที่มากหรือนานกว่า ที่ตั้งใจ, มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดแต่ ไม่สามารถทำได้, ใช้เวลามากในการใช้และ การฟื้นตัวจากการใช้สาร, มีอาการอยาก, ต้องใช้สารเสพติดนั้นในปริมาณที่เพิ่มขึ้น, มีอาการขาดยาเมื่อหยุดใช้ ทั้งนี้กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย มีคะแนนมากกว่า 6 อาการถือ เป็นการติดยาเสพติดขั้นรุนแรง พบว่าทั้ง 2 ราย รับประทานเมทาโดนในปริมาณ ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากปริมาณการใช้ ยาเสพติดมีความแตกต่างกัน



การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีนที่มีภาวะเสพติดหนัก (Hard core) โดยการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิด การพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) สามารถสรุปบทเรียนที่ได้จากการพยาบาล ได้ดังนี้

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล^{13,14}

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา

ข้อมูลสนับสนุน

S: “ผมรู้สึกปวดเมื่อยตามตัว” O: COWS \geq 2 คะแนน (มีอาการขาดยาระดับน้อย)

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน COWS¹⁵ \geq 2 คะแนน และสังเกตอาการขาดยา ประเมินซ้ำหลังได้รับยาเมทาโดน 30 นาที - 1 ชั่วโมง
2. รายงานแพทย์ ให้ยาเมทาโดนตามแผนการรักษา 10 - 30 mg เพื่อบรรเทาอาการขาดยา
3. แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำ เพื่อทำให้ผู้ป่วยตัวเย็นรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้หายปวดกล้ามเนื้อ
4. ให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น 1) การนวด เพื่อคลายอาการปวดกล้ามเนื้อและ 2) การจัดเตรียมอาหารให้กับผู้ป่วยที่เหมาะสม ที่มีรสชาติอ่อน ย่อยง่าย โดยเน้นอาหารเสริมวิตามิน B วิตามินซี และแมกนีเซียม เพื่อลดอาการกล้ามเนื้อเกร็งในเวลากลางคืน

5. แนะนำให้สังเกตอาการ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย บวมก้น เย็น หงุดหงิด นอนไม่หลับ ให้แจ้งทันทีเมื่อมาพบแพทย์

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการขาดยาดีขึ้นภายใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับยา คะแนน COWS = 0 คะแนน

2. วินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากภาวะเมาเฮโรอีน

ข้อมูลสนับสนุน

O: ง่วง ซึม เดินเซ พูดลิ้นรว คน เกาบริเวณผิวหนัง O: มีประวัติใช้เฮโรอีน พบรอยฉีดยาใหม่ ๆ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเมาเฮโรอีน เช่น ง่วง ซึม เดินเซ ทรงตัวไม่ได้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
2. จัดให้นอนในท่าตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง 1 - 2 ชั่วโมง ยกไม้กั้นเตียงไว้ตลอดเวลาเพื่อป้องกันการตกเตียง ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และประเมินทุก 1 ชม. จนอาการคงที่
3. แนะนำให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล
4. ประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วยประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการง่วงซึม สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ หากอาการไม่ดีขึ้น ซึมลง ระดับความรู้ตัวลดลง สัญญาณชีพผิดปกติเข้าชั้นวิกฤติ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในทางที่ผิด เช่น ใช้ยานอนหลับหรือสุรา ร่วมกับการรักษาเมทาโดน ทำให้มีการเสริมฤทธิ์ทำให้เกิดอาการเมายาเพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดภาวะการใช้ยาเกินขนาด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ



3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจากจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

O: เอะอะ โวยวาย O: SMI-V พบข้อ 2 ทำร้ายผู้อื่น O: OAS \geq 1 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและมีการจัดการอารมณ์เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. คัดกรองความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยเฮโรอีนทุกรายโดยใช้แบบคัดกรอง SMI-V
2. หากพบอาการหรือพฤติกรรมตามเกณฑ์ SMI-V ในข้อใดข้อหนึ่งใน 4 ข้อ ให้ประเมินความก้าวร้าว โดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) และให้การพยาบาลตามระดับคะแนน OAS
3. ให้คำแนะนำและจัดกิจกรรมการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ ฝึกสมาธิอย่างต่อเนื่อง การอาบน้ำสะอาด ฯลฯ เป็นต้น
4. รายงานแพทย์ตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษา
5. แนะนำญาติในการสังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว กำหมัด กัดกราม พุดเสียงดัง ทำลายข้าวของ ให้นำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที ประสานงานโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยยอมรับมีอารมณ์หงุดหงิด เมื่อมีอาการขาดยา ใช้วิธีขับรถไปเรื่อยๆ สำหรับการผ่อนคลายอารมณ์ เพื่อไม่ให้มีปัญหากับครอบครัว

กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยยอมรับมีอารมณ์หงุดหงิดเมื่อมีอาการขาดยา ใช้วิธีเสพซ้ำหรือออกไปหาเพื่อน เพื่อไม่ให้มีปัญหากับครอบครัว

4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสพซ้ำเนื่องจากไม่สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นได้/ไม่สามารถจัดการความอยากได้

ข้อมูลสนับสนุน

S: “ผมเสพเฮโรอีนเพราะเจอเพื่อน” O: ผลการตรวจปัสสาวะมอร์ฟีน (Morphine) = Positive

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และสามารถจัดการกับตัวกระตุ้นได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการเสพซ้ำและค้นหาสาเหตุการเสพซ้ำ
2. ประเมินความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม
3. ฝึกทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น และ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการกำกับตนเองโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองที่เป็นปัญหาที่นำไปใช้เฮโรอีน ต่อด้วยกระบวนการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่ทำให้ตนเองไม่กลับไปใช้เฮโรอีน 1- 2 กิจกรรม
4. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ยังคงมีการเสพซ้ำ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมดี กรณีศึกษา รายที่ 1 สามารถประเมินการเสพซ้ำ วิเคราะห์ตัวกระตุ้น และค้นหาสาเหตุของการเสพซ้ำได้ แต่กรณีศึกษา รายที่ 2 ต้องกระตุ้นในการประเมินการเสพซ้ำวิเคราะห์ตัวกระตุ้น และค้นหาสาเหตุของการเสพ ซึ่งทั้ง 2 ราย ให้เหตุผลของการเสพซ้ำว่า “เป็นบุคคลที่เป็นคนเลวน่ารังเกียจและชั่วร้าย ควรจะถูกตำหนิหรือลงโทษ” จากลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่เห็นผลตามแนวคิดนี้ สามารถนำมาวิเคราะห์และสรุปเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาความคิดที่มีเหตุผลของบุคคล

ทำกิจกรรมการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) จำนวน 6 ครั้ง โดย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาความคิด ความเชื่อหรือสิ่งที่ลึกลับเกี่ยวกับการเลิกใช้ยาเสพติด เช่น การเสพยาเสพติดมีผลอย่างไรต่อชีวิตคุณ คุณมองเรื่องการบำบัดรักษาในช่วงที่ผ่านมาอย่างไร อะไรทำให้คุณกังวลเกี่ยวกับเรื่องการรักษา



ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ให้ความร่วมมือดี สามารถค้นหาความคิดมีเหตุผลต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง และเป็นความคิดที่ช่วยให้บุคคล ปกป้องหรือคุ้มครองชีวิตตนเอง

ครั้งที่ 2 การพิจารณาความเชื่อที่ไร้เหตุผลและมีเหตุผล เช่น

นาย ก.		นาง ข.
ลูกไม่รับสายโทรศัพท์	เหตุการณ์ (A)	ลูกไม่รับสายโทรศัพท์
เขาอาจไม่ได้ยินโทรศัพท์หรือลืมโทรศัพท์ไว้ที่ บ้าน	ความคิด (B)	มันคงไม่อยากคุยด้วย
เฉยๆ	ผลที่ตามมา (C)	เสียใจ ทุกข์ใจ โกรธ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ให้ความร่วมมือดี แต่ต้องกระตุ้นในการวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็น และทั้ง 2 รายยังคงมี พฤติกรรมการเสพยา เลื้อยสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง

ครั้งที่ 3 วิเคราะห์ความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่นำไปสู่การกลับไปเสพยา เช่น ให้สำรวจเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับการรักษาโรค ณ ปัจจุบันที่อาจนำไปสู่การกลับไปเสพยา

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ให้ความร่วมมือดี แต่ต้องกระตุ้นในการวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็น และทั้ง 2 รายยังคงมี พฤติกรรมการเสพยา เลื้อยสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง

ครั้งที่ 4 การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลเกี่ยวกับทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล โดยอธิบายวิธีการปรับเปลี่ยนความคิด จากความคิดที่ไร้เหตุผล เป็นความคิดที่มีเหตุผล

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 มีการทำการบ้านเรื่องสถานการณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่นำไปสู่การเสพยา หรือความอยากใช้ยาเสพติด ที่มีอบหมาย มานำเสนอ เกี่ยวกับทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผล เริ่มเสพยาลดลงเหลือ เดือนละ 2-3 ครั้ง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่ทำการบ้านมาก่อน เนื่องจากไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้ กลัวทำผิด จึงมาวิเคราะห์ขณะให้ คำปรึกษา ยังคงต้องกระตุ้นในการคิดวิเคราะห์ ผู้ป่วยยังคงมีการเสพยา เลื้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 5 การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลเกี่ยวกับการควบคุมความอยากใช้ยาเสพติด โดยตั้งคำถามที่ท้าทาย และมีเหตุผล เช่น อะไรคือความคิดที่ไม่สมเหตุผล ที่ต้องการโต้แย้งและยอมรับ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 มีการทำการบ้านต่อเนื่อง ฝึกคิดเรื่องสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ความคิดหรือความเชื่อที่นำไปสู่การเสพยา หรือความอยากใช้ยาเสพติดที่มีอบหมาย มาพูดคุยกันฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดต่อเนื่องเสพยาลดลงเหลือเดือนละ 2-3 ครั้ง สามารถควบคุมความอยากใช้ยาเสพติดได้มากขึ้น กรณีศึกษาที่ 2 เริ่มมีการทำการบ้านมา ฝึกคิดเรื่องสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ความคิดหรือความเชื่อที่นำไปสู่การเสพยา หรือความอยากใช้ยาเสพติดที่มีอบหมาย มาพูดคุยกันฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด ต่อเนื่อง เสพยาลดลงเหลือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถควบคุมความอยากใช้ยาเสพติดได้มากขึ้น

ครั้งที่ 6 ทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต เช่น ให้ทบทวนสถานการณ์ที่อาจพบในชีวิตประจำวันที่จะมีผล ทำให้เกิดการเสพยา



ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ให้ความร่วมมือ มีการทำบ้านต่อเนื่อง ผึกคิดเรื่องสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น ความคิดหรือความเชื่อที่นำไปสู่การเสพยา หรือความอยากใช้ยาเสพติดที่มอบหมาย มาพูดคุยกันฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดต่อเนื่อง เสพช้ำลดลง สามารถควบคุมความอยากใช้ยาเสพติดได้มากขึ้น ทั้ง 2 ราย รู้สึกดีที่สามารถควบคุมการใช้ยาเสพติดได้มากขึ้น สามารถจัดการความอยากใช้ยาเสพติดได้ดีขึ้น

5. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S: “ผมเลิกไม่ได้สักที เป็นภาระให้กับคนอื่น” O: ประเมินคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระดับต่ำ

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประเมินระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. ส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจในตนเอง เช่น ส่งเสริมการเป็นผู้ช่วยนำกลุ่ม ทำกิจกรรมจิตอาสา มอบหมายหน้าที่ หลีกเลียงความคิดในทางลบโดยการใช้การให้คำปรึกษาแบบ REBT เพื่อสร้างมุมมองใหม่ สร้างให้เกิดการยอมรับความไม่สมบูรณ์แบบ มมองสถานการณ์แบบยืดหยุ่น เป็นต้น
3. ส่งเสริมการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน/ NA
4. ส่งเสริมให้ตั้งเป้าหมายในชีวิต ค้นหาแรงยึดเหนี่ยวในการเลิกยา
5. อธิบายถึงพยาธิสภาพและแผนการรักษาการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น เปิดโอกาสมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดูแลตนเอง
6. อธิบายให้ครอบครัว/ ญาติยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยแสดงให้เห็นถึงคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วย
7. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยให้หาวิธีหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การดูทีวี ฟังเพลง
8. กล่าวชื่นชมทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดี มีความรับผิดชอบในการมารับประทานยาตรงเวลา ไม่กลับไปใช้ยาซ้ำ
9. ถ้าอาการไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1 สามารถพูดถึงตนเองในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น และรู้สึกดีที่ตัวเองสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้
กรณีศึกษาที่ 2 สามารถพูดถึงตนเองในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น แต่ยังมีบางครั้งที่ยังรู้สึกแย่ โดยเฉพาะเวลาที่มีการเสพยา หลังพูดคุยครั้งที่ 2-3 ผู้ป่วยเริ่มยอมรับและรู้สึกดีกับตนเองมากขึ้น เนื่องจาก สามารถลดปริมาณการเสพยา เหลือเฉลี่ย เดือนละ 2-3 ครั้ง สามารถหลีกเลียงตัวกระตุ้นได้ดีขึ้น และปริมาณการเสพลดลง

การอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน ทั้ง 2 รายนี้ พบว่าแพทย์มีแผนการรักษาด้วย Methadone maintenance treatment แต่ได้รับขนาดเมทาโดนไม่เท่ากัน ทั้งนี้เนื่องจากปริมาณการเสพเฮโรอีนมีความแตกต่างกัน^{1,10,16,17} และผู้ป่วยมีอาการขาดยา ไม่รุนแรง สำหรับการพยาบาลที่สำคัญนอกเหนือจากการดูแลให้การพยาบาลเรื่องอาการไม่สุขสบายจากอาการขาดยาแล้ว ยังคงให้ การดูแลเรื่องจิตใจ จากการประเมินที่พบเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าเป็นส่วนช่วยให้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีกับตนเอง สามารถมองตนเองด้านบวกได้มากขึ้น มีความภาคภูมิใจในการควบคุมการใช้ยาเสพติดของตนเอง^{18,19} สำหรับด้านสังคม ได้มีการปรับความเข้าใจและช่วยฟื้นฟูสัมพันธภาพในครอบครัว แต่ยังมีปัญหาว่าครอบครัวยังคงมีความไม่เข้าใจ เรื่องกระบวนการบำบัด การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย และการดูแลหลังการบำบัดรักษาแม้จะให้ข้อมูลไปหลายครั้ง อีกบทบาทที่สำคัญคือ



การฟื้นฟูสมรรถภาพ-การทำกิจกรรมบำบัดเพื่อป้องกันการเสพยา/การจัดการปัญหาที่เหมาะสม สำหรับการทำการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT)⁸ ฝึกการตั้งคำถามกับความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล การหาหลักฐานสนับสนุนและคัดค้านความคิด พิจารณาความเป็นจริงและความสมเหตุสมผล ทำให้เกิดการยอมรับความไม่สมบูรณ์แบบ มองสถานการณ์แบบยืดหยุ่น พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 สามารถหยุดเสพยาได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ยังคงมีพฤติกรรมเสพยา แต่สามารถลดปริมาณการเสพยาได้ ทั้งนี้การบำบัดรักษาในผู้ป่วยเฮโรอีนที่มีภาวะเสพยาติดหนัก อาจต้องใช้กระบวนการที่หลากหลายมากขึ้น และจากการวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี พบว่ามีหลายปัจจัยที่อาจมีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมการใช้ยาเสพยาติด เช่น ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่งผลเรื่องการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ ปัจจัยเรื่องงาน/การใช้เวลาว่าง ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanmajo et al.²⁰ พบว่า ปัจจัยทำนายในการคงอยู่ในระบบระยะเวลา 1 ปี ของผู้บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ได้แก่ แรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพยาติด การสนับสนุนจากครอบครัว และความพร้อมในการเข้ารับการรักษา

สรุป

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเสพยาติดเฮโรอีน มุ่งเน้นการดูแลที่ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹⁶ การพยาบาลจะให้การพยาบาลตามอาการ ความต้องการพื้นฐาน มุ่งแก้ปัญหาในปัจจุบัน มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนและประเมินผล สำหรับการให้การปรึกษาแบบ REBT มุ่งเน้นการค้นหาและแก้ไขความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ฝึกการโต้แย้งความคิดที่ไม่มีเหตุผล สร้างความคิดใหม่ที่มีเหตุผลมากขึ้น จากการให้การพยาบาลร่วมกับ REBT ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิด ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผลด้วยตนเองในอนาคต ส่งผลให้ลดอัตราการกลับไปใช้ยา และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การให้การปรึกษาแบบ REBT มาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพยาติด พยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้การปรึกษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพยาติดควรได้รับการอบรมฝึกทักษะเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อสามารถให้การปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การให้การปรึกษาแบบ REBT ควรมีการสร้างแผนการบำบัดที่เหมาะสม และฝึกฝนการใช้ในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและสามารถนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ

References

1. Ukranan W. Methadone maintenance treatment in opioid-dependent individuals: A literature review. Journal of the Department of Medical Services. 2017;42(2):116-21. (in Thai)
2. Athan P, Somprasert C, Bunthumporn N. The Effects of a psychosocial rehabilitation program on the quality of life of addict patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019;33(2):61-75. (in Thai)
3. Ardame A, Bassaknejad S, Zargard Y, Rokni P, Sayyah M. Examine the relationship between mindfulness and drug craving in addicts undergoing methadone maintenance treatment. Iran J Public Health. 2014;43(3):349.
4. Thanyarak Pattani Hospital. Medical records and statistics. Annual Report of Thanyarak Pattani Hospital. 2022. (in Thai)



5. National Drug Treatment and Rehabilitation Information System, Ministry of Public Health. [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 15] Available from: <https://antidrugnew.moph.go.th/identity/STS/Forms/Account/Login..> (in Thai)
6. Rattanakornpreeda P, Paileeklee S. Quality of life in drug-dependent patients: a study in Songkhla Province, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2017;100(12):1325-30. (in Thai)
7. Saengchanchai P, Kittirattanaipiboon P, Renuwattananon A, Kinnara P, Chooklaew R, Rattanasumawong W, et al. Psychosocial and community-based treatments. In: Kanlayasiri R, Rungnirund T, editors. Guidelines for managing substance use problems. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2015. p. 91-114. (in Thai)
8. Moonjuntee T, Waechuna A, Chaiyakul N. Effects of group counseling based on Rational Emotional Behavior Therapy (REBT) on craving control among heroin-dependent patients. *Journal of the Department of Medical Services*. 2019;44(5):145-9. (in Thai)
9. Rao R, Agrawal A, Ambekar A. Methadone maintenance treatment under National AIDS Control Programme: Practice guideline. National Drug Dependence Treatment Centre (NDDTC), AIIMS, New Delhi. 2017.
10. World Health Organization. Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2009.
11. American Psychiatric Association. DSM-5-TR online assessment measures. *Psychiatry.org*. [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.psychiatry.org>.
12. Black DW, Grant JE. DSM-5® guidebook. The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
13. Wannakam P, Moonjuntee T, Sanseree R, Ditamah F. Nursing practice standards for Heroin patients. In: Sanseree R, Jetwanon A, Jehsoh R, editors. Standards of nursing practice for drug and substance users. Pattani: Mittrapap; 2023. P. 98-128. (in Thai)
14. Seaback WW. Nursing process: Concepts and application. 3rd ed. Delmar Cengage Learning; 2013.
15. Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs*. 2003;35(2):253-9.
16. Dhawan A, Rao R, Ambekar A, Chopra A, Jain R, Yadav D, et al. Methadone maintenance treatment in India: a feasibility and effectiveness report. UNODC (ROSA) and NDDTC (AIIMS). New Delhi, India; 2014. [internet]. [cited 2022 May 18]. Available from: https://www.unodc.org/documents/southasia/publications/research-studies/MMT_REPORT_final.pdf.
17. Comer S, Cunningham C, JM, Gordon A, Kampman K, Langleben D, et al. Practice guideline for the use of medications in the treatment of addiction involving opioid use. *Am Soc Addict Med*. 2015;66:39-42.
18. Navidian A, Kermansaravi F, Tabas EE, Saeedinezhad F. Efficacy of group motivational interviewing in the degree of drug craving in the addicts under the methadone maintenance treatment (MMT) in South East of Iran. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30:144-9.
19. Thanyarak Pattani Hospital. Guidelines for heroin patients care. Pattani: Clinical Leadership Team, Thanyarak Pattani Hospital; 2021. (in Thai)
20. Suwanmajao S, Duangrithi D, Komkla N, Phattanachot W, Sathaporn U. Predictive factors for 1-year retention in long-term methadone treatment at the methadone clinic, Princess Mother National Institute for Drug Abuse Treatment. *Journal of The Department of Medical Services*. 2019;44(4):119-24. (in Thai)



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ศิริรัตน์ จารุรัชกุล ส.ม.¹
วิไลรัตน์ จันทาทิพย์ พย.ม.²
จิตาธิปไตย ชัยบรรจงวัฒน์ ส.ม.²
คำสอน แซ่อึ้ง พย.บ.³

(วันรับบทความ: 18 ธันวาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ: 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1) การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ระยะที่ 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลและระยะที่ 3) การประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 60 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้เป็นรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นที่มีความตรงและความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่มีค่าความตรงเท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และแบบบันทึกผลลัพธ์วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ Pair t – test เปรียบเทียบความถี่ก่อนและหลังได้รับการอบรมในกลุ่มทดลอง และสถิติ Independent t – test เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงห้องผ่าตัด (ER door to OR) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยชุดความรู้ในการดูแล และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน และแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดเร่งด่วน มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในระดับสูงร้อยละ 97 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 ระยะเวลาเฉลี่ย ER door to OR ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 57.90 นาที ทำให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนภายใน 60 นาที ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้แต่ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และในขั้นตอนแต่ละกิจกรรมควรมีประกันเวลาดำเนินการแล้วเสร็จที่ชัดเจน และส่งมอบผลงานภายในระยะเวลาที่ประกัน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การผ่าตัดเร่งด่วน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงห้องผ่าตัด

¹พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสะเกษ

²พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลศรีสะเกษ

³พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) โรงพยาบาลศรีสะเกษ

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Sirirat.ja8@gmail.com Tel: 086-253-4558



Development of a Nursing Model for Injured Emergency Department Patients who Capital Undergo Urgent Surgery at Sisaket Hospital

Sirirat Jaruratchakul M.P.H.¹

Wilairat Chanthathip M.N.S.²

Thitrare Chaibunjhongwat M.P.H.²

Kumsorn Saeoueng B.N.S.³

(Received Date: December 18, 2024, Revised Date: February 10, 2025, Accepted Date: February 19, 2025)

Abstract

This research and development project aimed to develop and study the outcomes of a nursing model for injured emergency department patients undergoing emergency surgery at Sisaket Hospital. The study was divided into 3 phases, including Phase 1) Input analysis; Phase 2) the development of the nursing model; and Phase 3) the evaluation of the results. The data was obtained from 30 professional nurses working in the Emergency Department of Sisaket Hospital and the review of 60 patient medical records. The developed nursing model, which had validity and reliability equal to 1, was used as the instrument. Data were collected using a questionnaire for the development of nursing models for emergency patients undergoing urgent surgery at Sisaket Hospital with a validity of 1 and a reliability of 0.98, and an outcome record form. Inferential statistics were used to analyze the data. including Paired t-tests to compare knowledge before and after the training of the experimental group, and Independent t – tests to compare the average time for patients from the emergency room door to the operating room (ER door to OR) between the experimental group and the control group.

The results found that the developed nursing model consisted of a knowledge set for care, nursing practice guidelines for emergency patients undergoing urgent surgery, and early warning signs in patients requiring urgent surgery. The feasibility of the model implementation was at a high level (97 percent). Based on the model's implementation, the knowledge of the professional nurses in the experimental group before and after receiving the training was statistically significantly different ($p < .001$). The compliance with the developed guidelines was at a high level (100 percent). The average ER door to OR time compared between the experimental and control groups was statistically significantly different ($p < .001$). The experimental group took an average of 57.90 minutes, allowing emergency patients to undergo urgent surgery within 60 minutes, thus increasing patient safety and reducing complications that could lead to patient death. Therefore, it is possible to implement the model in practice. However, the model should be modified to be better fit for the hospital context. In each step of the activity there should be a clear guarantee of completion time and the results should be delivered within the guaranteed time.

Keywords: development of nursing model, emergency patient, emergency surgery, emergency room door to operating room

¹Registered Nurse (Senior Professional level) Head of Emergency Accident Nursing department, Sisaket Hospital

²Registered Nurse (Senior Professional level), Sisaket Hospital

³Registered Nurse (Professional level), Sisaket Hospital

¹Corresponding Author, Email: Sirirat.ja8@gmail.com Tel: 086-253-4558



บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ “GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2023” ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทั่วโลกสูงถึง 1.35 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยปีงบประมาณ 2566 พบอุบัติเหตุบนท้องถนน 808,506 คน ทำให้มีผู้เสียชีวิต 14,122 คน คิดเป็นอัตรา 17.46 ต่อประชากร 1 พันคน ของประชากรที่เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนทั้งหมด จังหวัดศรีสะเกษในปีงบประมาณ 2566 พบอุบัติเหตุบนท้องถนนทั้งหมด 10,712 คน คิดเป็นอัตรา 26.39 ต่อประชากร 1 พันคน² ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุหรือไม่เกิน 60 นาทีหลังเกิดเหตุ ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น บาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรง ระบบหายใจล้มเหลว เสียเลือดมาก พบได้ร้อยละ 50 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งร้อยละ 25 ของผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน³ เพื่อการรักษาที่สามารถช่วยชีวิตหรือป้องกันความพิการของผู้บาดเจ็บซึ่งราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย⁴ ระบุว่าถ้าผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ระยะที่ 2 ช่วงเวลา 1 ถึง 4 ชั่วโมง หลังเกิดอุบัติเหตุพบว่าผู้ป่วยมักเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินหรือในห้องผ่าตัด พบได้ร้อยละ 30 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากบุคลากรมีความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ความรีบเร่งของการให้บริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย ขณะปฏิบัติงานขาดแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจวินิจฉัยที่มีความล่าช้า การปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องใช้เวลานานเกินไปและความไม่พร้อมของหน่วยบริการ จากภาวะดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต บาดเจ็บรุนแรงขึ้นหรือภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลตามมา ระยะที่ 3 ประมาณ 1 สัปดาห์หลังบาดเจ็บพบได้ร้อยละ 20 สาเหตุของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากการติดเชื้อ อวัยวะภายในล้มเหลวหลายระบบ^{5,6} จากความรุนแรงของผลกระทบที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข⁶ ได้พัฒนาระบบการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Ministry of Public Health, Emergency department: MOPH ED) triage “MOPH ED triage” และนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในประเทศไทยใช้เป็นคู่มือดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือลดภาวะทุพพลภาพที่ตามมา

โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 853 เตียง ให้บริการครอบคลุมทุกมิติและเป็นศูนย์กลางในการรับส่งต่อของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจากเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดจำนวน 21 แห่ง จัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง⁷ และให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตามแนวทางของ MOPH ED triage ของกรมการแพทย์ที่จัดทำไว้ และพบว่าระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทันที คิดเป็นร้อยละ 7.73, 8.56 และ 12.23 ของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมดตามลำดับ⁷ และในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดด่วนภายใน 60 นาที ได้ได้รับการผ่าตัดด่วนใน 60 นาที ร้อยละ 46.45 ของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดทันทีทั้งหมด⁷ ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่หน่วยบริการตั้งไว้ ER door to OR ภายใน 60 นาที มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80⁷ โดยในจำนวนนี้เสียชีวิตเมื่อมาถึงห้องผ่าตัดทันที 1 ราย เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุด้านระบบพบว่าเกิดจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่จำเป็นต้องผ่าตัดเร่งด่วนภายใน 60 นาที ที่ไม่ชัดเจน อีกทั้งรูปแบบการประสานงานภายในทีมที่ไม่ชัดเจน การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการส่งตรวจวินิจฉัยมีความล่าช้า การส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องใช้เวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุภักดิ์ กาญจนตานนท์ และคณะ ในปี พ.ศ. 2562⁸ ที่ระบุว่า การขาดแนวทางปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจนในแต่ละกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่จำเป็นต้องผ่าตัดเร่งด่วนภายใน 60 นาที ไม่ได้รับการผ่าตัดใน 60 นาที ด้านบุคลากรพบว่าโรงพยาบาลปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ตามทักษะการพยาบาลที่แตกต่างกัน ขึ้นกับประสบการณ์ และ สมรรถนะ จึงทำให้การคัดแยกผู้บาดเจ็บคลาดเคลื่อน จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 269 ฉบับ พบว่าการคัดแยกผู้บาดเจ็บคลาดเคลื่อนโดย Under-triage ร้อยละ 28 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Groven Sigrid และคณะ ในปี ค.ศ. 2014⁹ ที่ระบุสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเร่งด่วน แต่ไม่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนทันที เนื่องจากบุคลากรมีสมรรถนะที่แตกต่างกัน



จากปัญหาที่ค้นพบผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อค้นหารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว และพบว่าการให้ความรู้ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 1) การประเมินแรกรับตามหลัก ABC: Airway (A), Breathing (B), Circulation (C) เพื่อคัดแยกผู้ป่วย (Triage) เพื่อเตรียมอุปกรณ์ บุคลากร ในการช่วยเหลือ⁶ 2) การดูแลระยะแรก (Primary survey and resuscitation) เป็นการประเมินการบาดเจ็บภายนอกทั่วร่างกายของทางเดินหายใจ (Airway and C-spine protection: A) การหายใจ (Breathing and ventilation: B) การไหลเวียน (Circulation and external bleeding: C) ระบบประสาท (Disability: D) และ (Exposure:E) เพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ ตามขั้นตอนของ Advanced trauma life support (ATLS)^{3,5,6} "ABCDEs" 3) การดูแลระยะทุติยภูมิ (Secondary survey) เป็นการประเมินโดยละเอียดในผู้บาดเจ็บและการตรวจเพื่อวินิจฉัยประกอบด้วย Allergy (A), Medicine (M), Past illness (P), Last meal (L), Event (E) "AMPLE" ด้านการตรวจเพื่อวินิจฉัย เช่น X-ray, CT scan, การส่งตรวจเลือด สารน้ำต่าง ๆ^{3,5,6} 4) การประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย (Definite care) เป็นการประเมินผู้ป่วยซ้ำ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนจำหน่าย^{3,5,6} และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดเร่งด่วน (ER door to OR Early warning signs)¹⁰⁻¹² จะสามารถลดอัตราการตายและพิการ ลดการสูญเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดเร่งด่วน ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนภายใน 60 นาที แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้นอยู่ภายใต้บริบทของหน่วยงานแต่ละแห่ง

พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ให้ได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ภายใต้มาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹³ ดังนี้ 1) การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) การดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม 4) การเสริมสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 5) การคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันความเสี่ยง 6) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 7) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ 8) การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยพยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในการประเมินผู้บาดเจ็บ สามารถดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหลายระบบ สามารถป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บ สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตที่อาจคุกคามชีวิตของผู้บาดเจ็บได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง¹⁴ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมรวดเร็ว ทันเวลา จึงได้นำมาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹³ มาใช้ร่วมกับการประเมินคุณภาพการพยาบาลของโดนาปีเตียน¹⁵ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ ไอโอวา โมเดล (IOWA Model)¹⁶ และแนวทางปฏิบัติที่ค้นพบ ดังนี้ 1) การประเมินแรกรับตามหลัก ABC 2) การดูแลระยะแรกตามหลัก "ABCDEs" 3) การดูแลระยะทุติยภูมิตามหลัก "AMPLE" และ 4) การประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย^{3,5,6} ER door to OR Early warning signs¹⁰⁻¹² มาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที ได้รับการผ่าตัดใน 60 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่ตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ดังนี้
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการอบรม ในกลุ่มทดลอง
 - 2.2 เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่มทดลอง

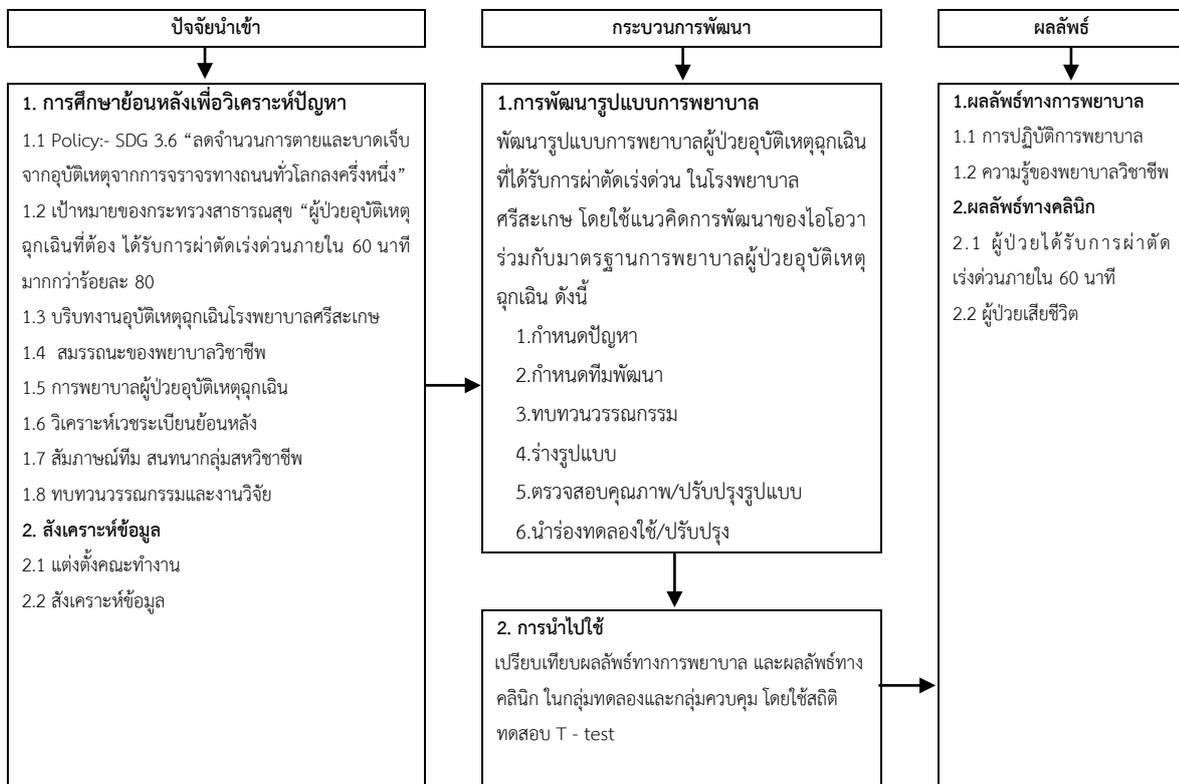


2.3 เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงห้องผ่าตัด (ER door to OR) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.4 เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยนำแนวคิดการประเมินคุณภาพการพยาบาลของโดนาปีเตียน¹² มาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹³ และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ ไอโอวาโมเดล (IOWA Model)¹⁶ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และระยะที่ 3 เป็นระยะประเมินผลลัพธ์โดยวิธีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม นำเสนอเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและเวชระเบียนผู้ป่วย ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ ดำเนินการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้



ระยะที่ 1 การศึกษาย้อนหลังเพื่อวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยได้รับอนุญาตให้เข้าศึกษาและใช้ข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าต่าง ๆ และทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาสาเหตุ วิธีการป้องกันนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน

1.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็น ทีมสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 18 คน

1.2 เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ แบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ที่บันทึกโดยผู้วิจัย

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับอนุญาตให้เข้าศึกษาและใช้ข้อมูลในเวชระเบียนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน จำนวน 269 ฉบับ โดยใช้แบบบันทึกรวบรวมข้อมูลที่บันทึกโดยผู้วิจัยภายใต้มาตรฐานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹³ รวบรวมข้อมูล 2) สทนากลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพจำนวน 18 คน ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 45 - 60 นาที โดยใช้แบบสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลที่บันทึกโดยผู้วิจัย

1.4 สรุปผลการศึกษา กำหนดขอบเขตการพัฒนา เพื่อนำไปใช้ในระยะพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2.1 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 4 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในช่วงที่ทำการศึกษา 2) ได้รับการให้ความรู้จากทีมผู้วิจัยในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตามโครงการ รวมถึงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน 3) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ 1 ปีขึ้นไป กลุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 4 ฉบับ ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2.2 เครื่องมือวิจัย เป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ (V1) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยชุดการให้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน และ ER door to OR Early warning signs ซึ่งได้เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุซึ่งสอนและนิเทศทางด้านศัลยศาสตร์ จำนวน 2 คน หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน ซึ่งไม่ใช่ผู้วิจัย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ตรวจสอบเพื่อหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale level content validity index: S-CVI) เท่ากับ 0.92 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลฯ (V2) นำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่า CVI ทั้งรายข้อและทั้งฉบับเท่ากับ 1 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณาเท่ากับ .80 ขึ้นไป¹⁷

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.3.1 แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ (NV1) ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 คือ ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน เป็นข้อคำถามชนิดให้เลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งกำหนดระดับคะแนนไว้ 2 แบบ คือ คะแนน 0 หมายถึง “ไม่มีความรู้” หรือ “ไม่แน่ใจ” กำหนดคะแนน 1 หมายถึง “มีความรู้” เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ



คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามแนวคิดของบลูม¹⁸ ดังนี้ ระดับสูงเท่ากับคะแนน 16 – 20 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางเท่ากับคะแนน 12 -15 คะแนน หรือร้อยละ 60 – 79 ระดับต่ำเท่ากับ คะแนน 0 - 12 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบ 5 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบการให้คะแนน 5 ระดับ แบบลิเคิร์ต สเกล¹⁹ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุดลดด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ ตามแนวคิดของเบสท์²⁰ ดังนี้ ระดับสูงสุดเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5 ระดับปานกลางเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 และระดับต่ำเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 1 - 2.33 ส่วนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน จำนวน 33 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบ 3 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบการให้คะแนน 3 ระดับ แบบลิเคิร์ต สเกล¹⁹ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้งเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามแนวคิดของบลูม¹⁸ ดังนี้ ระดับสูงเท่ากับคะแนน 53-66 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางเท่ากับคะแนน 40-52 คะแนน หรือร้อยละ 60 – 79 ระดับต่ำเท่ากับคะแนน 0 - 39 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบ 5 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบการให้คะแนน 5 ระดับแบบลิเคิร์ต สเกล¹⁹ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุดลดด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ ตามแนวคิดของเบสท์²⁰ ดังนี้ ระดับสูงสุดเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5 ระดับปานกลางเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 และระดับต่ำเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 1 - 2.33 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุซึ่งสอนและนิเทศทางด้านศาสตร์ จำนวน 2 คน หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน ซึ่งไม่ใช่ผู้วิจัย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ตรวจสอบเพื่อหาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้อระหว่าง .80 - 1 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะพัฒนาเป็นแบบสอบถาม (VN2) และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่า IOC ในแต่ละข้อเท่ากับ 1 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณานำไปใช้เท่ากับ .50 ขึ้นไป¹⁷ และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุรินทร์ ที่มีบริบทคล้ายกับโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เนื่องจากเป็นจำนวนน้อยที่สุดที่สร้างได้ และได้ทดลองนั้นสามารถแจกแจงข้อเท็จจริงที่ได้ค่อนข้างดี (Fairly)²¹ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของครอนบาค²² โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) ซึ่งเป็นการวัดที่ให้ข้อมูลในลักษณะต่อเนื่องที่ต้องประเมินตามสเกล (Rating scale) การแปลผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .00 – 1 ยิ่งใกล้ 1 ยิ่งมีความเชื่อมั่นสูง กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณาการนำไปใช้ค่าความเชื่อมั่น .80 ขึ้นไป¹⁷ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับนี้ได้เท่ากับ 0.982 จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2.3.2 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงตรง (Validity) เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่สอนและนิเทศงานทางศาสตร์ จำนวน 2 คน หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ จำนวน 1 คน ศัลยแพทย์ จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ได้ค่า IOC ทุกข้อเท่ากับ 1 ไม่ได้หาความเชื่อมั่น (Reliability) เนื่องจากบันทึกเองโดยผู้วิจัยทุกฉบับ

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตามแนวคิดแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ ไอโอวาโมเดล¹⁶ (IOWA Model) ดังนี้

2.4.1 คัดเลือกหัวข้อ กำหนดปัญหาจากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 โดยสรุปเป็นปัญหาด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ตามแนวคิดของโดนาเบดีอัน¹² (Donabedian)



2.4.2 แต่งตั้งคณะกรรมการรูปแบบการพยาบาลฯ ประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 คน วิทยาลัยพยาบาล 1 คน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน ศัลยแพทย์ด้านประสาทศัลยศาสตร์ 1 คน ศัลยแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป 1 คน วิทยาลัยแพทย์ 1 คน และทีมผู้วิจัย 4 คน จัดทำร่างรูปแบบการพยาบาลฯ คู่มือ และจัดทำแผนการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.4.3 ทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ตามข้อเสนอแนะของสถาบันโจแอนนาบริกส์²³ ซึ่งสืบค้น โดยใช้ PICO frame work กำหนดให้ P: population = Emergency accident patient, I: intervention = Nursing management, C: comparison = Urgent surgery, O: outcome = Duration of time to emergency surgery รวมทั้ง Medical term ซึ่งสืบค้นจากแหล่งข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ จากฐานข้อมูล CINAHL, Scopus, Cochrane, PubMed, ฐานข้อมูลของประเทศไทยที่ผ่านการรับรอง TCI ตีพิมพ์ระหว่าง ปี ค.ศ. 2013 – 2023 ยกเว้นแนวคิดหรือทฤษฎีที่เป็นที่ยอมรับอย่างมากกว่า 10 ปี , Full text และทุกระเบียบวิธีวิจัย และนำมาประเมินคุณภาพ จัดลำดับความน่าเชื่อถือตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์²⁴

2.4.4 ร่างรูปแบบการพยาบาลฯ ประกอบด้วย 1) ชุดการให้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนสำหรับให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน 3) ER door to OR Early warning signs

2.4.5 ใช้แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลหลังจากผู้วิจัยให้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนสำหรับให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษในกลุ่มตัวอย่าง และนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ (V2) ไปให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพนำร่องทดลองใช้กับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนจำนวน 4 ราย โดยพบว่ารูปแบบการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ จึงนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ศึกษาต่อไป

2.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2567 หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) เวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 30 คน 2) เวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 ฉบับ และเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ได้รับการดูแลแบบเดิม จำนวน 30 ฉบับ ที่คัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในช่วงที่ทำการศึกษา 2) ได้รับการให้ความรู้จากทีมผู้วิจัยในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตามโครงการ รวมถึงรูปแบบการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน 3) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ 1 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นหรือกลุ่มทดลอง 1) เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 2) เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน



ที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนที่รับบริการตามรูปแบบเดิมหรือกลุ่มควบคุม 1) เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน
ที่ได้รับการบริการตามรูปแบบเดิม ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ 2) เข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 1) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลา
ที่ทำการศึกษาค 2) เจ็บป่วยรุนแรงฉับพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วย
1) บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ 2) เวชระเบียนของผู้ป่วยทางคดีที่อยู่ในระยะฟ้องร้อง 3) เสียชีวิตก่อนเข้าห้องผ่าตัด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sample selection) กลุ่มตัวอย่าง
พยาบาลวิชาชีพ คัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด (Consecutive sampling) รวมทั้งหมด 30 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยที่สุด
สร้างเส้นโค้งปกติได้²¹ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis กำหนด
ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ($\alpha=.05$) อำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.80 (Power analysis: $1-\beta$) วิเคราะห์หาค่า
ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่เท่ากับ .70 ซึ่งเป็นผลการศึกษาของ พัทยา งามหอม ในปี พ.ศ. 2566²⁵ ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาล
ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโสธร ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว
เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนเร็วขึ้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน
และการทบทวนวรรณกรรมเพื่อป้องกันการสูญหาย การไม่ครบถ้วนของข้อมูล การออกจากโครงการวิจัยด้วยเหตุผลอื่น
ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ฉบับ หรือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาล
ที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ฉบับ หรือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนา รวมทั้งหมด 60 ฉบับ

3.2 เครื่องมือวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาล
ศรีสะเกษ (V3) ที่พัฒนามาจากระยะที่ 2 ที่มีค่า CVI เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย
อุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่พัฒนามาจากระยะที่ 2 มีค่า IOC เท่ากับ 1 และมีค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.982 2) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการ
ผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่พัฒนามาจากระยะที่ 2 ที่มีค่า IOC ทุกข้อเท่ากับ 1 ไม่ได้หาความเชื่อมั่น
เนื่องจากบันทึกข้อมูลเองโดยผู้วิจัยคนเดียว

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพยาบาล
ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสะเกษ
ขอความร่วมมือและขอความยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ ขั้นรวบรวมข้อมูล ดำเนินการหลังจากกลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบฯ มาให้อาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพตอบซึ่งเป็นการตอบจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
ไปใช้โดยใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 10 - 15 นาที ซึ่งถ้ามีการกิจด่วนหรือเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถหยุดตอบแบบสอบถามและ
สามารถไปปฏิบัติงานก่อนได้ เมื่อตอบเสร็จอาสาสมัครสามารถส่งแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบฯ ได้ที่กล่องที่เตรียมไว้
จากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบฯ มาตรวจสอบและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป กลุ่มตัวอย่างด้านเวชระเบียน
ผู้ป่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฯ ใช้เก็บข้อมูลจาก
เวชระเบียนผู้ป่วย เช่น ระยะเวลา ER door to OR ที่คำนวณจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
มาถึงห้องผ่าตัดซึ่งดูจากการบันทึกแรกรับของพยาบาล OR ลบด้วยระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึง ER ในเวชระเบียน OPD card
จนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป



3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ Pair t – test เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังได้รับการอบรมในกลุ่มทดลอง และสถิติ Independent t – test เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินถึงห้องผ่าตัด (ER door to OR) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

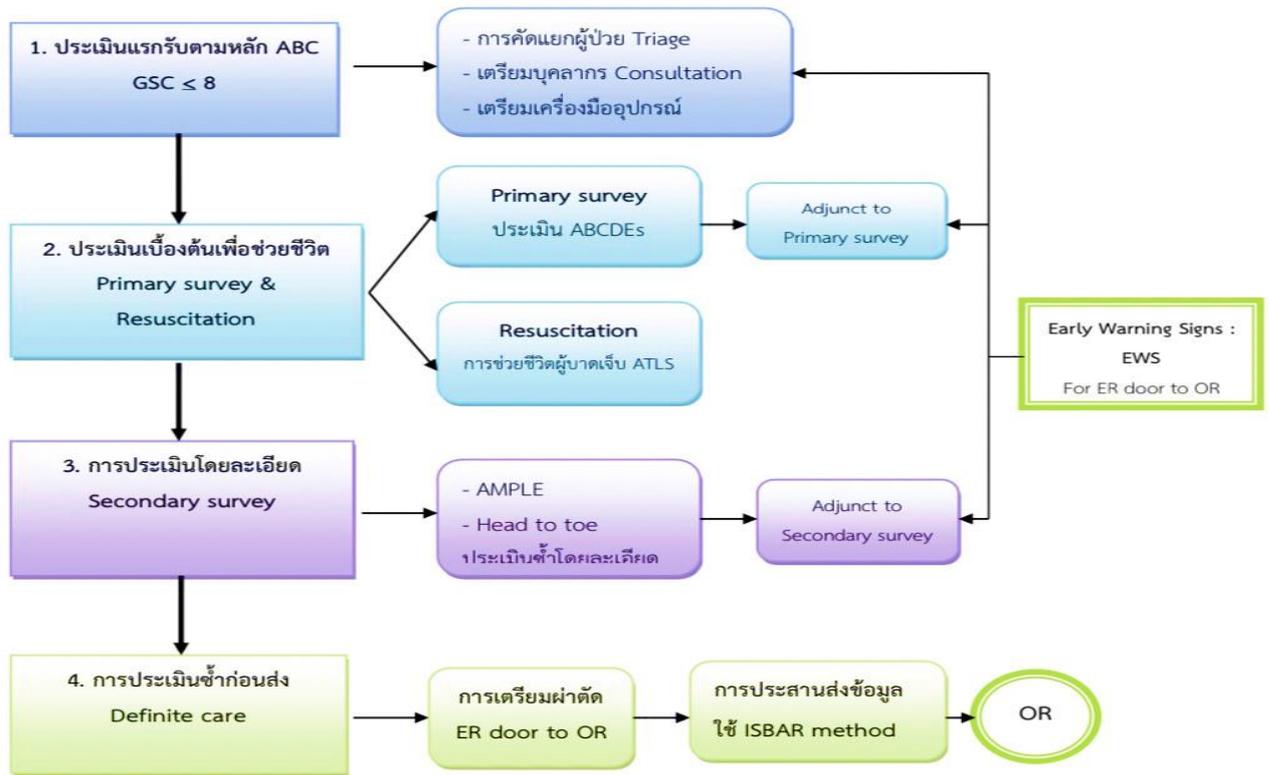
จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศรีสะเกษเลขที่ SSKHREC 004/2567 วันที่เริ่มรับรอง 22 มีนาคม พ.ศ. 2567 วันที่หมดอายุ 21 มีนาคม พ.ศ. 2568 และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงและขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ให้ข้อมูล จนอาสาสมัครเข้าใจก่อนลงชื่อเข้าร่วมวิจัย อาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้น อาสาสมัครไม่จำเป็นต้องตอบคำถามถ้ารู้สึกไม่สบายใจ ข้อมูลของอาสาสมัครพยาบาลวิชาชีพ เวชระเบียน ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวใด ๆ ที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายหลังงานวิจัยสิ้นสุดลง ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่บันทึกไว้ จะถูกเก็บไว้โดยมีรหัสการเข้าถึงข้อมูลและถูกทำลายในเวลา 5 ปี การเข้าถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์จะไม่มีผู้ใดเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากผู้วิจัยและผู้ที่มีอำนาจในการตรวจสอบ เท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาย้อนหลังเพื่อวิเคราะห์ปัญหา จากการสัมภาษณ์สหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน พยาบาลห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยแพทย์ด้านประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป และวิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษจำนวน 18 คน และจากการทบทวนเวชระเบียน ปีงบประมาณ 2566 ของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเร่งด่วน จำนวน 269 ฉบับ พบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเร่งด่วนภายใน 60 นาที ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาทีร้อยละ 46.45 ซึ่งน้อยกว่าค่าเป้าหมายที่หน่วยงานได้กำหนดไว้ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุพบว่าเกิดจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ชัดเจน การดูแลผู้ป่วยมีความหลากหลาย พยาบาลมีทักษะ การพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงที่แตกต่างกัน การประเมินสภาพและการคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บคลาดเคลื่อน การสื่อสารและการประสานงานล่าช้าในแต่ละจุดบริการ เช่น การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อห้องผ่าตัด รวมถึงการดูแลระหว่างนำส่ง

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูล PubMed 17 บทความ CINAHL 23 บทความ Scopus 20 บทความ Cochrane 32 บทความ ฐานข้อมูลที่ผ่านมาการรับรองของ Thai-Journal Citation Index Centre ของประเทศไทย 17 บทความ รวม 109 บทความ ตรวจสอบความซ้ำซ้อนและตัดออกคงเหลือ 82 บทความ ตัดออกตามเกณฑ์คัดเข้าคงเหลือ 50 บทความ ตัดออกจากการอ่านบทคัดย่อไม่ตรงกับความต้องการคงเหลือ 12 บทความ นำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ประกอบด้วย 1) ชุดการให้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล 2) Early warning signs for ER door to OR ประกอบด้วย Active bleed Hct < 8 g/dL , ภาวะ Shock: SBP < 90 mmHg, <35 T >38.5, 50 < HR >120, O2 Sat: < 92% และ GCS ลด ≥ 2 และ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนได้พัฒนาและปรับปรุงจำนวน 3 ครั้ง ประกอบด้วย 1) การประเมินแรกรับตามหลัก “ABC” 2) การดูแลระยะแรก (Primary survey and resuscitation) ตามหลัก “ABCDEs” 3) การดูแลระยะทุติยภูมิ (Secondary survey) ตามหลัก “AMPLE” และ 4) การประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย (Definite care) โดยมีขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ เป็นการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ (V3) ไปใช้และประเมินผลลัพธ์พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.70 มีอายุระหว่าง 25 - 49 ปี ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 38.20 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในการทำงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.33 เฉลี่ย 12 ปี ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อจัดระดับความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการอบรม (n= 30) พบว่ามีระดับความรู้ก่อนอบรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับการอบรมทั้งหมดมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังได้รับการอบรมโดยใช้สถิติ paired t - test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.78, p < .001$) ดังตารางที่ 1 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบฯ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 90 ด้านความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่าความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูง ร้อยละ 70 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้น พบว่าปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ χ^2 พบว่าไม่แตกต่างกัน ระยะเวลา ER door to OR ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 95 นาที ในขณะที่กลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 57.90 นาที เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ T - test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.67, p < .001$) ดังตารางที่ 2 อัตราตายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มละ 1 ราย เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ T - test การเสียชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับการอบรม ในกลุ่มทดลอง (n= 30) (Pair t – test)

ความรู้	Mean	S.D.	t	P value	95% CI (lower-upper)
ก่อนอบรม (n=30)	14.27	1.48	18.78	<.001	4.27 – 5.32
หลังอบรม (n=30)	19.06	.82			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงห้องผ่าตัด (ER door to OR) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t – test)

ระยะเวลา	Mean	S.D.	t	P value	95% CI (lower-upper)
กลุ่มทดลอง (n=30)	57.90	28.12	3.67	<.001	16.89 – 57.30
กลุ่มควบคุม (n=30)	95	47.59			

การอภิปรายผล

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ในโรงพยาบาลศรีสะเกษที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ชุดการให้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล 2) Early warning signs for ER door to OR 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วย 3.1) การประเมินแรกรับตามหลัก “ABC” 3.2) การดูแลระยะแรก (Primary survey and resuscitation) ตามหลัก “ABCDEs” 3.3) การดูแลระยะทุติยภูมิ (Secondary survey) ตามหลัก “AMPLE” และ 3.4) การประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย (Definite care) มีความน่าเชื่อถือและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในในระดับสูง ลดระยะเวลา ER door to OR ในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือสูงเนื่องจาก รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของสตาร์ตัน ภูเพ็ง ในปี พ.ศ. 2565²⁶ และจารุพัทธ์ กัญญนิทานนท์และคณะ ในปี พ.ศ. 2562²⁷ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที ด้าน Early warning signs for ER door to OR ที่นำมาใช้มีความแม่นยำในการทำนายอาการเตือนแสดงของผู้บาดเจ็บที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทันที¹⁰⁻¹² การพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นไปตามข้อเสนอของไอโอวา¹⁶ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและดำเนินการสืบค้นมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามข้อเสนอแนะของสถาบันโจแอนนาบริกส์^{23,24} เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของกองการพยาบาล¹³ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุตามข้อเสนอแนะของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย⁴ และจากวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่าเป็นในทิศทางเดียวกันผ่านการตรวจสอบความความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1 สอดคล้องกับข้อเสนอของโสเพ็ญ ชูนวน²⁸ ที่ระบุว่า การพัฒนาเครื่องมือให้มีคุณภาพน่าเชื่อถือผู้วิจัยต้องกำหนดปัญหาให้ชัดเจน ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเครื่องมือให้มีค่าความเที่ยงและความตรงที่ได้ตามมาตรฐานสากล

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในในระดับสูง เนื่องจากการพัฒนาร่วมกันของสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลแผนกผ่าตัด 1 คน วิทยาลัยพยาบาล 1 คน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน ศัลยแพทย์ด้านประสาทศัลยศาสตร์ 1 คน ศัลยแพทย์ศัลยกรรมทั่วไป 1 คน วิทยาลัยแพทย์ 1 คน และทีมผู้วิจัย 4 คน ตามบริบทการปฏิบัติงานจริงของหน่วยบริการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้งานร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน คิดหาวิธีการหรือรูปแบบ กำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน รวมถึงวิเคราะห์ผลและปรับปรุงเป็นระยะ ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศกนก ศรีวิหะ และคณะ²⁹ ที่ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด



ช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้ครอบคลุมตรงตามปัญหา ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน สามารถนำไปใช้ได้จริง

3. ลดระยะเวลา ER door to OR ในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเร็วขึ้นภายใน 60 นาที จากเดิมน้อยละ 45 เป็นร้อยละ 83.33 ซึ่งผ่านค่าเป้าหมายที่หน่วยบริการตั้งไว้ เนื่องจากการพัฒนาร่วมกันของสหวิชาชีพ ทำให้เกิดเป้าหมายและตระหนักต่อการปฏิบัติ การให้ความรู้ก่อนการปฏิบัติทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความมั่นใจ และมีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ระยะเวลา ER door to OR ในกลุ่มทดลองน้อยกว่า 60 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ ภูเพ็ง²⁶ ที่ได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) Primary survey assessment 2) Secondary survey assessment 3) Definite care พบระยะเวลาในการเข้าห้องผ่าตัดทันเวลาภายใน 60 นาที ร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์และคณะ²⁷ ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในระยะของการดูแลในโรงพยาบาลประกอบด้วย การประเมิน การดูแลแบบเฉพาะเจาะจง และการดูแลต่อเนื่อง หลังจำหน่ายทำให้ระยะเวลา ER door to OR มีระยะเวลาดลดลง การศึกษาครั้งนี้พบว่าถึงแม้ระยะเวลา ER door to OR จะน้อยกว่า 60 นาทีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ขั้นตอนระยะเวลาจากแพทย์ Set OR จนถึงผู้ป่วยได้รับการย้ายจาก ER เพื่อไปผ่าตัด ระยะเวลาลดลงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับขั้นตอนอื่น ทั้งนี้จากการเก็บข้อมูลพบว่าในขั้นตอนดังกล่าวมีหลายกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ เช่น การส่งตรวจ CT scan การส่งตรวจชิ้นสุตรอื่น การรับยา ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ที่ขาดการประสานเวลาที่ชัดเจน และจากการพิจารณา รูปแบบการดูแลของจารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์และคณะ²⁶ และสุดารัตน์ ภูเพ็ง²⁷ ที่ได้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนพบว่าในขั้นตอนที่ 1 Primary survey assessment เป็นการรวมของขั้นตอนที่ 1 คือ การประเมินแรกรับตามหลัก ABC เพื่อคัดแยกผู้ป่วย (Triage) และขั้นตอนที่ 2 การดูแลระยะแรก (Primary survey and resuscitation) ตามหลัก "ABCDEs" ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แยกขั้นตอนที่ 1 ออกจากขั้นตอนที่ 2 อย่างชัดเจนเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติเนื่องจากผู้ปฏิบัติไม่ใช่บุคคลคนเดียวกันตามบริบทของหน่วยบริการ และแก้ไขปัญหาที่ค้นพบจากบริบทคือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ชัดเจนในแต่ละกิจกรรม

4. อัตราตายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง จากการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มละ 1 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ T – test การเสียชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลดังกล่าวยังจำกัดพื้นที่ในการดูแลเฉพาะในส่วนของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมในส่วนอื่น เช่น ห้องปฏิบัติการชันสูตรต่างๆ เพื่อการวินิจฉัย ขาดการประสานเวลาที่ชัดเจนในบริการ CT scan การรับยา ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระยะก่อนถึงโรงพยาบาลซึ่งพบการดูแลที่ไม่เหมาะสมและล่าช้า เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัทยา งามหอม ในปี พ.ศ. 2566²⁵ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ควรพัฒนาการดูแลให้ครอบคลุมทุกระยะและในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่ตามมา

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ER door to OR มีจำนวนไม่มากพอจึงใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในอดีตเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจมีการบันทึกข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนจึงต้องคัดออกบางส่วน ข้อจำกัดอีกประการจะเห็นว่าผลลัพธ์อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอาจเกิดจากปัจจัยนอกเหนือการดูแลของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงควรขยายขอบเขตให้ครอบคลุมการดูแลในห้องผ่าตัดและการฟื้นฟูภายหลังผ่าตัด



ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้ สามารถนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการได้ เพราะจากการศึกษารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ใน ระดับสูง และผลลัพธ์ของการพัฒนาทำให้ระยะเวลา ER door to OR ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระยะเวลาเฉลี่ย 57.90 นาที ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนั้นควรมีนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ แต่ควรปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองหรือของหน่วยบริการ และในขั้นตอนแต่ละกิจกรรมควรมีประกันเวลาดำเนินการแล้วเสร็จที่ชัดเจน และส่งมอบผลงานภายในระยะเวลาที่ประกัน

2. ด้านการพยาบาล องค์กรพยาบาลหรือผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคนให้มีการฟื้นฟูความรู้ทุกปีตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน เพราะจากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลขณะลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบว่าพยาบาลที่ได้รับการความรู้ในการดูแลตามรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น มีทักษะสามารถประเมินและดูแลให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ สามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์เพื่อช่วยชีวิต ผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขสถานการณ์ ฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตที่อาจคุกคามชีวิตของผู้บาดเจ็บ ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณภาพ ปลอดภัย

3. ด้านการวิจัยและการพัฒนาในครั้งต่อไป การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน ได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาทีสูงถึงร้อยละ 88.33 แต่อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบเดิม เนื่องจากมีบางกิจกรรมการพยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติยังต่ำกว่า กิจกรรมอื่น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรมว่ามีปัจจัยใดบ้าง ที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ หรือปฏิบัติได้น้อย และนำเสนอเหตุที่ได้มาออกแบบระบบเพื่อแก้ปัญหา และ ตรวจสอบความแม่นยำของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที และอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงลดลงได้จริงหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ บุคลากรทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้เกิดการแก้ไขปัญหาคาดูแลผู้ป่วยเชิงระบบในหน่วยงาน ขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษา

References

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2023 [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>
2. Accident Information Center [ThaiRSC]. Accident Information Center to Promote Road Safety Culture [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://www.thairsc.com/> (in Thai)
3. Sigrid G, Christine G, Torsten E, Nils OS, Paal AN. Abdominal injuries in major Scandinavian trauma center performance assessment over an 8 year period. J Trauma Manag Outcomes. 2014;8(9):1-6.
4. The Royal College of Surgeons of Thailand. Guidelines for the treatment of surgical patients [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Trauma.html> (in Thai)



5. The American college of surgeons [ACS]. Resources for Optimal Care of the Injured Patient (2022 Standards) [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/quality/verification-review-and-consultation-program/standards/>
6. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. MOPH ED TRIAGE. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
7. Sisaket Hospital. Service profile, Sisaket hospital. Sisaket: Hospital Sisaket; 2023. (in Thai)
8. Kanchanitanont C, Vipavakarn S, Prombutr R. The development of nursing care model for severe multiple injury in Krabi Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(1);339-50. (in Thai)
9. Groven S, Gaarder C, Eken T, Skaga NO, Naess PA. Abdominal injuries in a major Scandinavian trauma center - performance assessment over an 8 year period. *J Trauma Manag Outcomes*. 2014;8:9.
10. Silver E, Nahmias J, Lekawa M, Inaba K., Schellenberg M, De Virgilio C, et al. Immediate Operative Trauma Assessment Score: A Simple and Reliable Predictor of Mortality in Trauma Patients Undergoing Urgent/Emergent Surgery. *The American surgeon*. 2024;90(10); 2463-70.
11. Galvagno SMJr, Massey M, Bouzat P, Vesselinov R, Levy MJ, Millin MG, et al. Correlation Between the Revised Trauma Score and Injury Severity Score: Implications for Prehospital Trauma Triage. *Prehospital emergency care*. 2019;23(2);263-70.
12. Joksic-Mazinjanin R, Maric N, Duricin A, Gojkovic Z, Vasovic V, Rakic G, et al. Prehospital Trauma Scoring Systems for Evaluation of Trauma Severity and Prediction of Outcomes. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 2023;59(5),952.
13. Department of Medical Services. Nursing Office. Nursing standards in hospitals. Nonthaburi: Nursing Office, Department of Medical Services; 2007. (in Thai)
14. National Competency Framework for Registered Nurses in Adult Critical Care.Trauma Specialty Competencies [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 22]. Available from: https://www.cc3n.org.uk/uploads/9/8/4/2/98425184/step_1_trauma_competencies.pdf
15. Donabedian A. Selecting approaches to assessing performance: an introduction to quality assurance in health care. New York: The American University of Armenia Corporation; 2003.
16. Titler MG, Kleiber FC, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2021;13(4),497-509.
17. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
18. Bloom BS, Madaus GF, Hasting JT. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
19. Likert R. "The Method of Constructing and Attitude Scale," in *Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley & Son; 1967.
20. Best JW. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
21. Student. The probable error of a mean. *Biometrika*. 1908;6(1):1-25.



22. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal structure of tests. *Psychometrika*; 1951;16(3):297-334.
23. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Adelaide: JBI; 2014.
24. Joanna Briggs Institute. JBI Levels of evidence [Internet]. 2013 [cited 2023 Dec 10]. Retrieved from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
25. Ngamhom P. The Development of nursing care model for severe trauma patient in emergency department Yasothon hospital. *Yasothon medical journal*. 2023;25(2);17-34 (in Thai)
26. Poopeang S. Effects of using the multiple trauma care practice guidelines in emergency department. *Krabi medical journal*. 2022;5(1);27-39. (in Thai)
27. Charupak K, Suchata V, Rattana P. The development of nursing care model for severe multiple injury in Krabi Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019: 20(1);339-50. (in Thai)
28. Chunuan S. Development and validation of nursing research instrument. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2016;3(1):64-80. (in Thai)
29. Srivita K, Lorsomradee S, Suwanna K, Jareonrattanadaechaku N, Palasr P. Development of caring method for trauma patients undergoing emergency laparotomy surgery under a general anesthetic at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016;31(4);76-90. (in Thai)



การพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

อุทัย น้อยพรหม ส.ม.¹

ชฎาภรณ์ ศรีบุญทอง พย.ม.²

เพชรรัตน์ ทัดเทียม พย.ม.³

(วันรับบทความ :24 ธันวาคม พ.ศ.2567/ วันแก้ไขบทความ :2 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลก่อนและหลังใช้การพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์จำนวน 30 คู่ เป็นกลุ่มทดลอง 15 คู่และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คู่ เวลาศึกษา 16 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) การวางแผนจำหน่าย 2) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) แนวทางการพยาบาลทางไกล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ส่วนที่ 3) แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ส่วนที่ 4) แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ส่วนที่ 5) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล ส่วนที่ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 7) แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และส่วนที่ 8) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 ส่วนที่ 5 และส่วนที่ 6 ได้เท่ากับ 0.82, 0.84, 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาฟื้นฟูเฉลี่ย 3 เดือน ด้านผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาลทางไกล โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ความสามารถ ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลยางชุมน้อย

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลยางชุมน้อย

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รองหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางชุมน้อย

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Utainoy@hotmail.com Tel: 081-8784463



Effects of Telenursing combined with a Self-efficacy Program on Care Giver's Ability to Care for Stroke Patients after Home Discharge, Yangchumnoi Hospital, Yangchumnoi District, Sisaket Province

Utai Noiphrom M.PH¹

Chadaporn Sonboontong M.N.S.²

Phetrat Thutthiam M.N.S.³

(Received Date: December 6, 2024, Revised Date: February 2, 2025, Accepted Date: February 11, 2025)

Abstract

This quasi - experimental research was conducted to compare the ability to perform daily routines, complications, and recovery duration of stroke patients in experimental and control groups, and to compare the knowledge, competency, self-efficacy, satisfaction and quality of life of care givers before and after using telenursing in conjunction with the self-efficacy programs in regard to caring for stroke patients after discharge home. Participants were 30 pairs of stroke patients and their caregivers selected according to the criteria and divided into an experimental group (15 pairs) and comparison group (15 pairs). Study was conducted over 16 weeks. The research tool focused on three aspects of the program, specifically 1) discharge planning, 2) the self-efficacy promotion program, and 3) the telenursing guidelines. The eight-part tool used to collect data consisted of the 1) demographic data sheet, 2) ability to perform daily routines assessment, 3) care giver's knowledge to care for stroke patient assessment, 4) care giver's competency to care for stroke patients assessment, 5) perceived self-efficacy assessment, 6) care giver satisfaction assessment, 7) complication record forms, and 8) the WHO quality of life questionnaire, Thai version. The combined questionnaire had a content validity index of 0.85. The reliability values of parts 3, 4, 5, and 6 were 0.82, 0.84, 0.79, and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

Results showed that the experimental group patients had the ability to perform daily activities after the experiment at a statistically significantly higher level than before the experiment ($p < .05$). After the experiment, the experimental group patients did not experience any complications. The average recovery period was 3 months. In terms of care givers in the experimental group, their knowledge, care competency, self-efficacy perception, satisfaction, and quality of life after the experiment were statistically significantly higher than before the experiment ($p < .05$). Additionally, there were no differences in these scores before and after the experiment in the control group. The study findings indicate that the effectiveness of telenursing in combination with the use of a self-efficacy promotion program which helps promote caregivers' knowledge and self-efficacy perception resulted in increases in their ability to care for stroke patients.

Keywords: telenursing, self – efficacy promotion program, abilities, care giver, stroke patient

¹Registered nurse, Senior professional level, Head of nursing department, Yangchumnoi Hospital Sisaket province

²Registered nurse, Senior professional level, Head of primary and holistic care group, Yangchumnoi Hospital Sisaket province

³Registered nurse, Professional level, Deputy head of inpatient department, Yangchumnoi Hospital Sisaket province

¹Corresponding author, Email: Utainoy@hotmail.com Tel: 081-8784463



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราสูงขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.52 ล้านคน และมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 ล้านคน ซึ่งผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ¹ สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกาได้รายงานสถานการณ์ โรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกาว่า ใน 1 ปีจะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองราว 795,000 ราย หรือทุก ๆ 40 วินาที จะมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ราย นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับที่ 5 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศโดยเฉลี่ยแล้วทุก 4 นาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1 ราย² สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยนั้น พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 จาก 278 เป็น 330 ต่อแสนประชากรที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปีพ.ศ. 2566 อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น 367 ต่อประชากรแสนคน อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตรา 19.68 ต่อประชากรแสนคน ปีพ.ศ. 2565 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตราคิดเป็นอัตรา 20.21 ต่อประชากรแสนคน และในปีพ.ศ. 2566 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตรา 21.13 ต่อประชากรแสนคน³ โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่สมอง สมองจะตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้สมองบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดความผิดปกติ เช่น มีความผิดปกติของความจำมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นต้น⁴ ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นนั้นจะแตกต่างกันไปตามแต่ตำแหน่งของเนื้อสมองที่ได้รับความเสียหายจากการเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง โดยสาเหตุของการขาดเลือดมาเลี้ยงอาจเกิดจากภาวะที่เส้นเลือดสมองแตก หรือตัน ซึ่งหากเนื้อสมองได้รับความเสียหายมากขึ้นเท่าไรยิ่งจะทำให้มีความผิดปกติของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีความบกพร่องทั้งร่างกายการรับรู้ และจิตใจแต่จะแตกต่างกันตามตำแหน่งการเกิดการขาดเลือดของเนื้อสมอง พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 42.53 กลับมาเป็นซ้ำและอีกร้อยละ 40.25 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่⁵ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของประชาชนอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ.2565 และ 2566 พบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นกล่าวคือโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.24 เป็นร้อยละ 26.38 อัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 1,501.12 ต่อแสนประชากร เป็น 1,911.37 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 3.76 ต่อแสนประชากร เป็น 5.69 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมองแตก/ ตีบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.95 เป็นร้อยละ 3.17 อัตราตายจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 0.97 ต่อแสนประชากร เป็น 2.14 ต่อแสนประชากร ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มประชาชนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ⁶ ผลจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูยาวนานเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลง ในด้านผู้ดูแลขาดความรู้ ความสามารถ (สมรรถนะแห่งตน) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความท้อแท้และขาดความพึงพอใจในบริการที่ให้กับผู้ป่วยและการบริการที่ได้รับจากทีมสุขภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี⁷ ถึงแม้ว่าในระยะที่ผ่านมาจะมีการส่งเสริมความรู้ ความสามารถสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบต่าง ๆ ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี แต่ยังคงพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการพยาบาลทางไกลเป็นการให้การพยาบาล การให้คำปรึกษาและการช่วยแก้ปัญหาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านเทคโนโลยีภายใต้กรอบความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล เช่น การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน การเยี่ยมบ้านทางไกล โดยเป็นช่องทางติดต่อระหว่างพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพกับผู้ดูแลเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสามารถให้คำปรึกษาและให้การช่วยเหลือได้ทันที และการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเสริมสร้างความสามารถ (สมรรถนะของผู้ดูแล) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีการระบุ



กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามหลักวิชาการครอบคลุมในด้านกาย จิต สังคม เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน, การให้สารอาหาร ยาและน้ำ , การให้อาหารทางสายยาง, การฟื้นฟูผู้ป่วย, การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย, การป้องกันแผลกดทับ, การจัดสิ่งแวดล้อม, การดูแลความสุขสบายทั่วไป ตลอดจนการให้กำลังใจ เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนาการพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

2.3 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

2.4 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

2.5 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยมาแล้วไม่เกิน 1 เดือนก่อนถึงวันเริ่มศึกษา และศึกษาความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก (ดูแลตลอด) เป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติ และต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยเก็บข้อมูล 16 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 25 มีนาคม – 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura^๑ สร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย แผนการสอนการให้ความรู้เป็นรายบุคคล คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมการเรียนรู้จากผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง แม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่อาจทำให้ประสบผลสำเร็จได้ จึงเน้นการสร้างเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยเป็นการเพิ่มความมั่นใจสำหรับผู้ดูแลในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาและช่วยแก้ปัญหาผ่านเทคโนโลยีภายใต้กรอบความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล ซึ่งในการใช้ทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura และแนวทางการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถ (สมรรถนะแห่งตน) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตที่ดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีระยะเวลาการฟื้นฟูลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังทดลอง (Two group Pre-test post-test designs) โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาศัยในเขตอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ มาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี และมีชื่อในฐานข้อมูลอำเภอยางชุมน้อย จำนวน 55 คู่

2) กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวินิจฉัยมาแล้วไม่เกิน 1 เดือน ก่อนถึงวันเริ่มศึกษา และผู้ดูแลผู้ที่มีชื่อในฐานข้อมูลอำเภอยางชุมน้อย โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่าง

3) การกำหนดขนาดตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยอ้างอิงจากผลการวิจัยของวิริยภรณ์ สิงห์ทองวรรณ และสุพัตรา ปวนไผ่⁹ ซึ่งศึกษาผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและตัวแปรที่วัดคล้ายกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คู่ ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 15 คู่ และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 15 คู่

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ก. กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวินิจฉัยมาแล้วไม่เกิน 1 เดือน ก่อนถึงวันเริ่มศึกษา จำนวน 15 คน และญาติผู้ดูแลจำนวน 15 คน รวม 30 คน อาศัยอยู่ในโซน 1 ประกอบด้วย 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบึงบอน ตำบลคอนกาม และตำบลกุดเมืองฮาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ข. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวินิจฉัยมาแล้วไม่เกิน 1 เดือน ก่อนถึงวันเริ่มศึกษา จำนวน 15 คน และญาติผู้ดูแลจำนวน 15 คน รวม 30 คน อาศัยอยู่ในโซน 2 ประกอบด้วย 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลยางชุมน้อย ตำบลยางชุมใหญ่ ตำบลโนนคูณ และตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ก. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก 2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยถึงปานกลางประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีคะแนนระหว่าง 0-75 คะแนน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living) วัด (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) 3) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 4) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแลเข้าร่วมโครงการ 1) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 2) มีและสามารถใช้ Smart phone ได้ 3) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ข. เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้ 1. เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากโครงการ 1) อาการของโรครุนแรงขึ้นระหว่างนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผลทำให้ต้องย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย 2) ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่าย 3) ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

ค. เกณฑ์การคัดผู้ดูแลออกจากโครงการ (Discontinuation criteria) คือ 1) ไม่สามารถติดต่อได้ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 2) ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1) การวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) พัฒนาโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลศุภณีย์ดูแลต่อเนื่อง พยาบาลตักผู้ป่วยใน Care manager Care giver เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และผู้ดูแลผู้ป่วย



2) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ของ Bandura⁸ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ คือ 1) ประสบการณ์ที่ ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 2) การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจาและ 4) การส่งเสริมสภาวะ ทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งเป็นการดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจใน ความสามารถของตนเองทำให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โปรแกรม ๑ ประกอบด้วย รายละเอียด ดังนี้ 1) แผนการสอนการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายสาเหตุ อาการการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลในชีวิตประจำวัน เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การเฝ้าระวังการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น 3) กิจกรรมการเรียนรู้จากคู่มือที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3) แนวทางการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนก่อนการให้การพยาบาลทางไกลมีการคัดเลือก ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเกณฑ์ การเตรียมวางแผนการจำหน่ายในขณะที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอย่างชุกน้อย ให้นำให้ญาติร่วมฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล การเตรียมบ้านและอุปกรณ์จำเป็นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ช่อง ทางการติดต่อเมื่อมีปัญหาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแนะนำผู้ดูแลให้ Download program DMS Telemedicine เพิ่มเป็นเพื่อนในระบบ Line OA ของโรงพยาบาลอย่างชุกน้อย ลงทะเบียนในระบบ DMS Telemedicine และนัดหมายวันเวลาที่จะให้การพยาบาลทางไกล ขั้นตอนระหว่างให้การพยาบาลทางไกล (Telenursing) จะมีการแจ้งผู้ดูแลผ่านระบบ Line OA ให้เปิดระบบ DMS Telemedicine ที่ Download ไว้ เปิดรับสาย เปิดกล้อง เปิดลำโพง โดยพยาบาลจะแนะนำให้ผู้ดูแลถือกล้องที่สามารถทำให้พยาบาลมองเห็นผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยได้ขณะให้การพยาบาลทางไกล พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วย และดำเนินกิจกรรมการพยาบาลทางไกล ตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ดูแล ประเมินความรู้ ทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลหลังใช้โปรแกรม ๑ และ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาขั้นตอนหลังให้การพยาบาล ทางไกล รวบรวมข้อมูล ประสานความร่วมมือสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กรณีมีปัญหาเร่งด่วนประสาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

การสร้างเครื่องมือ ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคณะผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ศึกษาค้นคว้ารายละเอียดจาก เอกสารตำรา บทความ วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดจุดมุ่งหมายขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาครอบคลุมตาม กรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย 3) ประยุกต์ข้อคำถามของแบบสอบถามในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาความชัดเจนของภาษาและความตรงใน เนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การเป็นหัวหน้า ครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอต่อการใช้จ่าย การมีญาติสายตรงป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง การมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัว ยารับประทานประจำ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และค่า Barthel index ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การเป็นหัวหน้าครอบครัว สถานภาพ สมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอต่อการใช้จ่าย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living) ใช้เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดสมองทุกราย แบบประเมินประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเคลื่อนที่ การแต่งตัว การอาบน้ำ การทำความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล (การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม) การใช้ห้องส้วมหรือกระโถน การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มีคะแนนรวมทั้ง 100 คะแนน การแปลผล ดังนี้



- 0 - 20 ระดับต่ำมาก คือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย (Very severely disabled)
- 25 - 45 ระดับต่ำคือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (Severely disabled)
- 50 - 70 ระดับปานกลางคือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (Moderately disabled)
- 75 - 90 ระดับสูง คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (Mildly disabled)
- 100 ระดับสูงมาก คือ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (Physically Independent but not necessary normal or social independent)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกและผิด การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง มีสมรรถนะดีมาก
- 4 หมายถึง มีสมรรถนะดี
- 3 หมายถึง มีสมรรถนะปานกลาง
- 2 หมายถึง มีสมรรถนะน้อย
- 1 หมายถึง มีสมรรถนะน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย การแปลความหมายของระดับคะแนนได้แปลผลระดับสมรรถนะของญาติผู้ดูแล โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับสมรรถนะดีมาก
- ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับสมรรถนะดี
- ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับสมรรถนะปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับสมรรถนะน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับสมรรถนะน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Rating Scale) 5 ระดับดังนี้

- 5 หมายถึง มีความสามารถดีเยี่ยม
- 4 หมายถึง มีความสามารถดี
- 3 หมายถึง มีความสามารถปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความสามารถต่ำ
- 1 หมายถึง มีความสามารถต่ำที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดูแลที่ได้รับจำนวน 20 ข้อ ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด



ส่วนที่ 7 แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยประกอบด้วย

1. แบบประเมินแผลกดทับใช้เกณฑ์การประเมินของ National Pressure Ulcer Panel Advisory¹⁰
2. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง เป็นต้น

ส่วนที่ 8 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹¹ ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ จำนวน 20 ข้อ ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิอร์ท(Rating scale) 5 ระดับดังนี้

5 หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตดีที่สุด
4 หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตดีมาก
3 หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตปานกลาง
2 หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตต่ำ
1 หมายถึง	มีคุณภาพชีวิตต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) 1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมแล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 2) นำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขและปรับปรุงแล้ว เสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา ให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI/UA) ของแบบสอบถามทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.85) เครื่องมือการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 ทหารด้วยจำนวนคำถามทั้งหมด แบบสอบถามส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 ส่วนที่ 5 และส่วนที่ 6 ได้เท่ากับ 0.86, 0.87, 0.83 และ 0.81 ตามลำดับ 3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) 1. การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม 1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไป ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอยางชุมน้อย มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน 2) นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยส่วนที่ 3 หาค่า KR 20 และส่วนที่ 4 หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 ส่วนที่ 5 และส่วนที่ 6 ได้เท่ากับ 0.82, 0.84, 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ 3) นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์แล้วนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 2. นำคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน อ่าน ผลพบว่าเข้าใจดี

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่ SPPH2024-0051 ออกให้ ณ วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ญาติผู้ดูแลชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัย โดยไม่มีผลกับการรักษาพยาบาล ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม ไม่สามารถสืบค้นถึงเจ้าของข้อมูลเป็นรายบุคคลได้



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบให้เสร็จก่อนแล้วเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองตามระยะเวลาที่กำหนดโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามตามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการทดลองและให้การพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแล ผ่าน program DMS Telemedicine ส่วนผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินตามเครื่องมือที่กำหนดไว้ภายหลังได้รับการอนุมัติคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนน้อย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบก่อน หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สัปดาห์ที่ 1 จัดเตรียมการดำเนินการวิจัย ทั้งข้อมูลผู้ป่วยและญาติ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมการใช้เทคโนโลยีสำหรับการให้การพยาบาลทางไกล การเตรียมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการเตรียมแบบบันทึก การเตรียมความพร้อมบุคลากร สัปดาห์ที่ 2 จัดประชุมชี้แจงการดำเนินการวิจัย และประเมินผู้ป่วยและญาติ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ การตอบแบบสอบถาม (Pre-test) ชักถาม สังเกต เตรียมความพร้อมของญาติ ผู้ดูแลและผู้ป่วยในการให้การพยาบาลทางไกล และการปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการแจกแบบบันทึก และการใช้แบบบันทึก สัปดาห์ที่ 3-4 ออกประเมินผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่บ้าน ผู้วิจัย ชักถาม สังเกต บันทึกข้อมูล ให้ความรู้ถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย แนวทางในการฝึกทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ๆ แจกคู่มือการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยฝึกทักษะของญาติผู้ดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัปดาห์ที่ 5 ให้การพยาบาลทางไกล โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในเรื่อง ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 6 ให้การพยาบาลทางไกล โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในเรื่อง การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น สัปดาห์ที่ 7 ให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในเรื่องการใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา สัปดาห์ที่ 8 ให้การพยาบาลทางไกล โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในเรื่องการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ สัปดาห์ที่ 9 จัดประชุมกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เพื่อติดตามความก้าวหน้าโครงการวิจัย การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ชี้แนะ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลสอบถามเมื่อไม่แน่ใจหากทักษะใดที่ญาติผู้ดูแลไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติ ผู้วิจัยทบทวนเพิ่มเติม รวมทั้งกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการฝึกทักษะ โดยใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแบบบันทึกการฝึกทักษะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัปดาห์ที่ 10 ให้การพยาบาลทางไกล โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในเรื่อง ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 11 ให้การพยาบาลทางไกล โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในเรื่อง การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น สัปดาห์ที่ 12 ให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในเรื่องการใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา สัปดาห์ที่ 13 ให้การพยาบาลทางไกลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มทดลองและญาติผู้ดูแลในเรื่อง การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ สัปดาห์ที่ 14 – 15 ออกประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่บ้านหลังทดลอง ชักถาม สังเกต รวบรวมและบันทึกข้อมูล สัปดาห์ที่ 16 จัดประชุมสรุปการดำเนินการวิจัย และประเมินผู้ป่วยและญาติ ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ การตอบแบบสอบถาม (Post - test) ชักถาม สังเกต และการบันทึกข้อมูล



การควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูล 1) ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยและเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย โดยการฝึกอบรมให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ แนวคิดหลักและวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือแต่ละชิ้น วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในสนามพร้อมทั้งวิธีการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง การติดต่อสื่อสาร และรายละเอียดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเตรียมทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วน เพียงพอ และเอื้อต่อการปฏิบัติงาน 2) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และชี้แจงถึงข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปใช้ในการพัฒนางานเท่านั้นและจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยชี้แจงให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเก็บข้อมูล

การประมวลผลข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล ความสอดคล้องของคำตอบที่เกี่ยวข้องรวมถึงคุณลักษณะของตัวอย่างตามวัตถุประสงค์การวิจัย บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบความถูกต้องก่อนวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยายร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel index) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังทดลองใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการวิจัย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบค่าที่ (Independent t-test) ก่อนการทดสอบค่าที่ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วย 1-Komogorov-Smimov test 4) เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการวิจัย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบค่าที่ (Independent t-test) ก่อนการทดสอบค่าที่ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วย 1-Komogorov-Smimov test 5) เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 6) เปรียบเทียบผลต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) 7) เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง ของญาติกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของญาติกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง (n = 15)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
คะแนนเฉลี่ยความรู้	10.15	2.95	ปานกลาง	13.96	0.87	สูง	4.24	.01
ความสามารถ	3.71	.25	ปานกลาง	4.31	0.33	ดี	6.32	.01
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.41	.18	ปานกลาง	4.13	0.27	ดี	9.41	.00
ความพึงพอใจ	3.34	.19	ปานกลาง	4.05	0.29	มาก	6.07	.00
คุณภาพชีวิต	2.61	1.87	ปานกลาง	3.52	1.96	ดีมาก	9.32	.01



จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.15, S.D.= 2.95) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูง (Mean 13.96, S.D.= 0.87) ($t=4.24, p< .05$)

กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.71, S.D. = 25) หลังทดลองมีความสามารถอยู่ในระดับดี (Mean = 4.31, S.D. = 0.33) ($t=6.32, p< .01$) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.41, S.D. = .18) หลังทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13, S.D. = 0.27) ($t=9.41, p< .01$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.34, S.D.= 0.19) หลังทดลองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.05, S.D. = 0.29) ($t= 6.07, p< .05$) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตก่อนทดลอง

อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.61, S.D. = 1.87) หลังทดลองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 3.52, S.D. = 1.96) ($t=9.32, p< .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ของญาติกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (n = 15)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
คะแนนเฉลี่ยความรู้	9.12	2.23	ปานกลาง	10.24	1.53	ปานกลาง	4.15	.01
ความสามารถ	3.68	.23	ปานกลาง	3.87	0.27	ปานกลาง	5.96	.01
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.12	.18	ปานกลาง	3.37	0.45	ปานกลาง	8.79	.00
ความพึงพอใจ	2.78	.23	ปานกลาง	2.97	0.28	ปานกลาง	6.56	.01
คุณภาพชีวิต	2.54	1.79	ปานกลาง	3.29	1.44	ปานกลาง	9.11	.01

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.12, S.D. = 2.23) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.24, S.D. = 1.53) ($t=4.15, p< .05$) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.68, S.D. = 0.23) หลังทดลองมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.87, S.D. = 0.27) ($t=5.96, p< .05$) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = 0.18) หลังทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.37, S.D.=.45) ($t=8.79, p< .05$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.78, S.D. = 0.23) หลังทดลองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97, S.D. = 0.28) ($t=6.56, p< .05$) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.54, S.D. = 1.79) หลังทดลองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.29, S.D.=1.44) ($t=9.11, p< .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

2. ความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังทดลองดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	หลังทดลอง		t	p-value		
	ค่าความแปรปรวน (Levene, s Test)	ค่าเฉลี่ย			95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.			ต่ำสุด	สูงสุด
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	6.318	.732	85.512	40.65 99.23	4.928	.01
คะแนนเฉลี่ยความรู้	9.231	.656	10.128	9.274 12.963	9.461	.00
ความสามารถ	1.34	.623	4.325	3.58 4.12	7.126	.01
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.41	.612	3.784	3.03 4.362	8.231	.01
ความพึงพอใจ	.462	.711	4.215	3.58 4.351	3.253	.01
คุณภาพชีวิต	2.97	.675	4.115	3.72 4.424	3.528	.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลอง แตกต่างจากก่อนทดลอง ($t = 4.928, p < .05$) โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตหลังทดลองแตกต่างจากก่อนทดลอง ($t = 9.461, p < .05$) ($t = 7.126, p < .05$) ($t = 8.231, p < .05$) ($t = 3.253, p < .05$) และ ($t = 3.528, p < .05$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดลอง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อน โดยไม่พบแผลกดทับ ไม่พบภาวะข้อติดแข็ง ไม่พบภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และไม่พบภาวะ Aspirate Pneumonia ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบพบแผลกดทับเกรด 1 จำนวน 1 ราย เกรด 2 จำนวน 2 ราย โดยหลังทดลองกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลชุมชนน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้านส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตลอดจนการวางแผนงานวิจัยที่รัดกุมโดยทีมสหวิชาชีพนำมาสู่การปฏิบัติจริง เกิดการสื่อสารชัดเจนต่อเนื้อระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวก ลดการเดินทาง และลดค่าใช้จ่าย อีกทั้งการมีโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติจึงเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแยกตามตัวแปรตามที่ศึกษาดังนี้



2.1 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของญาติกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.15, S.D. = 2.95) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูง (Mean = 13.96, S.D. = 0.87) ($t = 4.24, p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.71, S.D. = 0.25) หลังทดลองอยู่ในระดับดี (Mean = 4.31, S.D. = 0.33) ($t = 6.32, p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.41, S.D. = 0.18) หลังทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับดี (Mean = 4.13, S.D. = 0.27) ($t = 9.41, p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.34, S.D. = 0.19) หลังทดลองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.05, S.D. = 0.29) ($t = 6.07, p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.61, S.D. = 1.87) หลังทดลองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 3.52, S.D. = 1.96) ($t = 9.32, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยภรณ์ สิ่งทองวรรณ และสุพัตรา ปวนไผ่⁹ ศึกษาผลของการพยาบาลทางไกลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2566 พบว่าระดับความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยทางไกล อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จารุวรรณ ปิยศิริ และคณะ¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติปี พ.ศ. 2561 เป็นการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษา เปรียบเทียบสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับปอดอักเสบและแผลกดทับ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะ แห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองนี้พัฒนาโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา (Bandura) ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการ ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าหลัง การทดลองและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ของญาติกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อน ทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 9.12, S.D. = 2.23) หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 10.24, S.D. = 1.53) ($t = 4.15, p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.68, S.D. = 0.23) หลังทดลองมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.87, S.D. = 0.27) ($t = 5.96, p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = 0.18) หลังทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.37, S.D. = 0.45) ($t = 8.79, p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจก่อนทดลองอยู่ในระดับปาน กลาง (Mean = 2.78, S.D. = 0.23) หลังทดลองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97, S.D. = 0.28) ($t = 6.56, p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.54, S.D. = 1.79) หลังทดลองมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับปานกลาง (Mean = 3.29, S.D. = 1.44) ($t = 9.11, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

2.3 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการฟื้นฟู และ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังทดลอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองแตกต่างจากก่อนทดลอง ($t = 4.928, p < .05$) โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตหลังทดลองแตกต่าง



จากก่อนทดลอง ($t = 9.461, p < .05$), ($t = 7.126, p < .05$) ($t = 8.231, p < .05$) ($t = 3.253, p < .05$) และ ($t = 3.528, p < .05$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาฟื้นฟูเฉลี่ย 3 เดือน (Mean = 3.00, S.D. = 1.125) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ¹³ ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลก่อนกลับบ้าน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2566 โดยใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามกรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของ เนลเลอร์ และคณะ¹⁴ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ พนิดา เนื่องขมภู¹⁵ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กลไกการเกิดโรคและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) เจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) เทคโนโลยีสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6) การปฐมพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาวะวิกฤตแบบสอบถามด้านความรู้ เจตคติ และทักษะปฏิบัติในด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลในภาวะวิกฤติ ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เจตคติเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ คะแนนเฉลี่ย ของทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. การประเมินภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง หลังทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง โดยไม่พบแผลกดทับ ไม่พบภาวะข้อติดแข็ง ไม่พบภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และไม่พบภาวะ Aspiration-Pneumonia ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบพบแผลกดทับเกรด 1 จำนวน 1 ราย เกรด 2 จำนวน 2 ราย โดยหลังทดลองกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ปิยศิริ และคณะ¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2561 เป็นการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา (Bandura)⁸ ผลการวิจัยพบว่าการประเมินสภาพร่างกายไม่พบอาการของปอดอักเสบ ไม่มีแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนอื่น

5. ถอดบทเรียนจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จากการใช้การพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของแบนดูรา มีผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ระยะเวลาการฟื้นฟู และลดภาวะแทรกซ้อน และด้านผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านความรู้ ความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพึงพอใจ ตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชธิมา ศรีจางาน¹⁶ ศึกษาโดยให้โปรแกรมสร้างเสริมความสามารถแห่งตนแก่ญาติผู้ดูแล พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ และคณะ¹⁷ ศึกษาผลลัพธ์การใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า หลังได้รับการดูแลผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อน



การนำไปใช้ประโยชน์

ผลงานที่ได้จากการศึกษา เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการสุขภาพและการพัฒนาความก้าวหน้าในสายงานวิชาชีพ เป็นแบบอย่าง เป็นแหล่งอ้างอิงและเป็นต้นแบบในการปฏิบัติ การประยุกต์ใช้ก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน กลุ่มงาน ระดับโซน ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ สำหรับผลงานที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จ ได้ขยายผลสู่การปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลอย่างชุมชนน้อยและเครือข่าย โดยนำไปใช้ในหน่วยงานคลินิกควบคุมโรคไม่ติดต่อ งานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวและคุณภาพการพยาบาล ตอบสนองต่อภารกิจหลักของกรมหรือระดับกระทรวง คือ ลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่าย และความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อพัฒนาการพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียดหรือหมดกำลังใจในการดูแล ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

2) ควรมีการพัฒนาการพยาบาลทางไกลร่วมกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะพียงพิง ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่ม ข้อจำกัดการวิจัย จากการที่ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาที่แตกต่างอาจทำให้ระดับการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างชุมชนน้อย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ของโรงพยาบาลอย่างชุมชนน้อย สำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างชุมชนน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนทีมสุขภาพและองค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. World Health Organization. Health statistics and health information systems [Internet].2020 [cited 2024 Apr 5]. Available from: <http://www.WHO.int/healthinfo/statistics/mortdata/en/index.html>.
2. American Heart association. Heart Disease and Stroke Statistics update. AHA/ASH Journal Calculation 015;131(2):321-9.
3. Division of Noncommunicable Diseases/Bureau of Risk Communication, Department of Disease Control. [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 5]. Available from: <https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download>.
4. American Heart Association/American Stroke. Association Focused Update: Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment. telemed J E Health. 2015;46:3024-39.
5. Chareonrat P. Effects of a stroke patient and their family caregiver transition program from hospital to home on patient performance, daily activities, complications, and patient satisfaction. Neuroanatomy and function of intracranial and extracranial vessels. Journal of Nursing Sciences. 2024;16(1):52-66. (in Thai)



6. Yangchumnoi Hospital. Special Clinic Report. Noncommunicable Diseases Clinic; 2023. P. 12-20 (in Thai)
7. Indharasombat P, Sirapognarm Y, Chansirikan S, Yamvong C, Mahagayanan S. Effects of application of Orem's nursing system on patients' and relatives' satisfaction with care and functional outcomes in hospitalized elderly patients. Rama Nursing care Journal. 1996;2(3):1-15. (in Thai)
8. Bandura A. Self efficacy education. New York. W.H. freeman. 2019;604(1):526-73.
9. Singthongwan W, Puanpai S. the effect of telenursing on the ability of caregivers to care for stroke patients after discharge from home at Chiang Mai Neurological Hospital. Nursing, Health, and Public health journal. 2018;27(3):500-9. (in Thai)
10. WHOQOL-BREF-THAI. Mapping of the World Health Organization quality of life brief to the EQ-5D-5L in the population in the area. [Internet] 2022 [cited 2024 Apr 5]. Available from <https://link.springer.com/article/10.1007/s41669-022-00380-0>
11. Black JM, Edsberg LE, Baharestani MM, Langemo D, Goldberg M, McNichol L, et al. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcers, avoidable or un avoidable? Results of National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. Ostomy Wound Management. 2011;57(2):24-37.
12. Piyahiran C, Kasiphon T, Prasertsong Ch. The effect of self-efficacy enhancement program for stroke caregivers, Huachiew Chalermprakiet University. Journal of Nursing Therapeutic Care. 2018;22(2):130-42. (in Thai)
13. Chantra R, Weerajitr S, Srethongkul P. The effect of using a discharge planning program for stroke patients in the transitional period from hospital to home on readiness for care before returning home, Surat Thani Hospital. Journal of Nursing and Education. 2023;16(4):29-39. (in Thai)
14. Naylor M, Brooten A, Campbell L, Maislin G, McCauley M, Schwartz J. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized controlled Trial. J Am Geriatr Soc. 52(5):675-84.
15. Nueangchomphu P. Development of a program to promote competence of caregivers of stroke patients, Bueng Kan Hospital, Bueng Kan Province. Journal of Community Development and Quality of Life. 2024;40(2):1-11.(in Thai)
16. Srijamnon N. The effect of self-efficacy enhancement program of caregivers on the ability to perform daily activities of stroke patients, Community Health Center, Udon Thani Hospital 2. Udon Thani Hospital Medical Journal. 2020;7(1):18-32. (in Thai)
17. Chanwisit O, Worakul Ch, Yeesakul C. Studied the results of using a care plan for patients with ischemic and occlusive cerebrovascular disease at Songkhlanagarind Hospital. Journal of Research in Nursing – Midwifery and Health Sciences. 2022;42(2):63-73. (in Thai)



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล

นัยนา เดชสุภา พย.บ.¹ ปวีณา พงษ์พินนา พย.ม.²
วารางคณา คำยั้ง พย.ม.³ ศิริพร หัวใจแก้ว พย.บ.³
ฉัตรทอง เวบสูงเนิน พย.บ.⁴ สุรัตน์ คร่ำสุข พย.ม.⁴

(วันรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 10 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 14 มีนาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองจำนวน 42 คน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน จากนั้นเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 16 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 21 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนา จาก 7 Aspects Model of Care 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบรายงานผลการปฏิบัติ 4) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล และ 5) แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบรายงานผลการปฏิบัติ แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.71 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ 0.89 สำหรับแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง 10 คน และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test

ผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ด้วยเครื่องมือ AGREE-II ในหมวด 1-6 ได้ร้อยละ 85.56, 84.44, 79.59, 77.78, 81.67 และ 90 และในภาพรวมได้ร้อยละ 81.88 ผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่แรกรับที่แผนกฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วยของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขณะที่อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และอัตราการเสียชีวิตแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ทั้งรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีแนวโน้มส่งเสริมกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองในแผนกฉุกเฉินให้รวดเร็วได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง แนวปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: noinaiyanadech@gmail.com โทร: 086- 2461132



Development of Nursing Practice Guidelines for Patients with Intracerebral Hemorrhage on Nursing Outcomes

Naiyana Dechsupa B.N.S.¹ Paweena Pongpanna M.N.S.²
Warangkha Khamying M.N.S.³ Siriporn Huajaiyao B.N.S.³
Chattong Websoongnoen B.N.S.⁴ Surat Kramsuk M.N.S.⁴

(Received Date: February 11, 2025, Revised Date: March 10, 2025, Accepted Date: March 14, 2025)

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the outcomes of nursing practice guidelines for patients with intracerebral hemorrhage and improve nursing outcomes. The sample included: 42 patients with intracerebral hemorrhage, with 16 being placed in the intervention group and 26 in the control group, along with 21 Registered Nurses (RNs). Data were collected between July and December 2024. The research instruments included 1) nursing practice guidelines integrating the 7 Aspects model of care 2) patients information record form, 3) practice report form, 4) nursing outcomes recording forms, and 5) Registered nurse' opinion assessment forms. Content validity was reviewed by five experts, yielding a content validity index of 0.71 for the patient information record form, practice report form, nursing outcomes recording form and 0.89 for RNs' opinion assessment form. The developed guidelines were trialed with 10 participants before full fully implementing. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and the Mann-Whitney U test.

The quality evaluation of the nursing practice guidelines using domain one through six of the AGREE-II instrument yielded scores of 85.56%, 84.44%, 79.59%, 77.78%, 81.67%, and 90%, respectively, with an overall guideline quality score of 81.88%. After implementing the guidelines, the average time from emergency department (ED) admission to the inpatient ward was significantly shorter in the experimental group compared to that of the control group ($p < 0.05$). However, the incidence of complications, including aspiration pneumonia, deep vein thrombosis, pressure ulcers, urinary tract infections and mortality rate did not differ significantly between the intervention and control groups. Additionally, the RNs' opinions on the use of the guidelines, both in individual aspects and overall, were at moderate level. The nursing practice guidelines are likely to enhance the care process for patients with intracerebral hemorrhage in the emergency department related to efficiency and enabling care process of patients in terms of patient care access time.

Keywords: patients with intracerebral hemorrhage, nursing practice guidelines, nursing outcomes

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Surgical Nursing Unit, Maharaj Nakorn Ratchasima Hospital

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing research and development, Maharaj Nakorn Ratchasima Hospital

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Surgical Nursing Unit, Maharaj Nakorn Ratchasima Hospital

⁴Registered Nurse, Senior Professional Level. Emergency Nursing Department, Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital.

¹Corresponding Author, Email: noinaiyanadech@gmail.com Tel: 086-2461132



บทนำ

โรคเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องแข่งกับเวลา โดยทุกนาทีมีความสำคัญต่อการช่วยชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความล่าช้าในการรักษาแม้เพียง 15 นาที อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่กับภาวะทุพพลภาพนานขึ้น 1 เดือน¹ ขณะเดียวกันการเข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มมีอาการ จะสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดอัตราเสียชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้² สถิติทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองมากกว่า 4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด³ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ทั้งในแง่ของจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต⁴ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565-2567 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมี 41,025, 47,361, 50,980 คน ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตในแต่ละปีอยู่ที่ร้อยละ 23.45, 21.11 และ 21.14 ตามลำดับ⁵ แม้อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง แต่มีเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่สามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพหลังเกิดพยาธิสภาพ⁶ โรคเลือดออกในสมอง เป็นภาวะที่หลอดเลือดในสมองแตกหรือปริ ทำให้เลือดไหลออกไปกดเนื้อสมอง ตามมาด้วยสมองขาดออกซิเจน จนไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะแสดงอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลันเกิดขึ้นทันทีทันใดหากผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้าจะนำไปสู่การตายของเนื้อสมองในที่สุด⁶ ซึ่งความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันออกไป ตามตำแหน่งและขนาดของก้อนเลือดในสมอง⁷ นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพอย่างถาวร หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว เป้าหมายหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วย คือการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดในสมองให้คืนกลับมา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาจากพยาธิสภาพของโรคทั้งการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยกระบวนการดูแลเริ่มนับตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความถูกต้องและแม่นยำ สามารถจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหลอดเลือดสมองตีบ หรือเป็นผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างทันที่ทันที่ ลดความเสียหายของเนื้อสมอง โดยเฉพาะช่วงภาวะวิกฤติในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ที่จะมีเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพได้ตลอดเวลา⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายการศึกษาวินิจฉัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง อาทิ การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงโดยใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือน (MEWS Scores) ซึ่งผลลัพธ์พบว่าสามารถลดอัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนได้อย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น^{9,10} และมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลทางเดินหายใจ (Airway) การดูแลการหายใจ (Breathing) และการดูแลระบบการไหลเวียน (Circulation) ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะปอดอักเสบและยังลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้¹¹ นอกจากนี้การพัฒนาสมรรถนะความรู้และทักษะของพยาบาล การกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแล การติดตามการปฏิบัติ มีผลในการเพิ่มความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้^{12,13} จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง ทั้งในด้านการคัดกรองความผิดปกติทางระบบประสาทการประเมินอาการและการดูแลที่มีคุณภาพอย่างทันที่ทันที่ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพในเวลาที่เหมาะสม รวมถึงการดูแลระหว่างการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง¹⁴ ดังนั้นการพัฒนากระบวนการและแนวทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการบูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 9 และจังหวัดใกล้เคียง มีพันธกิจหลักในการให้บริการครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงตามรายงานระดับโรงพยาบาลพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2565 - 2567 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 468, 523 และ 536 ราย ตามลำดับ¹⁵ โดยปกติโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย



ที่มีภาวะเลือดออกในสมองการดูแลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยการประเมินตามระดับความรุนแรง (Emergency Severity Index: ESI)¹⁶ เพื่อจัดอันดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 72 ชั่วโมงมากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตโดยรวมของทั้งประเทศ ผู้วิจัยและคณะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านกระบวนการทำงาน ทบทวนเวชระเบียน และศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน สามารถสรุปปัญหาที่พบได้ดังนี้ 1) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่าขาดการเชื่อมโยงระบบการดูแลที่ต่อเนื่องนับตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาลการดูแลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจนถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพไม่ไปในแนวทางเดียวกันเนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความจำเพาะในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองและที่เหมาะสมกับบริบทของการปฏิบัติงานจริง 2) ด้านบุคลากร พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีข้อจำกัดด้านความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยตาม 7 Aspects Model of Care เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย 7 ด้าน ดังนี้ 1) การประเมินผู้ป่วย (Assessment) 2) การจัดการอาการรบกวน (Symptom Distress Management) 3) การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Prevention of Complications) 5) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (Facilitation of Patient and Family Self Care) และ 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ (Enhancement of Patient Satisfaction)^{14,17} จากแนวคิดนี้แสดงให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม สามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลการดูแลในแผนกฉุกเฉิน ไปจนถึงการดูแลในแผนกผู้ป่วยใน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพสูงสุด จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำแนวคิด 7 Aspects model of care พัฒนาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน พบว่าสามารถเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญ ลดการเกิดผลตกหล่นและติดเชืาระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยได้¹⁸ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 7 Aspects model of care ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข¹⁷ มาพัฒนาเป็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในสมอง มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินอาการได้อย่างแม่นยำ รวดเร็ว (Triage and Rapid Assessment) การประเมินอย่างรวดเร็วและแม่นยำเป็นสิ่งสำคัญในการระบุความรุนแรงของภาวะเลือดออกในสมอง เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างทันที่ตั้งแต่แรกเริ่ม 2) การจัดการอาการและการดูแลตามลำดับความรุนแรง พร้อมการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตอย่างทันที่ (Symptom Management and Patient Safety) พร้อมรับมือกับภาวะคุกคามชีวิตในช่วงเวลาที่มีความสำคัญ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) ด้วยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและการจัดการป้องกันอย่างเป็นระบบเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) เพื่อเชื่อมโยงระบบการส่งต่อตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ผ่านขั้นตอนในแผนกฉุกเฉิน และต่อเนื่องจนถึงแผนกผู้ป่วยใน โดยมุ่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ความต่อเนื่องครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี อันเป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการเสียชีวิต และระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติฯ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกเทกการ์ต¹⁹ มีขั้นตอน ดังนี้
 1) ขั้นตอนเตรียมการ 2) ขั้นตอนวางแผน 3) ขั้นตอนปฏิบัติและสังเกต และ 4) ขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา 2 วนรอบ วนรอบที่ 1 เป็นการพัฒนานวปฏิบัติการพยาบาลฯ บูรณาการจากแนวคิด 7 Aspects model of care ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม ประยุกต์เป็นองค์ประกอบการดูแล 4 ด้าน คือ 1) การคัดกรองและประเมินอาการได้อย่างแม่นยำ รวดเร็ว (Triage and Rapid Assessment) 2) การจัดการอาการและการดูแลตามลำดับความรุนแรง พร้อมการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตอย่างทันทั่วทั้งที่ (Symptom Management and Patient Safety) 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Prevention of Complication) 4) การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) เพื่อเชื่อมโยงระบบการส่งต่อ และวนรอบที่ 2 เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการเสียชีวิต และระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยกรอบแนวคิดดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โดยนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมกเทกการ์ต^{19,20} มาประยุกต์ใช้ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ เพื่อค้นคว้าสภาพปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์พยาบาลและบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบประสาท 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดสมองแตก ปฏิบัติงานที่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 8 คน โดยใช้แนวสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลปฏิบัติการความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ อุบัติการณ์การเสียชีวิต ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน แผลกดทับ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ย้อนหลังในช่วงเวลา 3 ปี นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้านเนื้อหา และสร้างข้อสรุปเพื่อสะท้อนและตรวจสอบข้อมูลจากการสังเกตที่ได้รับ เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ชัดเจนของสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในขั้นตอนต่อไป

2. ขั้นวางแผน มีดังนี้ 2.1 กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา จากการระดมสมองของบุคลากรในหน่วยงานสรุปปัญหาที่มีผลต่อทั้งกระบวนการดูแลและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ 2.2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ด้วยแนวคิด PICO ดังนี้ Population คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง หรือ ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตก “Intracerebral hemorrhage patients” OR “hemorrhagic stroke patient” Intervention คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล “Nursing practice guideline” OR “Practice guidelines in nursing” OR “Evidence-Based Practice” “Evidence-Based Nursing” “Nursing Care” “Nursing Interventions” Comparison คือ การพยาบาลตามปกติ “Routine nursing care” Outcomes คือ ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก “Aspiration pneumonia” ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน “Deep vein thrombosis (DVT)” การเกิดแผลกดทับ “Pressure ulcers” OR “Pressure injury” และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ “Urinary tract infections (UTIs)” อัตราการเสียชีวิต “Mortality Rate” โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ ประกอบด้วย PubMed, Google scholar, ProQuest และ Thai Journal Online กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเป็นงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาครอบคลุมงานวิจัยประเภท การวิเคราะห์ห่อถัก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยแบบสุ่ม (มีกลุ่มควบคุมและไม่มี) และงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง จากนั้นประเมินคุณภาพโดยอ้างอิงตามเกณฑ์การประเมิน The Joanna Briggs Institute²¹ มีงานวิจัยที่สามารถนำมาใช้จัดทำแนวปฏิบัติจำนวน 12 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยระดับ 1a จำนวน 4 เรื่อง, ระดับ 1b จำนวน 2 เรื่อง, ระดับ 2b จำนวน 2 เรื่อง, ระดับ 2c จำนวน 1 เรื่อง, ระดับ 3c จำนวน 1 เรื่อง, ระดับ 3e จำนวน 1 เรื่อง และ ระดับ 4b จำนวน 1 เรื่อง จากนั้นสกัดเป็นองค์ความรู้ที่ได้เข้าสู่กระบวนการร่างแนวปฏิบัติ 2.3 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประยุกต์ตามกรอบแนวคิด 7 Aspects model of care ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท

3. ขั้นการปฏิบัติและสังเกต ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในใช้ในหน่วยงาน โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติฯ ไปนิเทศและพัฒนาศมรรถนะให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 คน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 3 คน เพื่อให้นำไปทดลองใช้ในการดูแลที่มีภาวะเลือดออกในสมองที่เข้ารับบริการจำนวน 5 คน โดยที่ผู้วิจัยและหัวหน้าแผนกได้สังเกต และติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกกระบวนการดูแล จากนั้นประเมินความเป็นไปได้และตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติผ่านการให้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากดำเนินการวิจัยในแต่ละวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ โดยรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต วิเคราะห์จุดดี จุดด้อย ปัญหาและอุปสรรค จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลในการปรับปรุงในวงรอบต่อไป



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็นผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ดังนี้ ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ จากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง และเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ด้วยผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง และเข้ารับการรักษาดังแต่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และการนำไปใช้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเลือดออกในสมองเป็นครั้งแรก และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) แพทย์ให้การวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกรับว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย การรักษาไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น และผู้แทนโดยชอบปฏิเสธการกู้ชีพ 2) ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอื่นตั้งแต่ระยะแรกรับ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเลือดออกในสมอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดให้มีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80²² กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.80²³ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power (Version 3.1) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของผู้ป่วย จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 การศึกษานี้แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลระหว่าง 20 กรกฎาคม-30 กันยายน พ.ศ. 2567 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองระหว่างเดือน ตุลาคม-30 ธันวาคม พ.ศ. 2567

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่แผนกฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 21 คน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการขึ้นไป 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 093/2024 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2567 โดยพยาบาลวิชาชีพมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระ สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลราชชนนครราชสีมา ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยและขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียด และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ และใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะต้องเซ็นใบยินยอมก่อนที่จะดำเนินการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล Glasgow Coma Scale แรกรับ โรคประจำตัว และการรักษาที่ได้รับ 1.2 แบบรายงานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แบบ Checklist รายชื่อตามกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง 36 รายการ แบ่งเป็น เป็นปฏิบัติได้ ไม่ปฏิบัติ และไม่เกี่ยวข้อง 1.3 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อรวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การบันทึกระยะเวลาการดูแลตั้งแต่เริ่มมีอาการถึงแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ระยะเวลาตั้งแต่แผนกฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วยใน และระยะเวลาตั้งแต่ถึงแผนกอุบัติเหตุ- ฉุกเฉินจนได้รับการตรวจ CT brain และแบบบันทึกการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดดมสำคัญ ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และอัตราการเสียชีวิต 1.4 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โดยพัฒนาจากการศึกษาของ สุมาลี สุขใจ²⁴



แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้องของเนื้อหา ความสมบูรณ์ ครบถ้วน ครอบคลุมกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ด้านความสะดวก ง่ายต่อ การนำไปปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับการใช้แนวปฏิบัติเลย คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติระดับน้อย คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติระดับปานกลาง คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติระดับมาก คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติระดับมากที่สุด การแปลผลด้วยคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยเลย (Mean = 0.00) เห็นด้วยน้อยที่สุด (Mean = 0.01-1.33) เห็นด้วยปานกลาง (Mean = 1.34-2.60) และเห็นด้วยมากที่สุด (Mean = 2.61-4.00)

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองด้วยการตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา ตามแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนความเหมาะสมของการใช้ภาษา และประเมินคุณภาพ ด้วยการประเมิน AGREE II^{25,26} โดยผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิก 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาท 1 คน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมระบบประสาท 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse) 2 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบรายงานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ .71 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ เท่ากับ .89 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของเนื้อหาและนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงสำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม ระหว่างเดือน 20 กรกฎาคม – 30 กันยายน พ.ศ. 2567

1) พยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉินคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยเข้าพบผู้ป่วยหรือครอบครัวเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยแก่ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

2) พยาบาลวิชาชีพซักถามข้อมูลทั่วไปและรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

3) กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินอาการเบื้องต้นและให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน และการดูแลด้านอื่นๆ ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

4) พยาบาลวิชาชีพห่อผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มควบคุมด้วยแบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เมื่อครบระยะ 72 ชั่วโมงแรกนับจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. การเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ระหว่างเดือน ตุลาคม – 30 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

1) ผู้วิจัยพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและห่อผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 21 คน

2) พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามการคัดเลือก โดยเข้าพบผู้ป่วยหรือครอบครัวเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยแก่ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม



3) พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติดังนี้ 3.1 ซักถามข้อมูลทั่วไปและรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มทดลอง 3.2 คัดกรองและประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม 3.3 การจัดการอาการและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตอย่างทันที่ 3.4 ประสานข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท

4) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติดังนี้ 4.1 ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล 4.2 ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลด้วยแบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลเมื่อครบระยะ 72 ชั่วโมง แรกนับจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5) หัวหน้าหอ หรือรองหัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศและประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เวิร์ดละ 1 ครั้ง

6) ผู้วิจัยประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้เครื่องมือ AGREE-II โดยรายละเอียดการตรวจสอบแต่ละหมวด มีดังนี้ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้คุณภาพร้อยละ 91.11 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร้อยละ 85.56 3) ความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำได้ร้อยละ 84.44 4) ความชัดเจนในการนำเสนอได้ร้อยละ 79.59 5) การนำไปใช้ได้ร้อยละ 77.78 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการได้ร้อยละ 81.67 และการประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวม เท่ากับร้อยละ 81.88 โดยเกณฑ์การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ แต่ละหมวด และในภาพรวมมีคุณภาพมากกว่าร้อยละ 75 ซึ่งแสดงถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ²⁷

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง มีขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมการ 2) ขั้นตอนวางแผน 3) ขั้นตอนการปฏิบัติและสังเกต และ 4) ขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองร่วมกับศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการเสียชีวิต และระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกเริ่ม ต่อเนื่องถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การคัดกรองและประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง (Triage and Rapid Assessment) ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital) เป็นการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเลือดสมอง ตามหลักการ B.E.F.A.S.T ดังนี้ B (Balance) ปวดหัว เวียนศีรษะ ทรงตัวไม่ได้แบบทันที E (Eye) มองเห็นภาพซ้อน มองไม่ชัด F (Face) หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว มุมปากตก A (Arm) แขนอ่อนแรงครึ่งซีก ซาไม่มีแรงแบบเฉียบพลัน S (Speech) พูดไม่ชัด พูดลำบาก ลิ้นแข็ง T (Time) เวลา^{1,2,4,7,26} การดูแลตามหลัก ABCD คือ การดูทางเดินหายใจ (A: Airway with cervical spine control) การหายใจ (B: Breathing and ventilation) และระบบไหลเวียนโลหิต (C: Circulation and hemorrhage control) ประเมินการรับรู้และระบบประสาท (D: Disability) พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์เมื่อประเมินผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ชัดเจน จะประสานกับแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ล่วงหน้าเพื่อเตรียมการรับและรักษาผู้ป่วยด้วยระบบ Fast tack ต่อไป^{1,28,29}



2.2 การจัดการอาการและได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตอย่างทันท่วงที เมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (Symptom Management and Patient Safety) ดังนี้

2.2.1 การคัดกรองและดูแลตามระดับความรุนแรงตาม Emergency Severity Index (ESI) ร่วมกับการประเมิน Modified Early Warning Score (MEWS) โดยพยาบาลจะประเมินสัญญาณชีพต่าง ๆ ได้แก่ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตตัวบน อุณหภูมิกาย ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด สภาพจิตใจ และ Glasgow Coma Score (GCS) จำแนกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ ต้องรายงานแพทย์ทันทีเพื่อเริ่มการช่วยชีวิต โดยเน้นดูแลทางเดินหายใจและควบคุมระบบไหลเวียนโลหิต และในกรณีที่ GCS \leq 8 คะแนนจะมีการประเมินประสิทธิภาพการหายใจอย่างละเอียดและพิจารณาการใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมติดตามอาการทุก 15 นาที ระดับ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วน ต้องรายงานแพทย์และเริ่มการดูแลภายใน 15 นาทีหลังจากการประเมิน ระดับ 3 ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินแต่ไม่ถึงขั้นเร่งด่วน ต้องรายงานแพทย์และเริ่มการดูแลภายใน 1 ชั่วโมงหลังการประเมิน ระดับ 4 ผู้ป่วยสามารถรอการรักษาได้ แต่คงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีการติดตามอาการ ระดับ 5 ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในทันที สามารถรอการรักษาได้^{16,30,31}

2.2.2 ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเลือดสมองมีระบบการรับและส่งคำปรึกษาแบบ Fast tack ต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ และดูแลเพื่อให้ได้รับการตรวจ CT brain ใน 60 นาที^{1,4} จากนั้นติดตามผลตรวจ CT brain กรณีแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเลือดออกในสมองส่งปรึกษาแผนกศัลยกรรมระบบประสาทในทันทีดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเตรียมเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสำรองตัวอย่างเลือดเพื่อเตรียมจองเลือดและส่วนประกอบของเลือด เพื่อให้พร้อมต่อการผ่าตัดฉุกเฉิน^{4,30,32} ในกรณีแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งปรึกษาแผนกอายุรกรรมระบบประสาทเพื่อเข้า Clinical pathway / Stroke fast tack ประสาน Stroke Unite เพื่อดูแลต่อเนื่อง

2.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ประกอบด้วย

2.3.1 ประเมิน Modified Early Warning Score (MEWS) โดยแบ่งระดับความรุนแรงตามค่าคะแนน Modified Early Warning Score ดังนี้ 1) ผู้ป่วย High risk ต้องได้รับการติดตามประเมิน MEWS อย่างใกล้ชิด ในทุก 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก จนกระทั่งอาการคงที่กรณีผู้ป่วยที่มีประเมิน GCS ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ประเมินประสิทธิภาพการหายใจและรายงานแพทย์พิจารณาดูแลใส่ท่อช่วยหายใจรายงานแพทย์ในผู้ป่วยที่มีผล CT brain พบว่าขนาดของก้อนเลือดขนาดใหญ่ (มากกว่า 30 ml), GCS น้อยกว่า 12 คะแนน และพบว่ามี การขยายตัวของก้อนเลือดมากขึ้นจากผลการทำ CT scan ซ้ำ 2) ผู้ป่วย Moderate risk ต้องได้รับการติดตามอาการและประเมิน MEWS ทุก 2 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วย Low risk - No risk ได้รับการติดตามและประเมิน MEWS ทุก 4 ชั่วโมง^{9,10}

2.3.2 การติดตามค่าความดันโลหิต โดยเฉพาะความดันโลหิตตัวบน ควรอยู่ในช่วง 130-150 มิลลิเมตรปรอท และดูแลรายงานแพทย์เมื่อพบค่าผิดปกติ^{4,31-34} เพื่อให้ได้รับยาควบคุมความดันโลหิต แพทย์อาจจะพิจารณาให้ยา Labetalol, Hydralazine, Nifedipine, Enalapril ทั้งการบริหารยาทางปาก หรือการบริหารยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ระหว่างได้รับยาควบคุมความดัน ต้องประเมินความดันโลหิตทุก 15 นาที – 1 ชั่วโมง

2.3.3 ประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP) โดยมีอาการดังนี้ 1) การตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา 2) อาการปากเบี้ยว หนังตาตก 3) ปวดศีรษะรุนแรง 4) คลื่นไส้ อาเจียน 5) ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงการหายใจผิดปกติหรือหายใจช้าลง และ 6) การตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีความดันในกะโหลกศีรษะสูง⁴



2.3.4 ดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ 1) การจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาโดยระวางการกดทับหลอดเลือดที่คอ โดยเฉพาะเมื่อทำการใส่ท่อช่วยหายใจ 2) ติดตามและดูแลภาวะไข้ในผู้ป่วยเลือดออกในสมองอุณหภูมิของร่างกายที่อยู่ในระดับปกติหรือเหมาะสม ซึ่งปกติอยู่ที่ประมาณ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส โดยเฉพาะ 72 ชั่วโมงแรก^{4,35} 3) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในระดับปกติ ซึ่งโดยทั่วไปจะอยู่ในช่วง 70-100 mg/dl ขณะอดอาหารเฝ้าระวังภาวะHypoglycemia (<40-60mg/dl) และภาวะHyperglycemia (>180 - 200mg/dl)^{4,34} 4) ประเมินและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกซิเจนกรณี Spo2 น้อยกว่า 92 % ดูแลดูแลเสมหะเมื่อจำเป็น เนื่องจากการดูแลเสมหะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น จึงควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ และควรระบายอากาศก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้ง^{1,4,36,37}

2.3.5 ประเมินการเต้นหัวใจผิดปกติจังหวะ ประเมินทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ใน 6 ชั่วโมง และทุกชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรก ติดตามผลการตรวจ Cardiac-specific troponin รายงานแพทย์เมื่อพบค่าผิดปกติ^{1,4}

2.3.6 ชักประวัติที่เกี่ยวข้องและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ 1) ประวัติโรคหลอดเลือดสมองตีบ ประวัติการเกิดภาวะเลือดออกในสมองมาก่อนมีภาวะความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูงเบาหวานโรคระบบที่เกี่ยวข้องกับระบบการเผาผลาญความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง 2) ประวัติการได้รับยา ได้แก่ ยาในกลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด ยากลุ่มเพิ่มบีบตัวของหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิตสูง ยาคุมกำเนิด และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยา 3) ประวัติเกี่ยวกับการรับรู้ผิดปกติ หรือมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากภาวะหลอดเลือดในสมองที่ผิดปกติในกลุ่มโรค Amyloid angiopathy 4) ประวัติการใช้สารเสพติด ได้แก่ สุบบุหรี่ ดื่มสุรา กัญชา Amphetamines, Methamphetamines, Cocaine 5) ประวัติมีภาวะการทำงานของตับ โรคมาเรียม และโรคเลือด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของเลือด¹

2.3.7 การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารต้องมีการทดสอบการกลืนทุกครั้งก่อนการเริ่มมื้ออาหาร โดยให้ผู้ป่วยลองดื่มน้ำในปริมาณ 1 ช้อนชา แล้วประเมินการกลืนว่าเกิดการสำลัก ไอ หรือตอบสนองผิดปกติหรือไม่เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสำลักซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอักเสบ^{1,4}

2.3.8 การดูแลความสมดุลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง และเฝ้าระวังการให้สารน้ำในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ ภาวะความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่พบการทำงานของหัวใจผิดปกติ⁹

2.3.9 การประเมินและดูแลความสมดุลของสารอาหารที่ได้รับการดูแลจัดทำ และการดูแลช่วยเหลือการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม ครอบคลุมไปถึงการประเมินการรับรู้สติสัมปชัญญะ การสื่อสาร การได้ยิน และความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลและรับมือปัญหาที่กำลังเผชิญของครอบครัวภายใน 24 ชั่วโมง^{3,37}

2.3.10 การดูแลประเมินระบบขับถ่ายและการคั่งของปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อใส่สายสวนปัสสาวะ หรือยาระบายตามแผนการรักษา¹

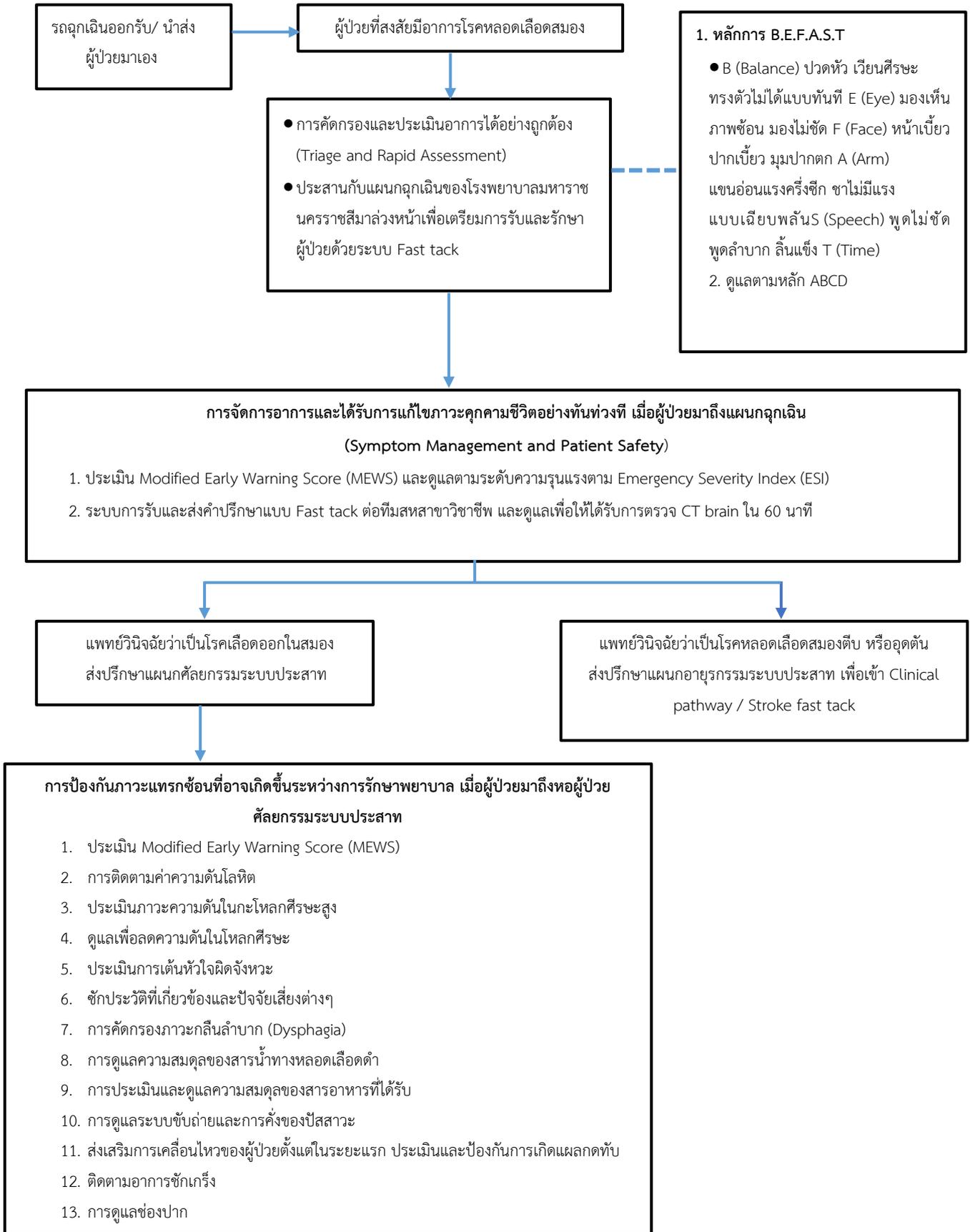
2.3.11 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะแรก สามารถส่งเสริมการฟื้นตัวได้ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงระบบประสาท ระบบการไหลเวียน^{1,4} ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับประเมิน Braden Scale คะแนนรวมของ Braden Scale อยู่ระหว่าง 6 ถึง 23 คะแนน โดยคะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน หรือ 18 คะแนน สำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ดูแลจัดทำที่ถูกต้องเพื่อลดแรงกดทับใช้อุปกรณ์ลดแรงกด เช่น ที่นอนลมหรือฟ้านุ่มหลีกเลี่ยงการกดทับในตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูง

2.3.12 ติดตามอาการชักเกร็งอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะ 1 สัปดาห์แรกนับจากเริ่มมีอาการ และมีการเตรียมความพร้อมในการรายงานแพทย์ และการบริหารยาเพื่อจัดการภาวะชักเกร็งในหอผู้ป่วย โดยมีแนวทาง ดังนี้ 1) พิจารณารายงานแพทย์เพื่อติดตาม EEG ในผู้ป่วยที่อาจจะเกิดภาวะชักเกร็งเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่มีอาการ ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมลง ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อขนาดของก้อนเลือดและตำแหน่งรอยโรคในสมอง 2) การเกิดภาวะชักเกร็งรายใหม่ ในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง และมีภาวะชักซ้ำหลายครั้งในขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล รายงานแพทย์เพื่อบริหารยาด้านภาวะชักเกร็ง⁴

2.3.13 การดูแลช่องปาก เพื่อลดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน¹



แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง



ภาพที่ 2 แสดงแผนภาพแสดงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง



ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองจำนวน 42 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม ระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม - 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 26 คน จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองระหว่างเดือน ตุลาคม-30 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 16 คน ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's exact test

ตารางที่ 1 แสดงความถี่ ร้อยละ คุณลักษณะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 42)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=16)	กลุ่มควบคุม (n=26)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			.05
ชาย	13 (81.20)	12 (46.20)	
หญิง	3 (18.80)	14 (53.80)	
ช่วงอายุ (ปี)	(Mean, S.D.) 62.13(16.60)	(Mean, S.D.) 57.69(14.91)	.28
18 – 40	-	4(15.40)	
41 - 50	4 (25.00)	4(15.40)	
51 – 60	5(31.20)	8(30.70)	
มากกว่า 60	7(43.80)	10(38.50)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)			.04
18.5 – 22.90	4(25.00)	14(53.80)	
23 – 24.90	7(43.75)	8(30.70)	
มากกว่า 25	5(31.25)	4(15.40)	
สิทธิการรักษาพยาบาล			1
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท)	13(81.25)	22(84.70)	
ประกันสังคม	1(6.25)	1(3.80)	
เบิกต้นสังกัด	2(12.50)	3(11.50)	
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล			.38
ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง	7(43.75)	14(53.80)	
อาการปวดศีรษะรุนแรงทันทีทันใด	2(12.50)	3(11.50)	
อาการแขนขาอ่อนแรง	6(37.50)	5(19.20)	
ความผิดปกติการรับรู้ ความจำ พูด อ่าน เขียน	1(6.25)	-	
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	-	1(3.80)	
อาการชักเกร็ง	-	3(11.50)	
Glasgow Coma Scale แกรับที่ห้องฉุกเฉิน			.01
3 - 8 คะแนน	9(56.20)	14(53.80)	
9 -12 คะแนน	-	8(30.80)	
13- 15 คะแนน	7(43.80)	4(15.40)	



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=16)	กลุ่มควบคุม (n=26)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
โรคประจำตัว			.17
ความดันโลหิตสูง	5(31.30)	9(34.60)	
ไขมันในเลือดสูง	5 (31.30)	2(7.70)	
เบาหวาน	1(6.30)	2(7.70)	
โรคไตวายเรื้อรัง	2(12.50)	1(3.80)	
โรคหัวใจ	1(6.30)	3(11.50)	
ตับแข็ง	1(6.30)	2(7.70)	
โรกระบบทางเดินหายใจ	-	2(7.70)	
โรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ หรือ อุดตัน	1(6.30)	5(19.20)	
การรักษาที่ได้รับ			.74
การผ่าตัด	5(31.25)	10(38.50)	
ไม่ได้ผ่าตัด	11(68.75)	16(61.50)	

* ระดับนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน กลุ่มทดลองอายุมากกว่า 60 ปีเป็นส่วนใหญ่ พบค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 62.13 ปี (S.D. = 16.6) ขณะที่ค่าเฉลี่ยอายุต่ำกว่าอยู่ที่ 57.69 ปี (S.D. = 14.91) ระดับ GCS แรกรับทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยมีระดับ GCS แรกรับ ระหว่าง 3-8 คะแนน อยู่ที่ร้อยละ 56.20 และอยู่ระหว่าง 13- 15 คะแนน ร้อยละ 43.80 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับ GCS อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน ร้อยละ 53.80 ตามมาด้วย ระหว่าง 9 -12 คะแนน ร้อยละ 30.80 และช่วง 13-15 คะแนน ร้อยละ 15.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(ร้อยละ 31.30 และ 34.60 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 68.80 และ 61.50 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาการดูแล และอัตราการเกิดแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสูดสำคัญ ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อตรวจสอบลักษณะการกระจายของข้อมูลพบว่าไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าสถิตินอนพาราเมตริก ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาการดูแลในแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean)

ช่วงความเชื่อมั่น (95% Confident Interval) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Mann-Whitney U

ระยะเวลาการดูแล (นาทีก)	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=26)			P-value	
	Mean (S.D.)	95%CI	Mean rank	Mean (S.D.)	95%CI		
มีอากร-แผนกฉุกเฉิน	191.87(183.56)	94.05-289.69	18.38	212.15(122.25)	162.77-261.53	23.42	.19
ห้องฉุกเฉิน- หอผู้ป่วย	189.00(122.61)	123.66-254.33	15.81	276.92(114.27)	230.76-323.76	25.00	.02*
ห้องฉุกเฉิน- CT brain	92.69(37.63)	72.63-112.74	23.25	89.50(53.36)	67.95-111.05	20.42	.46

* ระดับนัยสำคัญที่ .05



จากตารางที่ 2 พบว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยแรกรับที่แผนกฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (189.00, 95% CI: 123.66-254.33) มีแนวโน้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (276.92, 95% CI: 230.76-323.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าระยะเวลาตั้งแต่มีอาการถึงแรกรับที่แผนกฉุกเฉินในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่แผนกฉุกเฉินที่ได้รับการตรวจ CT brain ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติการทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact test)

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=26)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	11	68.80	21	80.80	.46
มีภาวะแทรกซ้อน	5	31.30	5	19.20	
ปอดอักเสบจากการสูดสำลัก	-	-	2	7.70	.52
การเกิดแผลกดทับ	-	-	3	11.50	.27
การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	1	6.30	1	3.80	1
อัตราการเสียชีวิต	6	37.50	13	50.00	.27

* ระดับนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 3 พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 68.80 และ 80.80 ตามลำดับ) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจำเพาะ จำแนกเป็นภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ไม่พบในกลุ่มทดลอง แต่พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 7.70 การเกิดแผลกดทับ ไม่พบในกลุ่มทดลอง แต่พบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 11.50 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 6.30 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่พบในร้อยละ 3.80 ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน ไม่พบทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05) โดยกลุ่มทดลองมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 การศึกษาระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อความความคิดเห็นของพยาบาล	Mean (S.D.)	ระดับความคิดเห็น
ความถูกต้องของเนื้อหา	3.19(0.75)	ปานกลาง
ความสมบูรณ์ ครบถ้วน ครอบคลุมกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย	3.24(0.76)	ปานกลาง
ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ	3.10(0.70)	ปานกลาง
สะดวก และง่ายในการดูแลผู้ป่วย	2.90(0.83)	ปานกลาง
มีประโยชน์ในการปฏิบัติงาน	3.33(0.85)	ปานกลาง
เห็นด้วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	3.00(0.70)	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 21 คน อายุงานเฉลี่ย 6.52 ปี (S.D. 6.99) ผลการประเมินความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน (Mean= 3.33, S.D. 0.85) ตามมาด้วยความสมบูรณ์ ครบถ้วน ครอบคลุมกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (Mean= 3.24, S.D. 0.76) ความถูกต้องของเนื้อหา (Mean= 3.19, S.D. 0.75) มีความชัดเจน (Mean= 3.10, S.D. 0.70) และด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สะดวก และง่ายในการดูแลผู้ป่วย (Mean= 2.90, S.D. 0.83)



การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองที่พัฒนาจากการประยุกต์แนวคิด 7 Aspects model of care ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า

1. ผลการลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยแรกรับที่แผนกฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพบว่าระยะเวลาตั้งแต่มีอาการถึงแรก รับที่แผนกฉุกเฉิน (Prehospital) ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ในขณะที่ระยะเวลาแรกรับที่ถึง แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินถึงได้รับการตรวจ CT brain ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มใช้เวลามากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ สาลี ผ่องสว่าง และคณะ¹¹ เป็นการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลแบบ ABCs สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง ระยะเฉียบพลันในงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาการรักษา พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่แรกรับ ที่แผนกฉุกเฉินจนถึงการย้ายเข้าหอผู้ป่วยในลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมระหว่าง กลุ่มทดลองพบมากกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนแบบจำเพาะ พบว่าอัตราการภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักไม่พบในกลุ่มทดลอง แต่พบในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 7.70 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงได้ระหว่างการรักษา^{11,12} จากการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองจากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มในการลดลงของภาวะปอดอักเสบจาก การสูดสำลักและการเกิดแผลกดทับเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก็ พบว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม ซึ่งสอดคล้องกับ งานศึกษาอื่น ๆ ในด้านการลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของรุจา ปิ่นน้อย และคณะ¹⁰ พบว่า การพัฒนาระบบประเมินเฝ้าระวังอาการทรุดลงช่วยลดอัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยอัตราการลดลงจากร้อยละ 27.28 ในกลุ่มควบคุมเป็นร้อยละ 9.09 ในกลุ่มทดลอง และการศึกษาของสาลี ผ่องสว่าง และคณะ¹¹ ผลการใช้แนวทางการพยาบาล แบบ ABCs พบว่าภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 34.60 เป็นร้อยละ 23.10 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออก ในสมอง จากการประยุกต์แนวคิด 7 Aspects model of care ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยที่มี ภาวะเลือดออกในสมองมีแนวโน้มที่จะลดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักและแผลกดทับ รวมถึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ผลการศึกษานี้จึงส่งเสริมให้เห็นศักยภาพในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในสมอง

สรุปผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากการประยุกต์แนวคิด 7 Aspects Model of Care ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง มีแนวโน้มที่จะลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยทั้งในแผนกฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วย ลดภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักและแผลกดทับ และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย ผลการศึกษานี้ส่งเสริมให้เห็นศักยภาพ ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในภาวะเลือดออกในสมองผ่านแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

แม้ว่าการศึกษานี้จะพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ข้อจำกัดสำคัญคือขนาดตัวอย่างที่ไม่เท่ากันระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผลมาจากระยะเวลาที่จำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แม้ว่าจะใช้การทดสอบของ Fisher's exact test เพื่อปรับให้เหมาะสมกับความไม่สมดุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่อาจยังส่งผลต่อความแม่นยำของค่าประมาณทางสถิติและความแม่นยำ ของผลลัพธ์ นอกจากนี้ ขนาดตัวอย่างที่จำกัดในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการสรุปผลไปยังประชากรในวงกว้าง



ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายระยะเวลาการประเมินผลการพยาบาลและพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมมากกว่า 72 ชั่วโมงแรก เพื่อให้สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก แผลกดทับ และภาวะ Hypoglycemia/Hyperglycemia
2. ควรมีกระบวนการส่งกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลผลการรักษาที่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้
3. ควรมีการศึกษาที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและมีความสมดุมากขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันผลการศึกษานี้และเพิ่มความน่าเชื่อถือทางสถิติ

References

1. Middleton S, Grimley R, Alexandrov AW. Triage, treatment, and transfer: evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*. 2015;46(2):18–25.
2. Parry-Jones AR, Sammut-Powell C, Paroutoglou K, Birlison E, Rowland J, Lee S, et al. An intracerebral hemorrhage care bundle is associated with lower case fatality. *Ann Neurol*. 2019;86(4):495–503.
3. Shoamanesh A, Patrice Lindsay M, Castellucci LA, Cayley A, Crowther M, de Wit K, et al. Canadian stroke best practice recommendations: management of spontaneous intracerebral hemorrhage, update 2020. *Int J Stroke*. 2021;16(3):321–41.
4. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlatshahi D, Francis B, Goldstein JN, et al. 2022 Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2022;53(7):282–361.
5. Information and Technology Center, Ministry of Public Health. HDC - Report [Internet]. 2024 [cited 4 Mar 2025]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2024&source=pformatted/format1.php&id=7ac059f4e4e3d08750d2ee23600556af&cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3
6. Patra DP, Açıç O, Hudson M, Blech B, Kumar G, Vanderhye VK, et al. Clinical presentation and acute triage of ischemic stroke, intracranial hemorrhage, and subarachnoid hemorrhage [Internet]. 2025 [cited 4 Mar 2025]. Available from: https://thieme-webshop.cstatic.io/media/35/66/24/1724237946/9781638536345_sample_pages.pdf
7. Richards CT, Oostema JA, Chapman SN, Mamer LE, Brandler ES, Alexandrov AW, et al. Prehospital stroke care part 2: on-scene evaluation and management by emergency medical services practitioners. *Stroke*. 2023;54(5):1416–25.
8. Sathira-Angkura T, Wongsuvansiri S, Kladjompong P. Development of guideline for nursing service development according to service plan policy: a report of the project implementation. *Health Science Journal of Thailand*. 2019;28(5):874–84. (in Thai).



9. Krongjit L. Nursing patients with Subdural hematoma to prevent severe cerebral hemorrhage using the Critical Early Warning System (MEWS). *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi.* 2021;(4)1:40-54. (in Thai).
10. Pin-noi R, Bunchucherd P, Bua-Lad N, Tongpeth J. The Development of an Assessment System on Clinical Deterioration Monitoring Using Phachomklao Modified Early Warning Sign Scores (PCK MEWS Scores) among Intracerebral Hemorrhage Patients. *Journal of Nursing and Public Health Research.* 2021;1(3):72-88. (in Thai).
11. Pongsavang S, Anpunya C, Poonsem S. Development of ABCs Nursing Practice Guideline for Acute Hemorrhagic Stroke Patients in the Surgical Intensive Care Unit at Chiang Mai Neurological Hospital. *Journal of the Department of Medical Services.* 2020:78-85. (in Thai).
12. Siriprapapol S, Somkid P, Supawee D. Development of a care system for hemorrhagic stroke patients from hypertension at Somdetphraphutthaloetla Hospital, Thailand. *Journal of Health Science of Thailand.* 2022;1(3):353–64. (in Thai).
13. Kaewsuay C, Chaiviboontham S, Chumnanvej S. Development and feasibility study the usage of clinical practice guidelines of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice.* 2024;11(2):135-50. (in Thai).
14. Sathira-Angkura T, Wongsuvansiri S, Kladjompong P. Development of guideline for nursing service development according to service plan policy: a report of the project implementation. *Health Science Journal of Thailand.* 2019;28(5):874-8. (in Thai).
15. Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital. Nakhon Ratchasima. Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital Patient Statistics. 2024. Nakhon Ratchasima [Intranet]. 2024. [cited 5 Jan 2025] Available from: [https:// www.mhrintranet.th](https://www.mhrintranet.th).
16. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency severity index, version 4: implementation handbook. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2005;1.
17. Nursing Division Ministry of Public Health, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guidelines for the Development of Nursing Service Systems: Service Plan [Internet]. 2018 [cited 5 Mar 2025]. p. 183–4. Available from: https://www.don.go.th/?page_id=917.
18. Suthawan S, Panida P, Nisakorn H. Development of clinical nursing model for acute ischemic stroke in hospital with 7 aspects model of care. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong.* 2022;6(3):1-18. (in Thai).
19. Kemmis S, McTaggart R. *The action researcher planner.* Victoria, Australia: Deakin University; 1988.
20. McNiff J. *Action research: Principles and practice.* Routledge; 2013.
21. Joanna Briggs Institute. JBI Critical Appraisal Tools JBI [Internet]. [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
22. Sumalee S, Warangkhan K, Chintana W, Chartthong W. The effects of clinical nursing practice guideline development on nursing outcomes in patients with traumatic brain injury. *Journal of Health and Nursing Education.* 2022;28(2):1-18. (in Thai).



23. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, Consortium ANS. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016;352.
24. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):839–42.
25. Weeranan Y, Aimorn J. Clinical practice guidelines for the management of anxiety and depression in patients with stroke: a systematic review. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021;29(2):161-76. (in Thai).
26. Jay D, Wheatley R, Smith L, Davis KJ. Time is brain, so we must BEFAST: improving stroke identification and triage in a rural emergency department. *Emerg Med Australas*. 2024; 36(3):413–20.
27. Zachrisson KS, Goldstein JN, Jauch E, Radecki RP, Madsen TE, Adeoye O, et al. Clinical performance measures for emergency department care for adults with intracranial hemorrhage. *Ann Emerg Med*. 2023;82(3):258–69.
28. Zhao J, Li Q, Gao M. Application of modified early warning score in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage after neurosurgery. *Altern Ther Health Med*:10462.
29. Silva JAD, Emi AS, Leão ER, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Emergency severity index: accuracy in risk classification. *Einstein (Sao Paulo)*. 2017;15(4):421-7.
30. Manning L, Hirakawa Y, Arima H, Wang X, Chalmers J, Wang J, et al. Blood pressure variability and outcome after acute intracerebral haemorrhage: a post-hoc analysis of INTERACT2, a randomised controlled trial. *Lancet Neurol*. 2014;13(4):364–73.
31. Li Q, Morotti A, Warren A, Qureshi AI, Dowlatshahi D, Falcone G, et al. Intensive blood pressure reduction is associated with reduced hematoma growth in fast bleeding intracerebral hemorrhage. *Ann Neurol*. 2024;95(1):129–36.
32. Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, Chou SHY, Cruz-Flores S, Dangayach NS, et al. 2023 Guideline for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2023;54(7):314–70.
33. Alexandrov AW, Palazzo P, Biby S, Doerr A, Dusenbury W, Young R, et al. Back to basics: adherence with guidelines for glucose and temperature control in an American comprehensive stroke center sample. *J Neurosurg Nurs*. 2018;50(3):131–7.
34. Hemphill III JC, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015;46(7):2032–60.
35. Sirisaen K, Chaiviboontham S, Phornsuwannapha S. Development and implementation of a clinical nursing practice guideline for prevention and management of increased intracranial pressure in hemorrhagic stroke patients. *SAGE Open Nurs*. 2024;10:1-11
36. Hannawi Y, Hannawi B, Rao CPV, Suarez JI, Bershada EM. Stroke-associated pneumonia: Major advances and obstacles. *Cerebrovascular Diseases*. 2013;35(5):430–43.
37. Yang G, Xu M, Chen W, Qiao X, Shi H, Hu Y. A brain CT-based approach for predicting and analyzing stroke-associated pneumonia from intracerebral hemorrhage. *Front Neurol*. 2023;14.



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม

เจริญชัย หมื่นหล่อ พย.ม.^{1,3}
อรอุมา แก้วเกิด ปร.ด.¹
จินตพัทธ์ จันทะโคตร พย.ม.²

(วันรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 11 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 18 มีนาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของปัจจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 107 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความสามารถส่วนบุคคล 3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อสม. และ 5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .72, .79, .95 และ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบทีแบบอิสระ วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความสามารถส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก รายได้และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม.มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่ามีปัจจัย 5 ด้านคือ 1) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. 2) อาชีพค้าขาย 3) สถานภาพโสด 4) รายได้ของอสม.และ 5) อาชีพเป็นพนักงาน สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานของ อสม.ได้ ร้อยละ 60

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: charoenchai19@gmail.com Tel: 089-4191901



Factors Predicting Health Literacy Regarding Type 2 Diabetes among Village Health Volunteers in Nakhon Phanom Province.

Charoenchai Muenhor M.N.S.^{1,3}

Onuma Keawkerd Ph.D.¹

Jintapak Chanthakot M.N.S.²

(Received Date: February 11, 2025, Revised Date: March 11, 2025, Accepted Date: March 18, 2025)

Abstract

This study is descriptive predictive research which aimed to examine the levels of the factors, relationships, and predictors of health literacy related to type 2 diabetes among village health volunteers (VHVs) in Nakhon Phanom Province. The sample size was calculated using statistical software which determined the appropriate size to be 107 participants who were then selected through multistage sampling. The research instrument was a questionnaire consisting of five sections: (1) personal information, (2) personal competence, (3) social support, (4) motivation for performing VHV duties, and (5) health literacy related to diabetes. The Cronbach's alpha coefficients of sections 2 through 5 of the questionnaire were .72, .79, .95 and .78, respectively. Data were analyzed using Independent t- tests, one-way ANOVAs, Pearson's correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis.

The research findings indicated that most VHVs had high levels of personal competence, social support, motivation for performing VHV duties, and health literacy related to type 2 diabetes. Income and occupation had a low positive correlation with VHVs' health literacy regarding diabetes, with statistical significance at the .05 level. Personal competence and social support had a low positive correlation with VHVs' health literacy regarding type 2 diabetes, with statistical significance at the .001 level. Motivation for performing VHV duties had a strong positive correlation with VHVs' health literacy regarding type 2 diabetes, with statistical significance at the .001 level. Five factors were identified as predictors of VHVs' health literacy regarding diabetes: (1) motivation for performing VHV duties, (2) occupation as a trader, (3) single marital status, (4) income, and (5) occupation as an employee. These factors collectively predicted 60% of the variance in health literacy regarding diabetes.

Keywords: health literacy, type 2 diabetic, village health volunteers

¹Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

²Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

³Corresponding author, Email: charoenchai19@gmail.com Tel: 089-4191901



บทนำ

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยในปัจจุบันคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีหลายโรคแต่ที่เป็นปัญหาหลัก 5 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอีกหนึ่งโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งคือ โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นตามมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพราะเบาหวานเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์อันเนื่องมาจากความบกพร่องของฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ทั้งที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ประเภทเฉียบพลันและประเภทเรื้อรัง มักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่เป็นระยะเวลานานทำให้เส้นเลือดแดงทั้งที่เป็นหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่แข็งและตีตัน ส่งผลให้อวัยวะหลายส่วนขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเหตุให้อวัยวะเหล่านั้นเสื่อมสมรรถภาพและพิการ¹⁻⁴ นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตของประชากรเพิ่มขึ้น เช่น โอกาสในการเข้าถึงสังคมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้น้อยลง รวมทั้งผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจาก ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา การสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพทั้งของผู้ป่วยเองและผู้ดูแล และผลกระทบอื่น ๆ อีกมากมาย⁵ และแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานก็มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588⁶ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.70 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที ในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3.30 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.10 ต่อประชากรแสนคน)⁷ นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจากปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 564.78, 609.07 และ 644.11 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดนครพนม พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยปีงบประมาณ 2565- 2567 มีจำนวน 470.41, 545.04 และ 538.67 ตามลำดับ⁹ การลดปัญหาและอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน โดยการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะขับเคลื่อนผ่านหน่วยงานต่าง ๆ ที่เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ช่วยให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง^{10,11} ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมักมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต เบาหวานขึ้นตา และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้หากมีการบริหารจัดการโรคอย่างเหมาะสม¹⁰

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ“อสม.” เป็นทรัพยากรกำลังคนในชุมชนที่มีสำคัญมากต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพของไทยเนื่องจากเป็นผู้ที่มีได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนซึ่งช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี^{12,13} ทั้งการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนและยังทำหน้าที่สื่อสารบอกต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพการเฝ้าระวังคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน การติดตามให้ผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจรักษาตามนัดรวมทั้งการรับส่งยารักษาโรคเบาหวานให้กับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนด้วย ดังนั้นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นกลุ่มคนที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้เป็นอย่างมาก การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ อสม. จึงมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม. รายได้ของ อสม. การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการทำหน้าที่ของ อสม. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ความสามารถในการอ่าน พูดและเขียนของ อสม. ระดับการศึกษาของ อสม.¹⁴⁻¹⁹ ซึ่งการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ศึกษาสัมพันธ์หรือทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคอื่น ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนมเพื่อจะได้ข้อมูลในการประกอบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

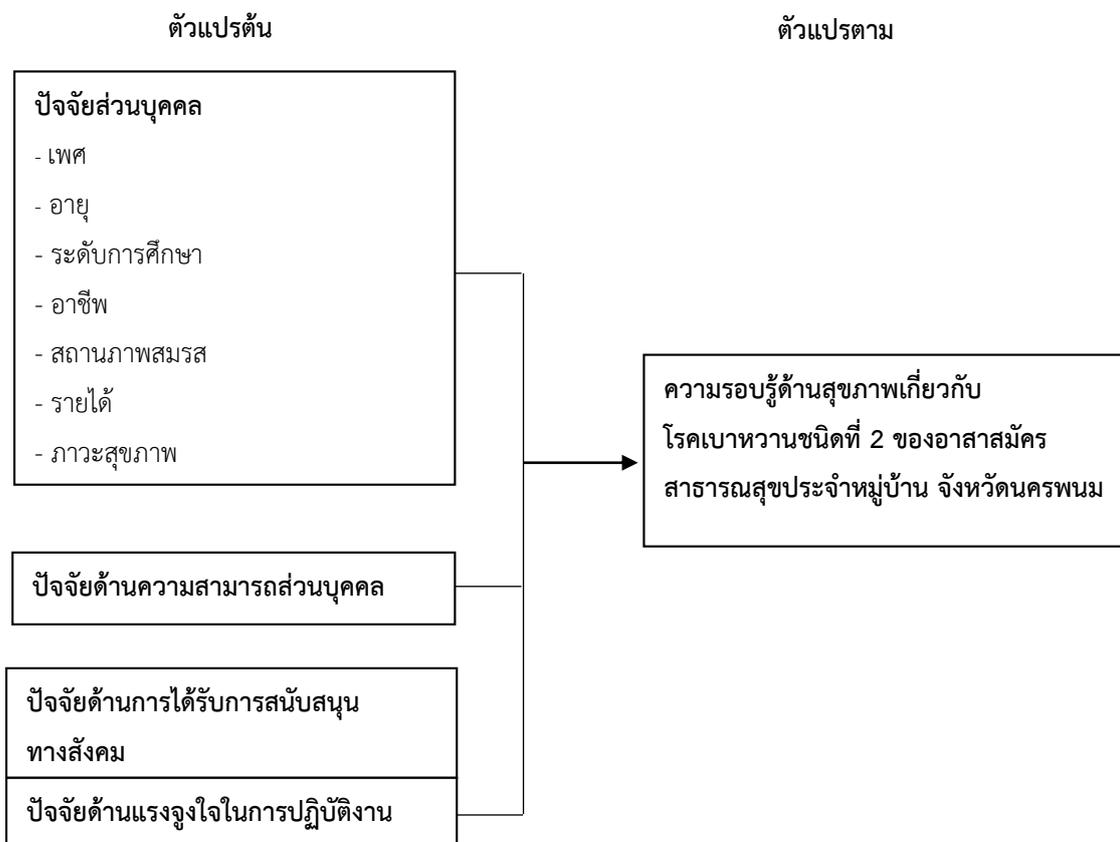
1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคลการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. จังหวัดนครพนม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. ต่อการทำนายความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. จังหวัดนครพนม จำนวน 13,416 คน ซึ่งดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาปัจจัยการทำนายต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. จังหวัดนครพนม โดยมีปัจจัยดังนี้ 1)ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านความสามารถส่วนบุคคล 3) ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีรายละเอียดดังนี้
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในจังหวัดนครพนมประจำปีพ.ศ. 2567 จำนวน 13,416 คน
คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 และ
ค่า α ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ
ตามสัดส่วนประชากร (Proportional allocation) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยแบ่งประชากร ในพื้นที่เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) อำเภอโพนเหนือ
ประกอบด้วย 6 อำเภอ คือท่าอุเทน ศรีสงคราม นาหว้า นาทม บ้านแพง และโพนสวรรค์ 2) อำเภอโพนใต้ ประกอบด้วย 6
อำเภอ คือ เมืองนครพนม ชาติพนม เรณูนคร วังยาง นาแก และปลาปาก

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มจำนวนอำเภอจากโพนเหนือและโพนใต้โชนละร้อยละ 50
ได้โชนละ 3 อำเภอ รวมเป็น 6 อำเภอ สุ่มตำบลจากแต่ละอำเภอ ๆ ละร้อยละ 50 และสุ่มหมู่บ้านจากแต่ละตำบล ๆ ละ ร้อยละ 50

ขั้นที่ 3 การสุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านโดยให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจในการตอบแบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ
ตำบลในเขตจังหวัดนครพนม ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ และ 3) อ่านและเขียน
ภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหา ในการติดต่อสื่อสาร เกณฑ์คัดออกคือกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจาก
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 5 ตอนรวม 74 ข้อประกอบด้วย

ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล สอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการเยี่ยมบ้าน การฟัง การพูด การอ่าน การเขียน
การใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์ในการหาข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรมหรือการอบรมจากเจ้าหน้าที่ การเดินทางไปที่หาหน้าที อสม.
ในชุมชนและ การประเมินปัญหา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)
โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 3 ระดับ รวมทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.35 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สอบถามเกี่ยวกับ การยกย่องชมเชย ได้รับกำลังใจใน
การปฏิบัติงาน ได้รับความร่วมมือ การให้ข้อเสนอแนะ การสนับสนุนอุปกรณ์ การให้ข้อมูลความรู้ โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom)²⁰ รวมทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ

แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.35 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย



ตอนที่ 4 แบบประเมินแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. สอบถามเกี่ยวกับ การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ด้านการยอมรับนับถือด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงานโดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 5 ระดับ รวมทั้งหมด จำนวน 16 ข้อ

แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 5 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 6 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8 ข้อ และ 4) การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 7 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดให้เลือกตอบคำถาม 5 ระดับ รวมทั้งหมดจำนวน 29 ข้อ

แปลผลโดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่า อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่า อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่า อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของ แบบสอบถามปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และแพทย์เฉพาะด้านอายุรกรรม ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ทุกข้ออยู่ในช่วง .67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ ตรงตามคุณลักษณะประชากรในงานวิจัย คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามความสามารถส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และความรู้ด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .72, .79, .95 และ .78 ตามลำดับ

วิธีการเก็บข้อมูล

- ผู้วิจัยดำเนินการโครงการวิจัยหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้
1. ประสานหน่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ในการเก็บข้อมูล
 2. ชี้แจงคณะผู้วิจัยเพื่อให้เข้าใจแบบสอบถามให้ตรงกัน
 3. เข้าพบและแนะนำตัวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ประโยชน์ ความเสี่ยงและจริยธรรมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
 4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ทำการแจกแบบสอบถามปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม
 5. รวบรวม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล



จริยธรรมการวิจัย

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ใบรับรองจริยธรรม คือ HE4868 No.48/2568 ผู้วิจัยทำการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้วิจัยจัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแนบไปกับส่วนหน้าของแบบสอบถาม เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยและสิทธิ์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดที่ไม่สะดวกหรือทำให้เกิดความคับข้องใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว โดยใช้การแจกแจงด้วยความถี่ และ ร้อยละ
2. การศึกษาความสามารถส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุ รายได้ ความสามารถส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนมโดยสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ และการมีโรคประจำตัวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนมโดย Independent t-test
5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับการศึกษา อาชีพและสถานภาพสมรสกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนมโดยใช้ One way ANOVA
6. การศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.90) อายุเฉลี่ย 54.79 ปี (S.D. =9.06) การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43) รองลงมาเป็น จบชั้นมัธยมศึกษาต้นปลาย/ปวช. (ร้อยละ38.30) มีรายได้เฉลี่ย 5,245.42 บาท/เดือน (S.D.=3,970.87) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่และทำสวน (ร้อยละ75.7) รองลงมาทำอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ10.30) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.40) และโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ66.40)
2. การศึกษาระดับความสามารถส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความสามารถส่วนบุคคลอยู่ในระดับมาก (Mean=2.63 , S.D.=.23) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.67 , S.D.=.35) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. (Mean=4.31 , S.D.=.49) และการรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก(Mean=4.09 , S.D.=.52) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม.(n=107)

ข้อมูล	Mean	S.D.	ระดับ
ความสามารถส่วนบุคคล	2.63	.227	มาก
การสนับสนุนทางสังคม	2.67	.350	มาก
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม.	4.31	.486	มาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	4.09	.518	มาก

3.ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยพบว่า รายได้และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ($r=.199$ และ 2.436 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ความสามารถส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ($r=.393$ และ $.326$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$ ส่วนแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ($r=.695$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$ ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) และ p -values ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติงานเป็น อสม.กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. (n=107)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p -value
1.ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	-.934	.404
อายุ	-.008	.931
ระดับการศึกษา	.799	.528
รายได้	.199	.040 *
อาชีพ	2.436	.031*
สถานภาพสมรส	.600	.551
การมีโรคประจำตัว	-1.004	.266
2.ความสามารถส่วนบุคคล	.393	.000**
3.การสนับสนุนทางสังคม	.326	.001**
4.แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม.	.695	.000**

* p -value < .05, ** p -value < .01, *** p -value < .001

4. ตัวแปรที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. และสมการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม จากการวิจัยพบว่า มีปัจจัย 5 อย่างที่สามารถอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 60 ($R^2 = .600$, $F = 6.275$, $p < .014$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. ($\beta = .686$, $p < .0001$) อาชีพค้าขาย($\beta = -.181$, $p = .005$) สถานภาพโสด($\beta = .186$, $p = .004$) รายได้ของอสม. ($\beta = .167$, $p = .009$) และ อาชีพเป็นพนักงาน($\beta = .158$, $p = .014$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. (n=107)

ตัวแปร	b	S.E.	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	.224	.440	-	.509	.612
แรงจูงใจการปฏิบัติงาน เป็นอสม. (X1)	.732	.068	.686	10.746	.000**
อาชีพค้าขาย(X2)	-.356	.125	-.181	-2.850	.005*
สถานภาพโสด(X3)	.364	.124	.186	2.934	.004*
รายได้ของอสม.(X4)	2.184E-5	.000	.167	2.653	.009*
อาชีพเป็นพนักงาน(X5)	.602	.240	.158	2.505	.014*

R Square (R²)= .600 Adjust R Square (AR²)=.580 Std. Error of the Estimate (S.E.)=.33594 F=6.275 Sig=.014

*P-value <.05, ***p-value < .001

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$Y = 0.224 + 0.730(X1) - 0.356(X2) + 0.364(X3) + 2.184E-5(X4) + 0.602(X5)$$

สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน

$$Z = 0.686(X1) - 0.181(X2) + 0.186(X3) + 0.167(X4) + 0.158(X5)$$

การอภิปรายผล

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความสามารถส่วนบุคคลต่อการปฏิบัติหน้าที่อสม. การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติหน้าที่ แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. อยู่ในระดับมาก (Mean=4.31, 2.67 และ 4.31 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้ทำหน้าที่ อสม. ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ การมีคุณค่าในตนเองในการได้ทำหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพให้คนในชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน รวมทั้งการได้เป็น อสม. ยังมีโอกาสในการได้รับการพัฒนาตนเองด้านการดูแลสุขภาพและเข้ารับการอบรมต่าง ๆ มากกว่าประชาชนทั่วไป ทำให้มีความรู้และนำมาใช้ในการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวด้วย นอกจากนี้การเป็น อสม. ถึงแม้จะเป็น อาสาสมัครแต่ก็ได้รับค่าตอบแทนและสิทธิสวัสดิการทางการดูแลสุขภาพด้วย จึงส่งผลให้ อสม. มีความตั้งใจในการพัฒนาความสามารถของตนเอง และยังได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวให้ทำหน้าที่นี้เป็นอย่างดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา เหมือนภู¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับนับถือในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่ปัจจัยที่เข้ามาทำหน้าที่ อสม. เนื่องจากมีใจรัก ต้องการการยอมรับนับถือจากสังคม ต้องการมีสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน ต้องการได้รับสิทธิพิเศษ สวัสดิการ และประโยชน์เกื้อกูลต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราพร สหวิริยะสิน และ กมลวรรณ สุวรรณ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนอยู่ในระดับมาก (Mean=54.48, S.D.=9.83)

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนา อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในมิติต่าง ๆ มากขึ้น หรือบ่อยครั้งขึ้นเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับ อสม.ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ง่ายและสะดวกขึ้นจึงทำให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้นด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ บัวชุม²¹ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจ้าว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 45.74 และอยู่ในระดับดีร้อยละ 39.01



3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอสม. จังหวัดนครพนม ผลการวิจัยพบว่า อาชีพ ความสามารถส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. แต่แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม.มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ อสม.มีความสามารถส่วนบุคคลในด้านการใช้สมาร์ทโฟน การเข้าร่วมอบรมเรื่องต่าง รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนทั้งการให้ข้อมูลให้ความรู้ การให้กำลังใจและการสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในการทำงานจึงทำให้อสม.มีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ง่ายและสะดวกมากขึ้นจึงส่งเสริมให้มีความรู้เพิ่มขึ้นตามมาด้วย รวมทั้งการได้ปฏิบัติงานทำหน้าที่เป็น อสม.ยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดโอกาสและมีสถานการณ์ให้ได้ประเมินข้อมูล ความรู้จากที่ได้รับมาใช้ในการปฏิบัติงานจริงจึงเป็นผลให้ อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงศ์คราญ ชูอินทร์ และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่าการให้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของ อสม.ของ กทม. ($r = .551, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ บุญมัน¹⁴ ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ได้แก่ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่านและความสามารถในการเขียน ($p = < .001, < .001, .007$ และ $.001$ ตามลำดับ) แตกต่างจากการศึกษาของ ชนาธิป ไชยเหล็ก²² ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของ อสม.ในเขตเทศบาลเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคมีเพียงตัวแปรเดียวคือ ระดับการศึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องจากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่จบระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีในกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลเมืองกาญจนบุรีสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครพนม จึงทำให้จึงมีความสัมพันธ์กับความรู้ซึ่งต่างจากกลุ่มตัวอย่างของจังหวัดนครพนมที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปน้อย

4. ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 ปัจจัยคือ 1) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็น อสม. 2) อาชีพค้าขายของ อสม. 3) สถานภาพโสด 4) รายได้ของอสม. และ 5) อาชีพเป็นพนักงานของ อสม. ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ อสม.ที่มีแรงจูงใจในการเป็น อสม.สูงมีแนวโน้มที่จะสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่ชุมชนและดูแลสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ทางสุขภาพ การประกอบอาชีพค้าขายของอสม.อาจมีข้อจำกัดด้านเวลาในการเข้าถึงข้อมูล และความรู้ การอบรมพัฒนาศักยภาพของอสม. รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆตามบทบาทของ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทำให้อสม.กลุ่มนี้มีความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าอสม.กลุ่มอาชีพอื่น ๆ ได้อสม.ที่มีสถานภาพโสดอาจมีเวลาทำหน้าที่ อสม.มากกว่าผู้ที่มีการครอบครัว ทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรม อสม. รวมถึงการฝึกอบรมและการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้มากกว่า นอกจากนี้ อสม.โสดอาจมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเองเพื่อสร้างโอกาสในการเติบโตทางอาชีพและสังคม รายได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและการศึกษาด้านสุขภาพ อสม.ที่มีรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะสามารถลงทุนในการค้นคว้าหา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรู้เพิ่มเติมได้มากขึ้น ส่วนอสม.ที่ทำงานเป็นพนักงานในองค์กรต่าง ๆ อาจมีทักษะด้านการบริหารจัดการและสามารถการค้นคว้าและเข้าถึงความรู้ได้ง่ายทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ง่าย ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ บุญมัน¹⁴ ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ได้แก่ 1) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\beta = .606, p < .0001$) และ 2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($\beta = .046, p < .0001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงศ์คราญ ชูอินทร์ และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรุงเทพมหานคร ได้แก่ รายได้ ($\beta = .100, p = .013$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สนินาท วราโรค และ คณะ¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดาในหญิงตั้งครรภ์ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดาได้แก่ รายได้ครอบครัว ($\beta = .172, p < .005$)



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะให้ความสำคัญกับการเพิ่มความสามารถส่วนบุคคลของ อสม.ในด้านต่างให้มากขึ้น เช่น ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการวิเคราะห์ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

1.2 การคัดเลือกคนที่จะเข้ามาทำหน้าที่ อสม.ควรคัดเลือกคนที่มีเวลา มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีพ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนด้วยเพื่อให้ได้ อสม.ที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานของ อสม.เช่น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความรับผิดชอบ การพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ข้อจำกัดการวิจัย

ค่าสัมประสิทธิ์ความตรงตามเนื้อหา (IOC) บางรายการต่ำกว่า .80 ซึ่งอาจเป็นเพราะเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อนและลดความน่าเชื่อถือลง

References

1. Photisat S, Literature review: Current situation and service models for chronic non-communicable diseases. Nonthaburi: Art Qualify; 2014. (in Thai)
2. Forbes JM, Cooper ME. Mechanisms of diabetic complications. *Physiol Rev.* 2013;93:137-88.
3. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas 2019. [Internet]. Available from: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf
4. Arunrat S, Lampai S. Diabetes care: The role of nurses in tertiary hospitals. *Journal of Nurse and Public Health Chaiyaphum.* 2022;1(1):8-14. (in Thai)
5. Department of Disease Control. Thailand's Action Plan for Non-Communicable Disease Prevention and Control (2023-2027) [Internet]. 2024 [cited 2024 May 17]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf> (in Thai)
6. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report on NCDs 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1392420230228064621.pdf> (in Thai)
8. Ministry of Public Health. Health Data Report [Internet]. 2024 [cited 2024 May 17]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/search.php?search=%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%99> (in Thai)
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072-8.
10. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007; 31(Suppl1):S19-26.



11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
12. Health Service Support Department, Ministry of Public Health. Handbook for staff training courses: Smart Village Health Volunteers (VHV) and VHV home care program 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 May 17]. Available from: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204252089496483.pdf (in Thai)
13. Panyaphon S. The role of village health volunteers (VHV) in local public health: A case study of Nong Huapho Subdistrict Administrative Organization [Internet]. 2023 [cited 2024 May 17]. Available from: https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2023/TU_2023_6503011378_18163_28590.pdf (in Thai)
14. Boonman T. Factors affecting health literacy among village health volunteers in Sukhothai Province [Master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
15. Wararok S, Rattinthorn A, Limrueangrong P. Factors influencing maternal health literacy among pregnant women. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2020;35(1):86-98. (in Thai)
16. Chuin N, Lagampan S, Amnatsatsue K. Factors associated with health literacy on diabetes among Bangkok community health volunteers. *Journal of Health and Nursing Research*. 2022;38(1):254-67. (in Thai)
17. Chayada I. A study of factors affecting health literacy among village health volunteers in Dan Thap Tako Subdistrict, Chom Bueng District, Ratchaburi Province. *J Allied Health Sci Community Health*. 2024;1(1):59-80. (in Thai)
18. Muangku W. Factors related to the recognition of community health volunteers in the Southern Region of Thailand. *Health Science Journal of Thailand*. 2022;4(3):94-103. (in Thai)
19. Sahawiriyasit A, Suwan K. Factors influencing compliance with tuberculosis prevention and control guidelines among village health volunteers. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2024; 42(4):e274249 (in Thai)
20. Bloom BS. *Taxonomy of education*. New York: David McKay Company; 1975.
21. Banchawan B. Health literacy and health behaviors of village health volunteers (VHVs) in Pangiew Subdistrict, Wiang Pa Pao District, Chiang Rai Province. *Department of Health Service Support Journal*. 2020;16(3):49-58. (in Thai)
22. Chailek C. Factors associated with health literacy in disease prevention and control among village health volunteers in Kanchanaburi Municipality, Kanchanaburi Province. *Maharakham Hospital Journal*. 2024; (Special Issue Mar-Jun):85-96. (in Thai)



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต

พนิดา เชียงทอง ป.พ.ส.¹ สุรัชณา พงษ์ประสุวรรณ พย.ม.²

ปัญญาพร เจริญสุข พย.บ.² ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว พย.ม.³

ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ ค.ด.⁴

(วันรับบทความ: 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 12 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 18 มีนาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและองค์กร การดำเนินการวิจัยมี 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล และ 2) การนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต จำนวน 30 ราย และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวปฏิบัติที่มีคะแนนคุณภาพโดยรวม จาก AGREE II ร้อยละ 85.33 แบบประเมินความรู้ของหญิงตั้งครรภ์แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจในการให้บริการและการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์และค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลใน 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแรกรับ 2) ระยะเฉื่อย 3) ระยะเร่งและระยะคลอด และ 4) ระยะหลังคลอด ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 96.70 มีระดับของแมกนีเซียมอยู่ในระดับของการรักษา ร้อยละ 100 ได้รับการจัดการกับอาการรบกวน มีความพึงพอใจในการให้บริการในระดับมากที่สุดและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ .05 และไม่เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

คำสำคัญ: ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

¹พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

²พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

³อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จ. นครราชสีมา

⁴รองศาสตราจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จ. นครราชสีมา

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: sujirat@sut.ac.th Tel: 085-0111160



Development of Nursing Practice Guidelines for Pregnant Women with Preeclampsia with Severe Features and Receiving Magnesium Sulphate.

Panida Chiangtong Dip.N.S.¹ Suratchana Pongporasuwan M.N.S.²
Punchaphon Charoensuk B.N.S.² Sujirat Punyakaew M.N.S.³
Srikiat Aanansawat Ph.D.⁴

(Received Date: February 7, 2025, Revised Date: March 12, 2025, Accepted Date: March 18, 2025)

Abstract

This action research was conducted to develop clinical nursing practice guidelines (CNPNG) for pregnant women with preeclampsia with severe features who received magnesium sulphate and to study their effectiveness and outcomes in terms of the service recipients, service providers, and the organization. The research was divided into two phases including 1) the development of CNPNG according to the Iowa Model and 2) the implementation of the developed CNPNG. The sample consisted of two groups, specifically: 1) thirty pregnant women with preeclampsia with severe features who received magnesium sulphate for treatment and 2) fifteen registered nurses. Assessment of the guidelines by AGREE II standards revealed a guideline quality score of 85.33, and data were collected using a patient knowledge assessment, a nurses' competency assessment, and a satisfaction assessment. The data were analyzed using descriptive statistics and a comparison of the mean knowledge scores of the pregnant women and the mean nursing competency scores of the registered nurses before and after using the CNPNG using dependent t-test.

The results were revealed as follows. The CNPNG consisted of four phases of nursing practices, i.e., 1) the initial admission phase, 2) the latent phase, 3) the active and labor phase, and 4) the postpartum phase. After CNPNG implementation, it was found that 96.70% of the pregnant women had levels of magnesium at the therapeutic level, 100% received symptom distress management, satisfaction with the nursing service was at the highest level, and the mean of the pregnancy knowledge score was significantly higher. In addition, the nurses were satisfied with the CNPNG at a high level, the mean score of nursing competency of the registered nurses was significantly higher, and no adverse events among the pregnant women and their fetuses were found (0%).

Keywords: preeclampsia with severe features, development of nursing practice guidelines, action research

¹Registered Nurse (Senior Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

²Registered Nurse (Professional Level), Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

³Lecturer, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima Province

⁴Associate Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima Province

³Corresponding author, Email: sujirat@sut.ac.th, Tel: 085-0111160



บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Preeclampsia with severe feature) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์¹ จากการศึกษาในแถบภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงที่ร้อยละ 2.43² และจากการรวบรวมข้อมูลของหอผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 -2566 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง เฉลี่ยประมาณร้อยละ 4.33 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด³ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีแนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษตามมาตรฐาน โดยการให้ยาลดความดันโลหิตสูง การยุติการตั้งครรภ์เมื่อเหมาะสม การให้ยาป้องกันการชักโดยการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำและให้ยาแบบต่อเนื่อง⁴ ซึ่งการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำอาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง (Hypermagnesemia) หรือภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงในระดับรุนแรง (Severe Hypermagnesemia)

จากการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ผ่านมา นั้น หอผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบอุบัติการณ์³ (Incident) ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ที่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับ E (เกิดความคลาดเคลื่อนส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ) จำนวน 1 ราย เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) โดยไม่ได้ควบคุมการไหลของสารละลาย (Free flow) ในขณะที่เคลื่อนย้ายจากเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion pump) จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการแขนขาอ่อนแรง หหมดสติ เกิดภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงในระดับรุนแรง ต้องได้รับการรักษาเพิ่ม และในปี พ.ศ. 2561 พบความเสี่ยงในระดับ H (เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ ต้องทำการช่วยชีวิต) จำนวน 1 ราย จากความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา (Prescription error) จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงระดับรุนแรง มีอาการไม่รู้สึกตัว หยุดหายใจ ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit: ICU)

จากการประชุมทบทวนการเกิดอุบัติการณ์และวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากความล่าช้าในการประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง เนื่องด้วยขาดประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษของบุคลากรทางการพยาบาล และขาดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ชัดเจน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2562 หอผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จึงได้ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) พัฒนาแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ตามบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการ (7 Aspects of Care)⁵ ร่วมกับการบันทึกและติดตามระดับของแมกนีเซียมในกระแสเลือด ค่าความดันโลหิต อาการเตือนก่อนการชักและอาการชัก ลงในแบบบันทึกการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia Care Map: PCaM)⁴ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงปลอดภัยจากภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงในระดับที่ส่งผลรุนแรงจนเกิดอันตรายถาวรหรือถึงชีวิต

อย่างไรก็ตาม แนวทางการพยาบาลจากงานพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (CQI) ที่มีอยู่เดิม ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) แนวทางการปฏิบัติมีรูปแบบที่ไม่สะดวกการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง 2) ขาดการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ทันสมัยและน่าเชื่อถือทำให้เกิดข้อสงสัยในการปฏิบัติของพยาบาล 3) แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและจัดการอาการข้างเคียงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์บางรายไม่ได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่า หากอาการข้างเคียง (อาการรบกวน) ดังกล่าวนี้อาจไม่ได้รับการจัดการ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สบาย ไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ เกิดความรู้สึกหงุดหงิด วิตกกังวล และเกิดความเครียด อาจส่งผลให้ระดับค่าความดันโลหิตสูงขึ้น และอาจมีผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือทำให้โรครุนแรงเพิ่มขึ้นได้^{6,7} ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยและทีมการพยาบาล จึงมีแนวคิดที่จะนำผลงาน



การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องเดิมมาพัฒนาเป็นงานวิจัยทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดของไอโวนาโมเดล (The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care: Iowa Model)⁸ ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนางาน เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด (Evidence-based nursing practice) สามารถนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และเป็นรูปธรรม เป็นไปตามประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic areas) ในด้านผู้นำและตอบตัวชี้วัดสำคัญในการพัฒนาบริการพยาบาลตาม Service Plan^{5,9} ส่งผลให้เกิดบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ในด้านผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านองค์กร ดังนี้
 - 2.1) ด้านผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ได้แก่ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับแมกนีเซียมในเลือดอยู่ในระดับของการรักษา ร้อยละของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการจัดการอาการรบกวน ระดับคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล และคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ
 - 2.2) ด้านผลลัพธ์ของผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และคะแนนสมรรถนะการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ
 - 2.3) ด้านผลลัพธ์ขององค์กร ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในทารกแรกเกิด (Hypotonia) อัตราการเกิดภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงระดับรุนแรง อัตราการเกิดภาวะชกจากการประเมินและรายงานล่าช้า และอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ขอบเขตการวิจัย

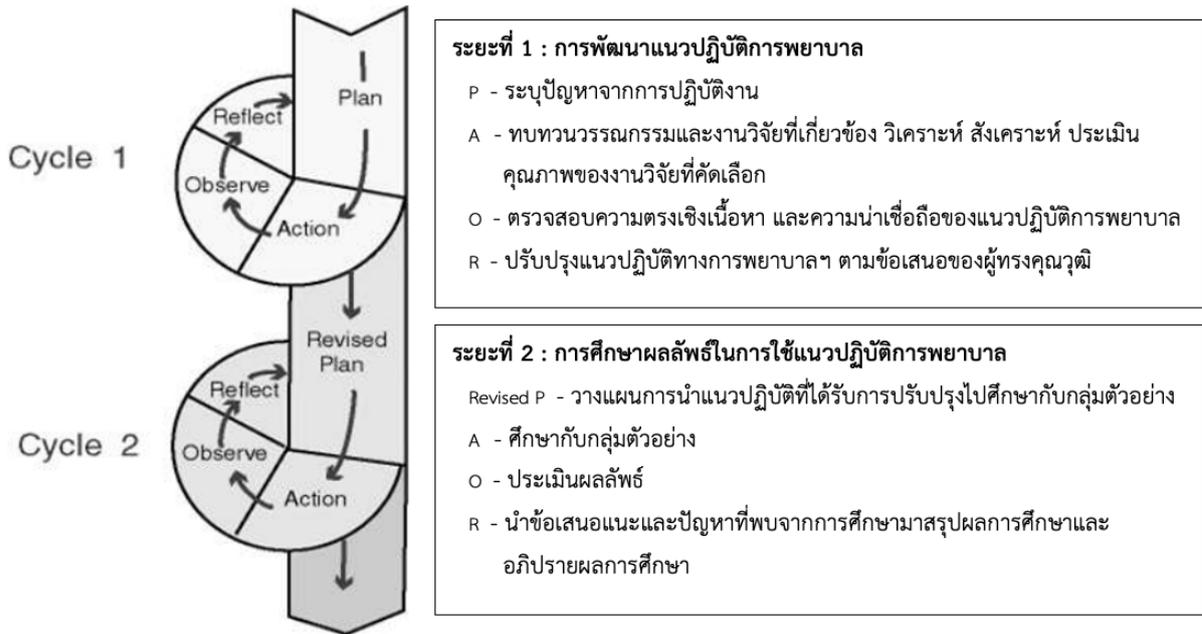
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ¹⁰ (Action research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ศึกษาประสิทธิผล ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและองค์กร ณ หอผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโวนาโมเดล⁸ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต จำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ หอผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 15 คน แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Development of clinical nursing practice guideline) และ 2) ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทำการศึกษา ณ หอผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของไอโวนาโมเดล⁸ ซึ่งเป็นแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มาพัฒนาภายใต้กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกทาเกท¹⁰ โดยมีวงจรในการพัฒนางานที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต อันจะส่งผลไปสู่ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและองค์กร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินภายใต้กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกทาเกาท¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan: P) การปฏิบัติ (Act: A) การสังเกต (Observe: O) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R) ซึ่งเมื่อครบวงจรหนึ่ง ๆ จะพิจารณาปรับปรุงแผน (Replanning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนและแบ่งวิธีการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบและขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต จำนวน 30 ราย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 กำหนดอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) ในระดับปานกลาง 0.50 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลที่เหมาะสมในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.6 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 27 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากสูติแพทย์ว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต 2) ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตหรือกำลังรักษาพยาบาลทางจิตเวช 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ถูกย้ายไปรักษาที่แผนกอื่นหรือถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น



2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยตอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 15 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตอย่างน้อย 5 ปี และ 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานในเวรเช้าระหว่างที่เก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลหึ่งตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์ใช้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล⁸ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 1 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยเครื่องมือ AGREE II¹¹ ซึ่งมีค่าคะแนนภายหลังการประเมินโดยรวมทุกหมวดหมู่มากกว่า ร้อยละ 80 และมีคะแนนภาพรวมด้านคุณภาพของแนวทางปฏิบัติร้อยละ 85.33 สามารถสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับหึ่งตั้งครรภ์ฯ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (PCaM and 7 Aspects of care) ของงานหอผู้ป่วยตอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา¹² เป็นแบบสอบถามประเภทเติมคำตอบโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกให้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อ และข้อมูลด้านสูติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) = 0.80 และส่วนที่ 2 : แบบบันทึกการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (PCaM and 7 Aspects of care) ผู้วิจัยปรับปรุงเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเพิ่มข้อมูลในส่วนของการติดตามอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษตามตามแนวคิบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพและการบันทึกอาการแสดงขณะให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 1.00

2) แบบประเมินความรู้ของหึ่งตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ของงานหอผู้ป่วยตอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา¹² ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการประเมินความรู้ การปฏิบัติตัวของหึ่งตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์ เป็นพิษรุนแรง เป็นข้อคำถามปรนัยแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ ให้เลือกตอบคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว มีค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน มีค่าคะแนนสูงสุด 5 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-Level Content Validity Index: I-CVI) = 0.60 – 1.00 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-Level Content Validity Index: S-CVI) = 0.84 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (KR-20) = 0.70

3) แบบประเมินความพึงพอใจการให้บริการหึ่งตั้งครรภ์ครรภ์เป็นพิษรุนแรง ของงานหอผู้ป่วยตอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา¹² มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าคะแนนเต็ม 5 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) = 0.80 – 1.00 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) = 0.94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.96

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของงานหอผู้ป่วยตอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา¹² เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 1.00



2) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตของงานหอผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา¹² ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ข้อคำถามประเมินความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตเป็นข้อคำถามปรนัยแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว มีค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน มีค่าคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) = 0.80 – 1.00 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) = 0.88 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (KR-20) = 0.70

ส่วนที่ 2 : แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแบบตรวจสอบรายการพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (ปฏิบัติ-ไม่ปฏิบัติ) และบันทึกข้อสังเกตในหัวข้อ “การจัดการกับอาการรบกวน” โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้สังเกตและบันทึก มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 1.00

3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลของ รัตนาภรณ์ ปาลีโนวศ และคณะ¹³ มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนนเต็ม 4 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 0.96 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การระบุปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Plan: P) ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกันระดมความคิด เพื่อระบุปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

2. การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Act: A) ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล ได้แก่ Google Scholar, CINAHL, Scopus, PubMed, ScienceDirect, Wiley, ThaiLIS, ThaiJO ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ค.ศ. 2014 - 2024 หรือ พ.ศ. 2557 - 2567 โดยกำหนดคำสืบค้นภาษาไทย ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล แมกนีเซียมซัลเฟต และคำสืบค้นภาษาอังกฤษ ได้แก่ Preeclampsia, Pregnancy Induced Hypertension, Pregnancy, Nursing practice guideline, Clinical Practice Guidelines, Magnesium sulfate มีเกณฑ์สำหรับการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ 1) เอกสารภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ 2) มีเนื้อหาฉบับเต็ม (Full-Text Databases) จากนั้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ มาประเมินและวิเคราะห์คุณภาพของงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินคุณภาพและจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของ Melnyk & Fineout Overholt¹⁴ และ 2) การประเมินแนวโน้มความสามารถที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ของ Polit, et al.¹⁵

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาล (Observe: O) โดยผู้วิจัยนำต้นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II)¹¹ ก่อนนำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (Reflect: R)

ระยะที่ 2: การศึกษาผลลัพธ์ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. หลังจากที่ได้ปรับปรุง ต้นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Revise plan: P)



2. ดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง (Act: A) และประเมินผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและองค์กร (Observe: O) จากนั้นนำข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบจากการศึกษามาสรุปลผลและอภิปรายผลการศึกษา (Reflect: R)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับแมกนีเซียมในเลือดอยู่ในระดับของการรักษา ร้อยละของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการจัดการอาการรบกวนและระดับคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาล และผลลัพธ์ด้านองค์กร ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในทารกแรกเกิด (Hypotonia) อัตราการเกิดภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงระดับรุนแรง อัตราการเกิดภาวะชักจากการประเมินและรายงานล่าช้า และอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ก่อนและหลังการใช้นวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้นวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติ Dependent t-test

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม ใบบรรองเลขที่ 145/2024 เลขที่โครงการวิจัย 67155 คณะผู้วิจัยทุกคนผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์โดยผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมกับหญิงตั้งครรภ์ก่อนการเข้าสู่ระยะคลอด (Situational cognitive vulnerability) และมีความพร้อมในการตัดสินใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีเวลาพิจารณาถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ผลการวิจัยพบว่า

1) ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Plan: P) โดยจากการประชุมทบทวนการเกิดอุบัติการณ์พบว่า หอผู้คลอดขาดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ชัดเจน และแนวทางที่ใช้ในปัจจุบันนั้น มีข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) ไม่สะดวกในการใช้งาน 2) ขาดการอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) กิจกรรมการพยาบาลยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการดูแลเพื่อลดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต

2) การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Act: A) ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ทั้งหมด 46 เรื่อง ตัดเรื่องที่ซ้ำ/ไม่ตรงประเด็นออก 26 เรื่อง และตัดบทความที่อยู่ในฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิงไทยกลุ่มที่ 3 (TCI) ออก 7 เรื่อง สรุปมีจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด 13 เรื่อง^{4,6,16-26} มีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานระดับที่ 1 จำนวน 1 เรื่อง¹⁶ ระดับที่ 2 จำนวน 1 เรื่อง¹⁷ ระดับที่ 3 จำนวน 1 เรื่อง¹⁸ ระดับที่ 4 จำนวน 2 เรื่อง^{4,19} ระดับที่ 6 จำนวน 5 เรื่อง^{6,20-23} และระดับที่ 7 จำนวน 3 เรื่อง²⁴⁻²⁶ ตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout Overholt¹⁴ แบ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในประเทศไทย จำนวน 8 เรื่อง และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง ซึ่งงานทั้งหมดมีแนวโน้มความสามารถที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติตามเกณฑ์ของ Polit, et al.¹⁵ และความเหมาะสมโดยภาพรวมต่อการนำไปใช้



3) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาล (Observe: O) โดยต้นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลฯ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทั้งในรูปแบบของเนื้อหาและในรูปแบบของแผนภูมิสรุปแนวทางปฏิบัติการพยาบาล มีค่าคะแนนการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติจากผู้ทรงคุณวุฒิด้วยเครื่องมือ AGREE II¹¹ ดังนี้ หมวดที่ 1) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 84.44 หมวดที่ 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 80 หมวดที่ 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 89.17 หมวดที่ 4) ความชัดเจนของการนำเสนอ ร้อยละ 86.67 หมวดที่ 5) การนำไปใช้ ร้อยละ 84.17 หมวดที่ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ร้อยละ 88.33 และมีคะแนนภาพรวมด้านคุณภาพของแนวทางปฏิบัติร้อยละ 85.33 แปลผลว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ได้ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากสูติแพทย์ (Reflect: R) ให้เพิ่มกิจกรรมการพยาบาลในระยะคลอด จากเดิมที่มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแรกเริ่ม (Initial admission phase) 2) ระยะเฉื่อย (Latent phase) และระยะเร่ง (Active phase) และ 3) ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Postpartum phase) ดำเนินการปรับปรุงเป็น 1) ระยะแรกเริ่ม (Initial admission phase) เพิ่มการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ 1 คน ดูแลโดยเฉพาะ (1:1) 2) ระยะเฉื่อย (Latent phase) เพิ่มการดูแลการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตทุก 1-2 ชั่วโมง ขณะที่ได้รับยา 3) ระยะเร่ง (Active phase) และระยะคลอด (Labor phase) เป็นการพยาบาลช่วยเหลือผู้คลอดที่ทำสูติศาสตร์หัตถการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องดูดสุญญากาศและฝักระวังการตกเลือดในระยะคลอดอย่างใกล้ชิด และ 4) ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Postpartum phase) ฝักระวังการตกเลือดในระยะหลังคลอดอย่างใกล้ชิดและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ดังแสดงในภาพที่ 2

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในด้านผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านองค์กร

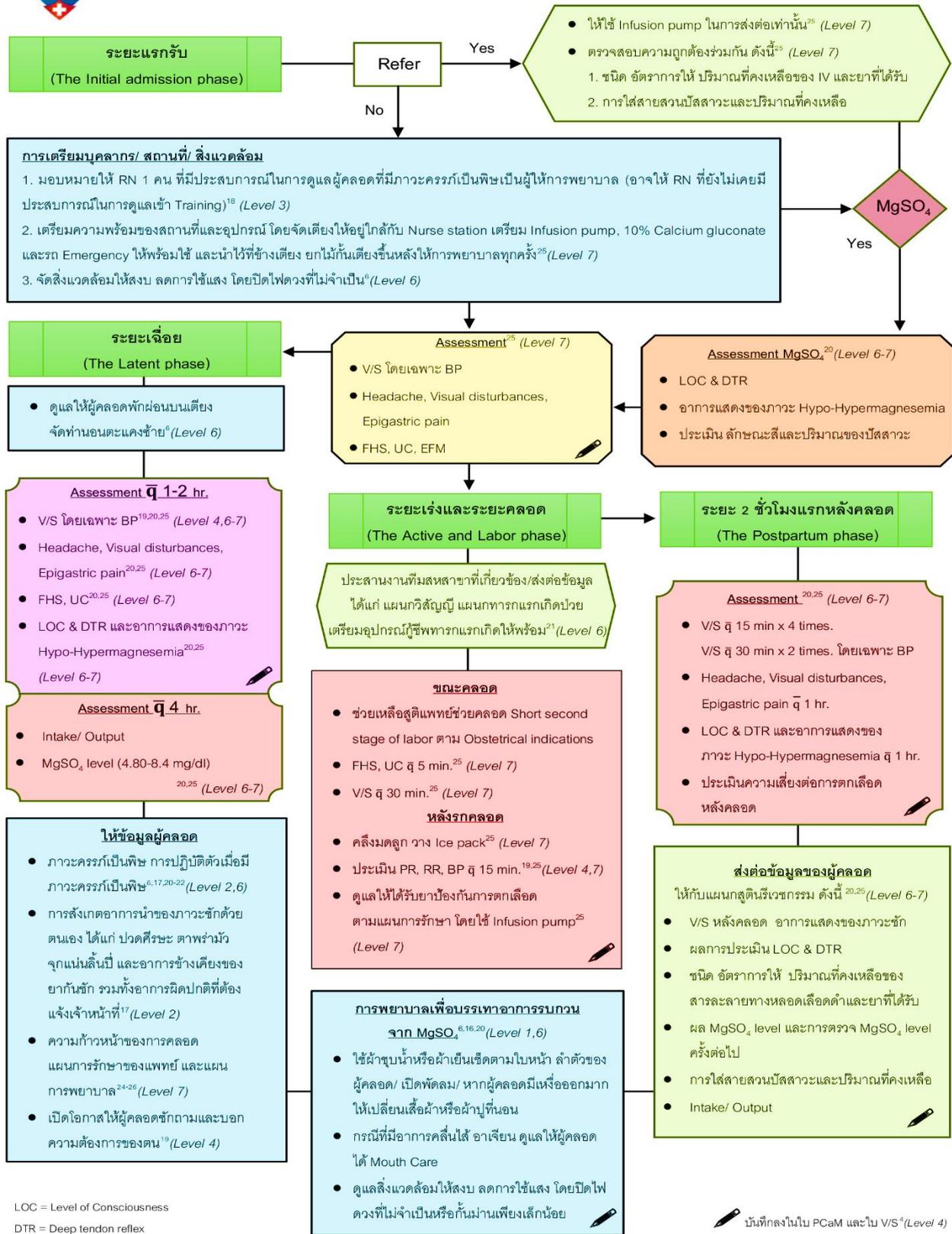
1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ (พยาบาลวิชาชีพ) และกลุ่มผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ (หญิงตั้งครรภ์ฯ)

1.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 15 ราย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.93 ปี (S.D. = 11.91) มีอายุต่ำสุดที่ 29 ปี และอายุมากที่สุดที่ 59 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง เฉลี่ย 17.87 ปี (S.D. = 11.73) และมีประสบการณ์ในการดูแลต่ำสุดที่ 6 ปี และสูงสุดที่ 38 ปี

1.2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ (หญิงตั้งครรภ์ฯ) จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 30.77 ปี (S.D. = 5.48) มีอายุต่ำสุดที่ 18 ปี และอายุมากที่สุดที่ 38 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.70 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 20) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 16.70) ส่วนใหญ่ร้อยละ 33.30 ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 26.70) และค้าขาย (ร้อยละ 16.70) สำหรับข้อมูลด้านสูติกรรมของกลุ่มผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ (หญิงตั้งครรภ์ฯ) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 60) รองลงมาคือการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 30 และการตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 10 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 34.93 สัปดาห์ (S.D. = 4.38) อายุครรภ์ที่ต่ำที่สุดคือ 24.30 สัปดาห์ และอายุครรภ์ที่มากที่สุดคือ 40.30 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 16.70 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.7 มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 27.56 kg/m² (S.D. = 6.59) มีค่าดัชนีมวลกายในปัจจุบันเฉลี่ย 31.72 kg/m² (S.D. = 5.82) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.70 ได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่องขนาด 2 gm/hr. ร้อยละ 13.30 ได้รับยาขนาด 1 gm/hr. และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.13 วัน (S.D. = 2.60)



แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต



ภาพที่ 2 แผนภูมิแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต



2) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในด้านผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า

2.1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตมีระดับของแมกนีเซียมอยู่ในระดับของการรักษา (4.80-8.40 mg/dl) ร้อยละ 96.70 (29 คน) มีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 1 คน มีระดับของแมกนีเซียม = 4.50 mg/dl

2.2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ที่มีอาการรบกวนจากการได้รับยา (อาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง) ได้รับการจัดการกับอาการรบกวนทั้งหมด ร้อยละ 100 (n=17) โดยหญิงตั้งครรภ์ 16 คน มีอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงระดับเล็กน้อย (มีอาการร้อนวูบวาบ) และหญิงตั้งครรภ์ 1 คน มีอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงระดับปานกลาง (มีอาการร้อนวูบวาบและอาเจียน) หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 43.30 (13 คน) ไม่มีอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง

2.3) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล (n=30) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลโดยภาพรวมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.57, S.D. = 0.50) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ด้านความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลรายข้อพบว่า ด้านความรู้และความสามารถของเจ้าหน้าที่ เช่น การให้ยากันชัก การฉีดยาและการเจาะเลือด มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.90, S.D. = 0.31) รองลงมา คือ ด้านความเอาใจใส่และความกระตือรือร้นในการให้บริการ (Mean = 4.83, S.D. = 0.38) และการแจ้งอาการทุกครั้งเมื่อให้การพยาบาล (Mean = 4.73, S.D. = 0.45)

2.4) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ร้อยละ 100 (n=30) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับดีมาก (Mean = 4.90, S.D. = 0.30) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{29} = 10.91, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=30)

	Mean	S.D.	\bar{D}	S.D.d.	t	df	p-value	95% CI	
								LL	UL
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ	1.70	1.62	3.20	1.61	10.91	29	<.001	2.60	3.80
หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.90	0.31							

3) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในด้านผลลัพธ์ของผู้ให้บริการ ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า

3.1) พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล (n=15) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวมในระดับมาก (Mean= 3.92, S.D. = 0.25) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และมีระดับความพึงพอใจในหัวข้อการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานมากที่สุด (Mean = 4.00, S.D. = 0.00)

3.2) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 (n=15) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับดี (Mean= 17.13, S.D. = 0.51) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะทางการพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{14} = 4.90, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต รองลงมาคือ บทบาทการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษและการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เมื่อเกิดภาวะชัก



สำหรับการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล จากแบบตรวจสอบรายการพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (ปฏิบัติ-ไม่ปฏิบัติ) พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด (ร้อยละ 100) สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ครบทุกรายการประเมิน แต่มีข้อสังเกตในส่วนของ การประเมิน การตรวจระบบประสาทอัตโนมัติ (Deep tendon reflex: DTR) พยาบาลวิชาชีพจะไม่ได้เป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง แต่เป็นการบันทึกผลการตรวจจากเพิ่มข้อมูลของผู้ป่วย หากพบว่าไม่มีการตรวจประเมินจะรายงานแพทย์ให้ทราบเพื่อดำเนินการตรวจดังกล่าว

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะทางการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=15)

	Mean	S.D.	\bar{D}	S.D.d.	t	df	p-value	95% CI	
								LL	UL
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ	13.47	2.95	3.67	2.90	4.91	14	<.001	2.06	5.27
หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ	17.13	0.52							

4) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในด้านผลลัพธ์ขององค์กร ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ร้อยละ 0 (n=30) ไม่เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในทารกแรกเกิด (Hypotonia) ภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงระดับรุนแรง ภาวะชกจากการประเมินหรือรายงานล่าช้า และการเสียชีวิตของผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดในการพัฒนาบริการพยาบาล (Service plan) และตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยคลอด กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รายละเอียดตัวชี้วัด	เป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ)	ผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ)
ด้านผู้รับบริการ (n=30)		
มีระดับของแมกนีเซียมอยู่ในระดับของการรักษา	= 100	96.70
ได้รับการจัดการอาการรบกวน	≥ 80	100
มีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล	≥ 85	100 ^a
มีความรู้ ความเข้าใจ (การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะครรภ์เป็นพิษ)	≥ 90	100 ^b
ด้านผู้ให้บริการ (n=15)		
มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ	≥ 85	100 ^c
มีสมรรถนะทางการพยาบาล	≥ 85	100 ^d
ด้านองค์กร (n=30)		
อัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในทารกแรกเกิด	= 0	0
อัตราการเกิดภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงระดับรุนแรง	= 0	0
อัตราการเกิดภาวะชกจากการประเมินหรือรายงานล่าช้า	= 0	0
อัตราการเสียชีวิตของผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง	= 0	0
จากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้		

^a คำนวณจากค่าคะแนนเต็มของความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ร้อยละ 85 = 4.25 คะแนนขึ้นไป

^b คำนวณจากค่าคะแนนเต็มของแบบประเมินความรู้ ร้อยละ 90 = 4.50 คะแนนขึ้นไป

^c คำนวณจากค่าคะแนนเต็มของความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ร้อยละ 85 = 3.40 คะแนนขึ้นไป

^d คำนวณจากค่าคะแนนเต็มของแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ร้อยละ 85 = 17.00 คะแนนขึ้นไป



การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ โดยส่วนใหญ่ได้ถูกส่งเคราะห์มาจากงานวิจัยที่มีจุดประสงค์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ผู้คลอด และมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีคุณภาพของงานวิจัย¹⁴ ในระดับที่ 6 จำนวน 3 เรื่อง^{6,21,22} และเป็นการศึกษาในประเทศไทย เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ได้จริงตามบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทยได้ ทั้งนี้ในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับแนวทางการดูแลจากแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย^{24,25} The American College of Obstetricians and Gynecologists²⁶ (คุณภาพของงานวิจัยในระดับที่ 7) และ The Cochrane Collaboration¹⁶ (คุณภาพของงานวิจัยในระดับที่ 1) มีการเชื่อมโยงกิจกรรมการพยาบาลกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาล 7 ประการ (7 Aspects of Care)⁵ เพื่อให้กระบวนการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัย สร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการและตอบตัวชี้วัดสำคัญในการพัฒนาบริการพยาบาล (Service Plan)

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในด้านผลลัพธ์ของผู้รับบริการ ด้านการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ให้มีระดับของแมกนีเซียมอยู่ในระดับของการรักษา (4.80-8.40 mg/dl) ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติฯ สามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการบริหารยาและการติดตามระดับของยา โดยเฉพาะการใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ตั้งแต่ในระยะของการรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (Refer) การตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน ช่วยลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต 1 คน ในการดูแลให้การพยาบาล ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ฯ มีระดับของแมกนีเซียมอยู่ในระดับของการรักษาถึงร้อยละ 96.70 (29 คน) มีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 1 คน ที่มีระดับของแมกนีเซียม = 4.50 mg/dl เนื่องจากมีค่าดัชนีมวลกาย 38.60 kg/m² สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา บุญยง ชัยสวัสดิ์ และสิริยา กิติโยดม²⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายที่มาก มีแนวโน้มสูงกว่าที่ระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำกว่าระดับของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ด้านการจัดการกับอาการรบกวนจากการได้รับยา (อาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง) ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติฯ สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ฯ ร้อยละ 100 (n=30) ได้รับการจัดการกับอาการรบกวนผ่านการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดการใช้แสงโดยปิดไฟดวงที่ไม่จำเป็น นำผ้าชุบน้ำเช็ดใบหน้าและลำตัว เปิดพัดลมเพื่อบรรเทาอาการร้อนวูบวาบ และในหญิงตั้งครรภ์ฯ ที่มีอาการอาเจียนร่วมด้วย จะช่วยดูแลให้ได้ทำความสะดวกสบายช่องปากและฟัน (Mouth care) เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ การดูแลจัดการกับอาการรบกวนดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในด้านความเอาใจใส่และความกระตือรือร้นในการให้บริการ (Mean = 4.83, S.D. = 0.38) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตณัฐา สุทธิจันทร์ และคณะ⁶ และ อรทัย ใจกว้าง และ พัทธวีโล ศรีแสง⁷ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยาแมกนีเซียม ต้องการการดูแลจากพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย

ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติฯ สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ฯ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง อาการนำของภาวะชัก ผ่านการตีพิมพ์โปสเตอร์บริเวณใกล้เตียงของผู้ป่วย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษ การปฏิบัติตัว การสังเกตอาการนำของภาวะชักด้วยตนเอง ในระยะเฉื่อย (Latent phase) ซึ่งจึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 100 (n=30) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับดีมาก (Mean = 4.90, S.D. = 0.30) และมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{29} = 10.91, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าทำให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ต่อสภาวะโรคส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักถึงความรุนแรง กระตุ้นให้เกิดการดูแลและสังเกตตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน^{17,21}



3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในด้านผลลัพธ์ของผู้ให้บริการและด้านองค์กร ในด้านสมรรถนะทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติฯ สามารถช่วยให้สมรรถนะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{14} = 4.90, p < .001$) เนื่องจากแนวปฏิบัติฯ ได้ถูกพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพและผ่านการประเมินคุณภาพจากเครื่องมือที่น่าเชื่อถือ มีคู่มือปฏิบัติการพยาบาลที่มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษ การประเมินและแนวทางการพยาบาล จึงทำให้มีคะแนนสมรรถนะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งในรูปแบบของเนื้อหาและแผนภูมิสรุปเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ ด้วยแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจและปฏิบัติการพยาบาลได้ครบทุกรายการประเมิน (ร้อยละ 100) มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวมในระดับมากและมีระดับความพึงพอใจในหัวข้อการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานมากที่สุด (Mean = 4.00, S.D. = 0.00) จากการปฏิบัติงานภายใต้การมีแนวปฏิบัติดังกล่าว จึงส่งผลให้ไม่เกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงในทารกแรกเกิด (Hypotonia) อัตราการเกิดภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงระดับรุนแรง อัตราการเกิดภาวะชกจากการประเมินและรายงานล่าช้า และอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีสมรรถนะที่เพิ่มขึ้น เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์^{21,23}

สรุป

ดังจะเห็นได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวาโมเดล⁸ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากบริบทในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้จริง เนื่องจากไอโอวาโมเดลมีแนวคิดที่ต้องการการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย (Research utilization) เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปพัฒนาต่อยอดเป็นรูปแบบหรือแนวปฏิบัติการดูแลกับผู้รับบริการในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ส่งผลให้ขาดการติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาล เนื่องจากการวิจัยนี้ ยังขาดการติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะยาว จึงขอเสนอแนะให้มีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวตั้งแต่ 1 ปีเป็นต้นไป เพื่อทราบปรากฏการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงภายหลังได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติดังกล่าว

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ไปขยายผลใช้กับหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดในโรงพยาบาลเดียวกัน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และใช้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งนี้ขอให้ผู้ที่นำไปใช้ โปรดศึกษาบริบทของความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน เช่น ข้อจำกัดด้านสถานที่ ที่ต้องจัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพักผ่อนภายใต้เงื่อนไขต้องได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแล ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น Infusion pump

3. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ควรกำหนดแผนพัฒนาบุคลากร (Training Needs) โดยการให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการฝึกอบรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต รวมถึงการเรียนรู้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และควรทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างน้อยทุก 3 ปี เพื่อพัฒนาให้แนวปฏิบัติดังกล่าว มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยในการนำไปปฏิบัติ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ขอขอบคุณสูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

References

1. World Health Organization. Maternal mortality. [Internet]. 2024 [cited 2024 May 09]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Abalos E, et al. Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the World Health Organization Multicounty Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014;121(1):14–24.
3. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Database of Labour room Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Nakhon Ratchasima: Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.Thailand; 2023. (in Thai)
4. Kitiyodom S. Effectiveness of preeclampsia care map (PCaM) in preeclampsia management. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*. 2018;33(3):347-58. (in Thai)
5. Ministry of Public Health (Nursing Division). Guideline for Nursing Service Development: Service Plan [Internet]. 2018 [cited 2024 May 09]. Available from: <https://www.don.go.th/?download=1283> (in Thai)
6. Suttijamrong J, Kala S, Kritcharoen S. Nursing care needs of hospitalized pregnant women with pregnancy induced hypertension for overcoming a crisis. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2016;36:132-45. (in Thai)
7. Jaikwang O, Srisaeng P. The development of clinical nursing practice guideline for discomfort management from MgSO₄ side effects for the treatment of severe pre-eclampsia at Udonthani Hospital. *Journal of Nursing Science & Health*. 2013;36(2):36-45. (in Thai)
8. Titrler MG, The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2001;13(4):497–509.
9. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and Midwifery strategic plan (C.E. 2022-2026) [Internet]. 2022 [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/NM%20Strategic%20Plan.pdf> (in Thai)
10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. [Internet]. 2014 [cited 2024 May 03]. Available from: https://www.academia.edu/98594754/The_Action_Research_Planner
11. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument [Internet]. 2009 [cite 2024 May 01]. Available from: <http://www.agreetrust.org>.
12. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Continuous quality improvement assessment form. Nakhon Ratchasima: Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Thailand; 2023. (in Thai)
13. Paleeniwes R, Soothi T, Piwpong R, Yearapan. The development of nursing care model for prevention of Ventilator associated pneumonia in the intensive care unit, Buriram hospital. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospital*. 2022;37(2),441-52. (in Thai)



14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. A Guide to Best Practice Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare A Guide to Best Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. P.11
15. Polit DF, Beck C, Hungler BF. Essentials in nursing research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
16. Diaz V, Long Q, Oladapo OT. Alternative magnesium sulphate regimens for women with preeclampsia and eclampsia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2023 [cited 2024 May 03]. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007388.pub3>
17. Alnuaimi K, Abuidhail J, Ismail H. The effects of an educational programme about preeclampsia on women's awareness: A randomised control trial. *Int Nurs Rev.* 2020;67(4):501-11.
18. Elhakam EM, Elshabory NM, Shehata NS. Effect of simulation-based training on maternity nurses' performance and self-efficacy regarding management of preeclampsia. *Evidence-Based Nursing Research.* 2022;4(3):34-45.
19. Songnok K, Thananowan N, Limruangrong P, Talungchit P. Factors influencing gestational hypertension and preeclampsia of parturient during the first stage of labor. *Nursing Science Journal of Thailand.* 2024;42(3):123-35. (in Thai)
20. Yuriah S, Kartini F, Isnaeni Y. Experiences of women with preeclampsia. *International Journal of Health & Medical Sciences.* 2022;5(3):201-10.
21. Senthiri P, Srisong S, Prompakai R, Sroisuwat P, Koponrat K. Development of the care model for women with hypertensive disorder in pregnancy. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospital.* 2017;32(2):117-28. (in Thai)
22. Plodlit L, Tungtrithip R, Bhumibhamon K. Development of nursing care model for pregnant women with pregnancy induce hypertension. *Journal of Health Research and Innovation.* 2023;6(1):1-15. (in Thai)
23. Nitsawang S. Development of nursing practice guidelines for nursing care on postpartum mothers with severe preeclampsia, Nakhonpathom Hospital. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi.* 2021;4(2):131-48. (in Thai)
24. Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists (RTCOC). RTCOC Clinical practice guidelines summary management of hypertensive disorders in pregnancy. [Internet]. 2023 [cited 2024 May 14]. Available from: https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-021_summary.pdf (in Thai)
25. RTCOC. RTCOC Clinical practice guidelines management of preeclampsia and eclampsia. [Internet]. 2023 [cited 2024 May 14]. Available from: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-021.pdf> (in Thai)
26. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestational Hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237-e60.
27. Boonyongchaisawad R, Kitiyodom S. Association between maternal body mass index and subtherapeutic serum magnesium level in severe preeclampsia at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2016;24:145-52.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้า ในผู้ป่วยปลูกถ่ายที่ได้รับการระงับความรู้สึก

รพีพรรณ สังสุวรรณ พย.ม.¹ ปวีณา พงษ์พันทนา พย.ม.²

วรางคณา คำยิ่ง พย.ม.³ ลักขณา ดุพันธ์ พย.บ.⁴

อุษา กิ่งนอก พย.บ.⁴ วัชระ ประเทศา พย.บ.⁵

(วันรับบทความ: 8 มกราคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 14 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 มีนาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้า เก็บข้อมูลในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 17 คน และวิสัญญีพยาบาล 16 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินกระบวนการและผลลัพธ์หลังปลูกถ่ายไต 3) แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเท่ากับ .89 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 คน และวิสัญญีพยาบาล 3 คน และศึกษาความเป็นไปได้ก่อนนำไปปฏิบัติจริง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเกิดภาวะการทำงานของไตล่าช้าและค่าเฉลี่ยวันนอนกับงานวิจัยก่อนหน้า ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ครีเอตินินหลังปลูกถ่ายไต (24 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 1 สัปดาห์) ด้วยสถิติ Friedman test

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้า ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) การพยาบาลก่อนได้รับการระงับความรู้สึก 2) การพยาบาลขณะได้รับการระงับความรู้สึก และ 3) การพยาบาลหลังได้รับการระงับความรู้สึก ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ AGREE- II ในหมวด 1-6 ได้ร้อยละ 91.11, 86.67, 82.45, 82.22, 81.67 และ 98.33 ตามลำดับ และคุณภาพโดยรวม เท่ากับร้อยละ 85.22 อัตราการเกิดภาวะการทำงานของไตล่าช้าอยู่ที่ร้อยละ 5.88 ค่าเฉลี่ยวันนอน 12.88 วัน ระดับความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายฯ ทุกด้านอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด แนวปฏิบัติฯ มีแนวโน้มป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้า และลดจำนวนวันนอนในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะการทำงานของไตล่าช้า การระงับความรู้สึก

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาระบบการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: rapeepans84@gmail.com Tel: 081- 8767269



Developing Nursing Practice Guidelines to Prevent Delayed Graft Function in Patients Undergoing Kidney Transplantation Under Anesthesia

Rapeepan Sungsuwan M.N.S.¹ Paweena Pongpunna M.N.S.²
Warangkhana Khamying M.N.S.³ Lakkana Doopandung B.N.S.⁴
Usa Kingnok B.N.S.⁴ Watchara Pratesa B.N.S.⁵

(Received Date: January 8, 2025, Revised Date: March 14, 2025, Accepted Date: March 21, 2025)

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the outcomes of nursing practice guidelines (NPG) for preventing delayed graft function in patients undergoing kidney transplantation under anesthesia. Data was collected from 17 kidney transplant patients and 16 nurse anesthetists between August 2023 and July 2024. The research instruments included 1) Patient Record Forms, 2) Process Evaluation and Post-Transplant Outcome Forms, and 3) Satisfaction Assessment Forms for Nurse Anesthetists. The research intervention tool was the preventing delayed graft function NPG. The content validity of the research instruments was verified by five experts, yielding a validity score of 0.89. The nursing practice guidelines were pilot tested with three patients whose characteristics were similar to the study sample and three nurse anesthetists. A feasibility study was also conducted before the guidelines were implemented in practice. Data analysis involved comparing demographic information, delayed graft function rates, and average length of hospital stay with previous studies using descriptive statistics. Post kidney transplant creatinine levels (at 24 hours, 72 hours, and 1 week) were compared using the Friedman test.

The nursing practice guidelines for preventing delayed kidney function consisted of three phases, including: 1) Pre-Anesthesia Nursing Care 2) Peri-Anesthesia Nursing Care, and 3) Post-Anesthesia Nursing Care. The guidelines' quality assessment, conducted using the AGREE-II instrument, scored as follows across the six domains: 91.11%, 86.67%, 82.45%, 82.22%, 81.67%, and 98.33%, respectively, with an overall quality score of 85.22%. The incidence of delayed graft function was 5.88% and the average hospital stay was 12.88 days (S.D. = 3.43). Nurse anesthetists' evaluations of the guidelines across all aspects indicated the highest levels of agreement and satisfaction. The guidelines demonstrated potential for preventing delayed graft function and reducing hospital stay durations in post-kidney transplant patients.

Keywords: kidney transplant patients, nursing practice guidelines, delayed graft function, anesthesia

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Anesthesiology Nursing Unit, Maharaj Nakorn Ratchasima Hospital

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing research and development, Maharaj Nakorn Ratchasima Hospital

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Surgical Nursing Unit, Maharaj Nakorn Ratchasima Hospital

⁴Registered Nurse, Professional Level, Anesthesiology Nursing Unit, Maharaj Nakorn Ratchasima Hospital

⁵Registered Nurse, Senior Professional Level, Center of Excellence for Organ Transplantation, Maharaj Nakorn Ratchasima Hospital

¹Corresponding Author, Email: rapeepans84@gmail.com Tel: 081- 8767269



บทนำ

ไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่า 4 ล้านคน ในจำนวนนี้มากกว่า 8 แสนคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังในระยะท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ไตสูญเสียการทำงานที่ อัตราการกรองของเสียต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ 1.73 ตารางเมตร¹ และทำให้เกิดการคั่งของเสียในร่างกาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ การปลูกถ่ายไตในปัจจุบันถือเป็นวิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังที่ดีที่สุด เพราะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติมากกว่าวิธีอื่น ๆ³ แต่ถึงแม้จะมีผลสำเร็จของการปลูกถ่ายไตมากขึ้นก็ตาม แต่ผู้ป่วยมักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต คือภาวะการทำงานของไตล่าช้า (Delayed graft function) เป็นสภาวะของไตที่รับ การปลูกถ่ายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตภายใน 1 สัปดาห์⁴ ภาวะนี้อาจนำไปสู่ภาวะ ปฏิเสธไตแบบเฉียบพลันและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังผ่าตัด³ จากรายงานของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยใน ปี พ.ศ. 2566 ได้สำรวจข้อมูลจากศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ มีผู้ป่วยเข้ารับการปลูกถ่ายไตทั้งสิ้น 986 คน โดยเป็นผู้รับไตจาก ผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต (Living Donor) จำนวน 196 คน และจากผู้บริจาคสมองตาย (Deceased Donor) จำนวน 790 คน⁵ และ ในจำนวนนี้มี 24 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไตที่ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา จากการวิเคราะห์ภาพรวมทั้งประเทศ พบอัตราการเกิด Delayed graft function ในผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตอยู่ที่ ร้อยละ 1.60 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตายมีอัตราการเกิดภาวะดังกล่าวร้อยละ 14.90⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่ภาวะ Delayed graft function สามารถจำแนกได้ดังนี้ 1) ปัจจัยจากผู้ให้และผู้รับบริจาค ได้แก่ อายุผู้บริจาคโดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีแนวโน้มพบภาวะประสิทธิภาพการทำงานของไตที่ปลูกถ่ายลดลง⁶ ความไม่เข้ากันของ เนื้อเยื่อ (Human Leukocyte Antigen mismatch: HLA mismatch) จะเพิ่มโอกาสการปฏิเสธไตเฉียบพลันและเรื้อรัง ระดับ serum creatinine สุดท้ายของผู้บริจาคและผู้รับ การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน และการรับไตจากผู้เสียชีวิต⁷ 2) ปัจจัย ด้านกระบวนการปลูกถ่ายและการดูแลขณะได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ ระยะเวลาที่ไตขาดเลือดขณะผ่าตัด (Ischemic Time) ระยะเวลาเก็บรักษาไตในความเย็น (Cold Ischemia Time: CIT) ประสิทธิภาพการให้สารน้ำขณะปลูกถ่าย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่เป็นส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดความเสียหายของเนื้อเยื่อไตและประสิทธิภาพการทำงานของไตหลังการปลูกถ่ายได้⁸

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) ของสมาคมพยาบาลวิสัญญี วิทยาแห่งอเมริกา (American Association of Nurse Anesthesiology: AANA) เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การดูแลในระหว่างการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วที่สุด ภายหลังการผ่าตัด⁹ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับ ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อสร้างความเข้าใจและความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ 2) การดูแลขณะผ่าตัดและการรักษาสมดุลของการให้สารน้ำ มุ่งเน้นการควบคุมสมดุลของสารน้ำและระบบการไหลเวียนในร่างกายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 3) การฟื้นฟูหลังผ่าตัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมารับประทานอาหารและทำกิจกรรมปกติได้เร็วที่สุด และติดตามอาการหลังการผ่าตัด จากการศึกษา ของ Dias et al.¹⁰ พบว่าแนวทางนี้ช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจของ ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด Delayed graft function ดังนี้ 1) การประเมิน ปัจจัยเสี่ยงก่อนปลูกถ่าย ทั้งอายุผู้ป่วย ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคประจำตัว เพื่อให้การดูแลส่งเสริมความพร้อมผู้ป่วยก่อน การปลูกถ่าย¹¹ 2) กระบวนการดูแลผู้บริจาคไตที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการให้ยาและสารน้ำที่เพียงพอเพื่อคงอัตราการกรองและ การทำหน้าที่ของไตให้คงที่ มีการไหลเวียนในร่างกายเพียงพอ 3) การดูแลไตบริจาคด้วยการแช่แข็งอย่างรวดเร็ว โดยการลดอุณหภูมิ ไตลงอย่างรวดเร็ว ลดการทำลายเนื้อเยื่อไต เช่นเดียวกับเคลื่อนย้ายไตสู่ผู้รับอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการบริหารยาที่จำเป็น ส่งผลให้ผู้รับ บริจาคไตได้รับประโยชน์มากยิ่งขึ้น 4) การดูแลขณะปลูกถ่ายด้วยการรักษาสมดุลของการให้สารน้ำ มีส่วนสำคัญในการลด ความเสียหายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไตด้วยสารละลายที่ผลต่อการลดการบวมของเซลล์ รักษาสมดุลแคลเซียม



ลดการสร้างสารอนุมูลสร้างอิสระ นอกจากนี้ยังรวมถึงการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การเลือกยาที่มีผลกระทบต่อ
การไหลเวียนเลือดและการทำงานของไตน้อยที่สุด ใช้น้ำยาละลายลิ่มเลือดและยากระตุ้นความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา^{12,13}
5) การประเมินอาการแสดงของภาวะ Delayed graft function อาการที่พบบ่อยคือปัสสาวะออกน้อยโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต
มักมีสาเหตุจากพยาธิสภาพเหนือไต อันเนื่องมาจากปริมาณการไหลเวียนเลือดและสารน้ำลดลง จากการประเมินการสูญเสียเลือด
ขณะผ่าตัดต่ำกว่าความเป็นจริง หรือการให้สารน้ำระหว่างการผ่าตัดไม่เพียงพอ¹¹ โดยสามารถแบ่งระดับความสมดุลของสารน้ำในระบบ
การไหลเวียนได้ดังนี้ 1) ภาวะที่ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต โดยไม่มีภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกินในร่างกาย
(Euvolemia) 2) ภาวะที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่มปริมาณของสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต (Fluid responsiveness) เมื่อได้รับการตอบสนอง
ผู้ป่วยจะกลับเข้าสู่สภาวะสมดุล 3) สภาวะที่มีการสะสมสารน้ำในร่างกาย หรือหลอดเลือดมาก (Fluid Overload) เกินความสามารถของ
ระบบการไหลเวียน และการควบคุมของระบบการดูดซึมของไต 4) ภาวะที่ปริมาณการไหลเวียนลดลง (Hypovolemia) ระดับนี้จะส่งผล
ต่อการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อไต¹⁴ และนำไปสู่การเกิด Delayed graft function

กระบวนการเตรียมพร้อมก่อนปลูกถ่าย กระบวนการดูแลขณะได้รับการระงับความรู้สึก และการติดตามหลังปลูกถ่ายไต
เป็นส่วนสำคัญต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ดี แต่กลับพบว่าแนวทางการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังไม่ครอบคลุมและ
เป็นรูปธรรม ในปัจจุบันศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ยังไม่มีการกำหนดแนวทางที่เป็นมาตรฐาน
ซึ่งการดูแลอาจแตกต่างกันไปตามแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด เช่นเดียวกับบทบาทของวิสัญญีพยาบาลที่ขาดความชัดเจน ในการดูแล
ขณะที่การปลูกถ่ายไตเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย
ที่ได้รับการระงับความรู้สึกขณะการปลูกถ่าย ที่ต้องอาศัยสมรรถนะและความเชี่ยวชาญในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วย
ปลูกถ่ายไต นับตั้งแต่การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนได้รับการระงับความรู้สึก การพยาบาลผู้ป่วยขณะระงับความรู้สึก
จนถึงติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะแรกของผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึก¹⁵

การปลูกถ่ายไตถือเป็นกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน และยังอยู่ในช่วงของการพัฒนาเทคโนโลยีและแนวทางการรักษา
และด้วยเป็นการผ่าตัดที่เริ่มดำเนินการได้ไม่นานที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการถ่ายทอด
ความรู้และทักษะจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมาจากสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นนำของประเทศ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลมหาราช
นครราชสีมา ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลเอง ซึ่งถือเป็นประเด็นที่สำคัญที่ต้อง
ได้รับการพัฒนาสู่กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนากระบวนการ
ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตด้วยองค์ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและได้มาตรฐานเดียวกัน ผู้วิจัยและ
คณะจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ การทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่ได้รับการระงับความรู้สึก
โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁶ แนวปฏิบัติ
การพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะไตทำงานล่าช้า ส่งเสริมการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตให้
รวดเร็วและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ อีกเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสมรรถนะของวิสัญญีพยาบาล
โดยใช้องค์ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสร้างกระบวนการพัฒนาบุคลากรและองค์กรอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่ได้รับการระงับความรู้สึก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย

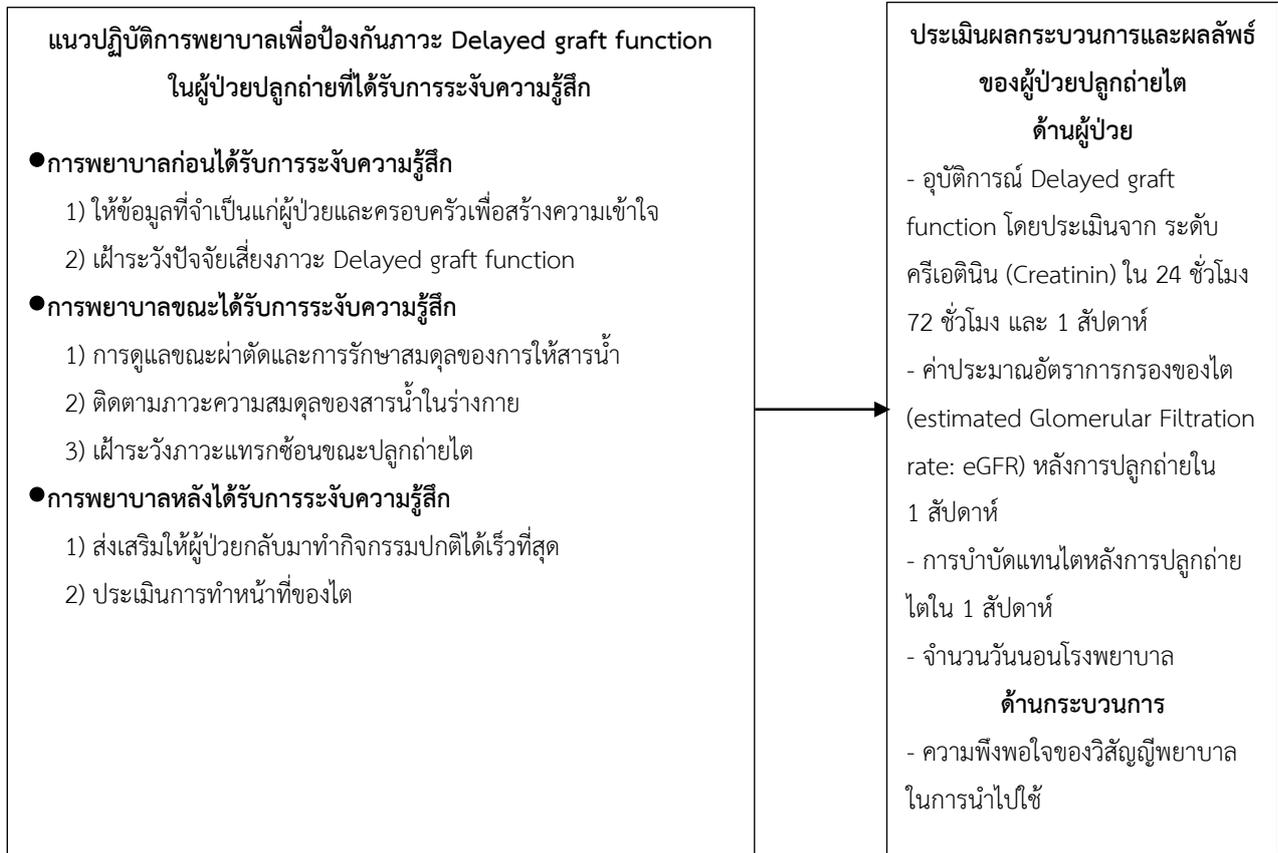
2.1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อัตราการเกิดภาวะการทำงานของไตล่าช้า โดยประเมินจากระดับครีเอตินิน (Creatinin)
ใน 24 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 1 สัปดาห์ ค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration rate: eGFR)
หลังการปลูกถ่ายใน 1 สัปดาห์ การบำบัดแทนไตหลังการปลูกถ่ายไตใน 1 สัปดาห์ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

2.2) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือ ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้



กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่าย พัฒนาโดยใช้แนวคิดแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery) ของสมาคมพยาบาลวิสัญญีวิทยาแห่งอเมริกา (American Association of Nurse Anesthesiology)⁹ ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการฟื้นตัวที่รวดเร็วและปลอดภัยหลังจากการผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และช่วยผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วที่สุด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนได้รับการระงับความรู้สึก ด้วยการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสร้างความเข้าใจ และประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะ Delayed graft function เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะได้รับการระงับความรู้สึก ประกอบด้วย 2.1) การดูแลขณะผ่าตัดและการรักษาสมดุลของการให้สารน้ำ มุ่งเน้นการควบคุมสมดุลของสารน้ำและระบบการไหลเวียนในร่างกายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 2.2) ติดตามภาวะความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 2.3) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะปลูกถ่ายไต ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังได้รับการระงับความรู้สึก ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมปกติได้เร็วที่สุด และประเมินประสิทธิภาพการทำงานที่ของไต ดังแสดงตามกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁶ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Evidence-triggered phase) 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) และ 4) การวิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-based phase) มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Evidence-triggered phase) เพื่อการค้นหา และการกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก โดยมาจากการระดมสมองของบุคลากรในหน่วยงาน ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คน วิศวศัลยแพทย์ 1 คน อายุรแพทย์โรคไต 1 คน วิศวศัลยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 4 คน โดยใช้แนวสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์กระบวนการในการปฏิบัติงาน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนปลูกถ่าย ขณะปลูกถ่าย และการดูแลระยะหลังการปลูกถ่ายไต สามารถกำหนดประเด็นปัญหาได้ว่าแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังไม่มีชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทของวิศวศัลยพยาบาล ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานโดยอาศัยประสบการณ์ที่เคยทำมาก่อนหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งขาดการจัดการองค์ความรู้และรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ จึงทำให้มีข้อจำกัดในการตรวจสอบคุณภาพของการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกขณะปลูกถ่ายไต

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ร่วมกับการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ในขั้นตอนนี้ได้กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ตามแนวคิด PICO framework มีดังนี้ Kidney transplantation, Delayed graft function, Graft function, Clinical practice guideline, Clinical nursing practice guideline สืบค้นจากแหล่งข้อมูลดังนี้ Cochrane Library, PubMed, Google Scholar, Thai Journal Online เป็นบทความวิจัยที่เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2556-2566 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษแบบ Full text กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเป็นงานวิจัยประเภทการวิเคราะห์อภิมาน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยแบบสุ่ม (มีกลุ่มควบคุมและไม่มี) และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองจากการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 30 บทความ โดยคัดบทความวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ออก 5 บทความและเป็นงานวิจัยที่ซ้ำกัน 4 บทความ คงเหลืองานวิจัย 21 บทความ จากนั้นจะดำเนินการคัดกรองงานวิจัยโดยพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ ประเมินคุณภาพตามการเกณฑ์การประเมิน The Joanna Briggs Institute¹⁷ โดยผู้วิจัยสองคนจะทำการประเมินอย่างเป็นอิสระ หากมีความเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน จะมีการหารือเพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในขั้นตอนนี้มีงานวิจัยที่สามารถนำมาใช้จัดทำแนวปฏิบัติ จำนวน 21 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบของการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (1a) 5 บทความ^{8,14,18-20} การทดลองแบบสุ่มแบบไม่สมบรูณ์ (1d) 5 บทความ^{3,10,15,21,22} งานวิจัยแบบกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองหรือการควบคุมย้อนหลัง (2d) 2 บทความ^{23,24} งานวิจัยเชิงสังเกต (3c) 5 บทความ^{4,7,10,25,26} งานวิจัยเชิงบรรยาย (4a) จำนวน 1 บทความ²⁷ และการวิจัยแบบตัดขวาง (4b) จำนวน 3 บทความ²⁸⁻³⁰

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการคัดเลือกว่ามีคุณภาพนำมาสังเคราะห์เนื้อหา และร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อน- ขณะ และระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก จากนั้นนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปประเมินคุณภาพด้วยการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II: AGREE II) ฉบับภาษาไทย^{31,32} โดยผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก 5 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คน วิศวศัลยแพทย์ 1 คน อายุรแพทย์โรคไต 1 คน วิศวศัลยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 2 คน ภายหลังจากตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ คณะผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดปลูกถ่ายไตจำนวน 3 คน โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งในระยะก่อน ขณะ และระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก



ผู้วิจัยประเมินความเป็นไปได้ จุดดี จุดด้อย ข้อควรปรับปรุง จากการสะท้อนความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้นำไปทดลองใช้ จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงให้เหมาะสมอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-based phase) ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านผลลัพธ์ของกระบวนการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะ Delayed graft function ที่ 1 สัปดาห์หลังการปลูกถ่ายสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตวายระยะ 4 และ 5 ซึ่งมีภาวะสูญเสียการทำงานของไต มีอัตราการกรองน้อยกว่า 15 มล /นาที่/1.73 ตารางเมตร และผู้ป่วยได้เข้ารับการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดปลูกถ่าย ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพียงระบบเดียวจากทุกสาเหตุของการเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย
- 3) ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะปฏิเสธไตเฉียบพลันหลังการผ่าตัด
- 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตทันทีหลังการผ่าตัด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว คัดเลือกประชากรจากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการปลูกถ่ายไตตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 17 คน

2. วิสัญญีพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล หลักสูตร 1 ปี และปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 16 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1.1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีลักษณะให้เติมค่าและมีตัวเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ชนิดของไตจากผู้ป่วยโรคประจำตัว ระยะเวลาการบำบัดแทนไตวิธีอื่น ๆ ก่อนการปลูกถ่ายไต ชนิดของการบำบัดแทนไตก่อนปลูกถ่ายไต ค่า Panel Reactive antibody test (PRA) ค่า HLA mismatch และการได้รับยากดภูมิคุ้มกันก่อนผ่าตัด

1.2) แบบประเมินผู้ป่วยการดูแลขณะได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อรวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วย เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะ Delayed graft function โดยการเติมค่าและเลือกตอบ ประกอบด้วย ระยะเวลา Warm ischemic time, Cold ischemic time และระดับการเปลี่ยนแปลงของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ก่อนและหลังการปลูกถ่ายไต ชนิดและปริมาณสารน้ำที่ได้รับขณะระงับความรู้สึก



1.3) แบบประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินผลลัพธ์ในด้านกระบวนการ และด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) ข้อบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะ Delayed graft function ประกอบด้วย ระดับครีเอตินิน (Creatinin) ใน 24 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 1 สัปดาห์ ค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration rate: eGFR) หลังการปลูกถ่ายใน 1 สัปดาห์ การบำบัดแทนไตหลังการปลูกถ่ายไตใน 1 สัปดาห์ 2) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

1.4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พัฒนามาจากการศึกษาของสุมาลี สุขโย และคณะ³³ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้องของเนื้อหา ความสมบูรณ์ ครบถ้วน ครอบคลุมกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ด้านความสะดวก ง่ายต่อ การนำไปปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับการใช้แนวปฏิบัติเลย คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติระดับน้อย คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติระดับปานกลาง คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติระดับมาก คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยต่อแนวปฏิบัติระดับมากที่สุด การแปลผลด้วยคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยเลย (Mean = 0.00) เห็นด้วยน้อยที่สุด (Mean = 0.01-1.33) เห็นด้วยปานกลาง (Mean = 1.34-2.60) และเห็นด้วยมากที่สุด (Mean = 2.61-4.00)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการณทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายที่ได้รับภาระรับความรู้สึก ประกอบด้วย 1. การพยาบาลก่อนได้รับการรับความรู้สึก ได้แก่ 1.1) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสร้างความเข้าใจ 1.2) เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงภาวะ Delayed graft function 2. การพยาบาลขณะได้รับการรับความรู้สึก ได้แก่ 2.1) การดูแลขณะผ่าตัดและการรักษาสมดุลของการให้สารน้ำ 2.2) ติดตามภาวะความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 2.3) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะปลูกถ่ายไต 3.การพยาบาลหลังได้รับการรับความรู้สึก 3.1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมปกติได้เร็วที่สุด 3.2) ประเมินการทำหน้าที่ของไต

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย นำเครื่องมือวิจัยมาตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดและทฤษฎีตลอดจนความเหมาะสมของการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คน วัสดุแพทย์ 1 คน อายุรแพทย์โรคไต 1 คน วัสดุแพทย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 2 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบประเมินผู้พยาบาลดูแลขณะได้รับการรับความรู้สึกในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต แบบประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตได้ค่าเท่ากับ .81 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรมเท่ากับ .89 และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้เครื่องมือ AGREE-II³² โดยรายละเอียดการตรวจสอบแต่ละหมวด มีดังนี้ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ได้คุณภาพร้อยละ 91.11 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร้อยละ 86.67 3) ความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำได้ร้อยละ 82.45 4) ความชัดเจนในการนำเสนอได้ร้อยละ 82.22 5) การนำไปใช้ได้ร้อยละ 81.67 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการได้ร้อยละ 98.33 และการประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวม เท่ากับร้อยละ 85.22 โดยเกณฑ์การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ แต่ละหมวด และในภาพรวมมีคุณภาพมากกว่าร้อยละ 75 ซึ่งแสดงถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ³⁴ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 3 คน และวัสดุแพทย์พยาบาลจำนวน 3 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้นวัตกรรม จากนั้นปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำมาใช้จริงกับผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา ไบรรับรองเลขที่ 094/2023 ลงวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ขออนุญาตผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจัดประชุมในหน่วยงานการพยาบาลวัสดุแพทย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นพร้อมแนวทางการแก้ไข โดยวัสดุแพทย์พยาบาลมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระ



สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไต ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับข้อมูลของงานวิจัยและรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด และขอความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธและ/หรือ ถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง สิงหาคม พ.ศ. 2566 – ตุลาคม พ.ศ. 2567

1. ผู้วิจัยและคณะชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงาน วิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
2. ฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 16 คน ในการป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตและเตรียมความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยการชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติข้อตกลงการประเมินผลต่าง ๆ
3. วิทยาลัยพยาบาลคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้ และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย
4. วิทยาลัยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้
 - 4.1) วิทยาลัยพยาบาลซักถามข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาจากเวชระเบียน
 - 4.2) วิทยาลัยพยาบาลให้การพยาบาลก่อนได้รับการระงับความรู้สึก ดังนี้ 1) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจที่หอผู้ป่วยในศัลยกรรม 2) เผื่อระงับปัจจัยเสี่ยงภาวะ Delayed graft function
 - 4.3) วิทยาลัยพยาบาลให้การพยาบาลขณะได้รับการระงับความรู้สึก ดังนี้ 1) การดูแลขณะผ่าตัดและการรักษาสมดุลของกรน้ำ 2) ติดตามภาวะความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 3) เผื่อระงับภาวะแทรกซ้อนขณะปลูกถ่ายไต
 - 4.4) วิทยาลัยพยาบาลให้การพยาบาลหลังได้รับการระงับความรู้สึก ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมปกติได้เร็วที่สุด 2) ประเมินประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของไต
5. หัวหน้าแผนก รองหัวหน้าแผนก หรือวิทยาลัยพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย นิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่แผนกวิทยาลัยวันละ 1 ครั้ง
6. ผู้วิจัยประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูแลขณะได้รับการระงับความรู้สึกในการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย Warm ischemic time, Cold ischemic time และระดับการเปลี่ยนแปลงของ ฮีโมโกลบิน ก่อนและหลังการปลูกถ่ายไต ชนิดและปริมาณสารน้ำที่ได้รับขณะระงับความรู้สึก ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย ค่าประมาณอัตราการกรองของไต หลังการปลูกถ่ายไตใน 1 สัปดาห์ การบำบัดแทนไตหลังการปลูกถ่ายไตใน 1 สัปดาห์ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคิริอะติเนียนในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ Friedman test

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่ได้รับการระงับความรู้สึก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้



ส่วนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายที่ได้รับการระงับความรู้สึก ดังนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้า ในผู้ป่วยปลูกถ่ายที่ได้รับการระงับความรู้สึก พัฒนาโดยใช้แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery) ของสมาคมพยาบาลวิสัญญีวิทยา แห่งอเมริกา (American Association of Nurse Anesthesiology) เป็นแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การดูแลในระหว่างการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วที่สุดภายหลังการผ่าตัด โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1. การพยาบาลก่อนได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ 1.1) ให้ข้อมูลที่เป็นแก่นผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจ 1.2) เผื่อระวังปัจจัยเสี่ยงภาวะ Delayed graft function 2. การพยาบาลขณะได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ 2.1) การดูแลขณะผ่าตัดและการรักษาสมดุลของการให้สารน้ำ 2.2) ติดตามภาวะความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 2.3) เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนขณะปลูกถ่ายไต 3. การพยาบาลหลังได้รับการระงับความรู้สึก 3.1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมปกติได้เร็วที่สุด 3.2) ประเมินการทำหน้าที่ของไต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การพยาบาลก่อนได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่

1.1) ให้ข้อมูลที่เป็นแก่นผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสร้างความเข้าใจและการเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนปลูกถ่ายไต ได้แก่ 1.1.1) การให้ข้อมูลขั้นตอนการระงับความรู้สึก โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า ยาสลบมีการคัดเลือกชนิดและปริมาณอย่างแม่นยำเพื่อให้เกิดการระงับความรู้สึกอย่างเพียงพอ โดยมีการควบคุมและตรวจสอบตลอดทั้งกระบวนการปลูกถ่าย 1.1.2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยต้องอดอาหารตามที่แพทย์สั่ง เพื่อป้องกันปัญหาการสำลักและการอาเจียนในระหว่างหรือหลังการระงับความรู้สึก และมีการติดตามอาการฟื้นตัวจากการวางยาสลบอย่างใกล้ชิด แจ้งให้ครอบครัวทราบเกี่ยวกับภาวะผิดปกติที่ควรสังเกต ผลข้างเคียงของยาสลบที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการเกิดอาการง่วงนอนหลังจากฟื้นจากการระงับความรู้สึก 1.1.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหลังการปลูกถ่ายไต การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน อธิบายว่าเนื่องจากร่างกายสามารถมองว่าไตที่ปลูกถ่ายเป็นอวัยวะแปลกปลอม ร่างกายจึงอาจเกิดการตอบสนองภูมิคุ้มกันได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการปฏิเสธไต 1.1.4) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามอาการและการดูแลบาดแผล อธิบายในระยะแรกหลังผ่าตัดจะมีการตรวจวัดค่าต่าง ๆ เช่น ค่าครีเอตินินและประเมินการทำงานของไตที่ได้รับปลูกถ่ายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแลแผลหลังผ่าตัด 1.1.5) สอนวิธีการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้าลึก ๆ การทำสมาธิหรือการฟังเพลงผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย^{10,35}

1.2) เผื่อระวังปัจจัยเสี่ยงภาวะ Delayed graft function ด้วยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย

1.2.1) ประวัติโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตอาจส่งผลให้ไตที่ได้รับปลูกถ่ายมีการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ 1.2.2) ดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 kg/m² ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนของเลือดทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะ Delayed graft function 1.2.3) ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocite) น้อยกว่าร้อยละ 25 แสดงถึงภาวะเลือดจางหรือมีเลือดไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อการขนส่งออกซิเจนสู่เซลล์ไตได้น้อย 1.2.4) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติอาจแสดงถึงภาวะหัวใจขาดเลือด หรือลักษณะความผิดปกติของการนำไฟฟ้าในกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดให้ไปยังไต 1.2.5) ค่าครีเอตินินมากกว่า 8.5 mg/dl เป็นสัญญาณของการทำงานของไตที่ลดลง 1.2.6) ค่าภูมิคุ้มกันต่อเม็ดเลือดขาว (Panel reactive antibody) มากกว่า 50 ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะปฏิเสธอวัยวะปลูกถ่ายหลังการผ่าตัดมากขึ้น เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงภาวะ Delayed graft function วิสัญญีพยาบาลต้องรายงานคัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะรับทราบก่อนการปลูกถ่าย^{6,26,27,35} เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสม

2. การพยาบาลขณะได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่

2.1) การดูแลขณะผ่าตัดและการรักษาสมดุลของการให้สารน้ำ วิสัญญีพยาบาลดูแลให้สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดในกลุ่ม Crystalloids ประกอบด้วย 0.9% Saline solutions, Lactated Ringer ตามแนวทางการดูแลของแพทย์ และติดตามสัญญาณชีพทั้งระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความอิ่มตัวออกซิเจน อย่างใกล้ชิด ตรวจสอบและคำนวณปริมาณสารน้ำที่ให้ผ่านทางระบบหลอดเลือด



โดยต้องพิจารณาจากความต้องการของร่างกายในแต่ละช่วงของการผ่าตัด บันทึกปริมาณสารน้ำที่ให้เข้าไปและวัดปริมาณที่ขับออก ทั้งจาก Urine output และการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ≥ 200 ml. อาจนำไปสู่ภาวะ Hypovolemia วิทยาลัยพยาบาลจะรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อติดตามค่า Hematocrit และปรับปริมาณการให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จากนั้นติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 15 นาที เพื่อป้องกันภาวะการเกินหรือขาดสารน้ำส่งผลทำให้เกิด ความไม่สมดุลของระบบการไหลเวียน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของไตที่ได้รับปลูกถ่าย¹³

2.2) ติดตามภาวะความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ติดตามภาวะความสมดุลด้วยการประเมิน Urine Output ทันทีที่เริ่มเชื่อมต่อ ระบบ เพื่อประเมินประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดและการทำงานของไต โดยสามารถแบ่งระดับความสมดุลของการไหลเวียน ดังนี้ 1) ภาวะที่ ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต โดยไม่มีภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกินในร่างกาย (Euvolemia) 2) ภาวะที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่ม ปริมาณของสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต (Fluid responsiveness) เมื่อได้รับการตอบสนองผู้ป่วยจะกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล 3) ภาวะที่มีการสะสมสารน้ำในร่างกาย หรือหลอดเลือดตึง (Fluid Overload) เกินความสามารถของระบบการไหลเวียน และการควบคุมของระบบการดูดซึม ของไต 4) ภาวะที่ปริมาณการไหลเวียนลดลง (Hypovolemia) ระดับนี้จะส่งผลต่อการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อไต 14 และนำไปสู่การเกิด Delayed graft function ในระดับนี้จะส่งผลต่อการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อไต โดยวิสัญญีพยาบาลจะติดตามสัญญาณชีพและติดตามปริมาณปัสสาวะและ การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด โดย Central Venous Pressure ควรอยู่ระหว่าง 8 มม.ปรอท ถึง 11 มม.ปรอท ปริมาณ Urine output ต้องมากกว่า 0.5/kg/hr. ค่าความดันโลหิต โดยเฉพาะ Systolic BP ไม่ควรน้อยกว่า 110 มม.ปรอท และ Mean arterial Pressure (MAP) ไม่ควรน้อยกว่า 90 มม.ปรอท เพื่อประเมินความดันในระบบหลอดเลือดส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ช่วยในการประเมินความสมดุลของปริมาณการให้สารน้ำ^{10,14}

2.3) ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะปลูกถ่ายไต ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำกลุ่ม Crystalloids ประกอบด้วย 0.9% Saline solutions, Lactated Ringer ตามแนวทางการดูแลของแพทย์ ซึ่งเป็นสารน้ำที่มีคุณสมบัติช่วยลดอาการบวมของเซลล์และ รักษาสมดุลแคลเซียมตามแผนการรักษาสามารถช่วยลดการสร้างสารอนุมูลอิสระซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของความเสียหายในระดับเซลล์ การฝ้าระวังภาวะปัสสาวะออกน้อย ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในภาวะ Delayed graft function (DGF) จะช่วยให้สามารถตรวจพบ และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่^{8,11,30}

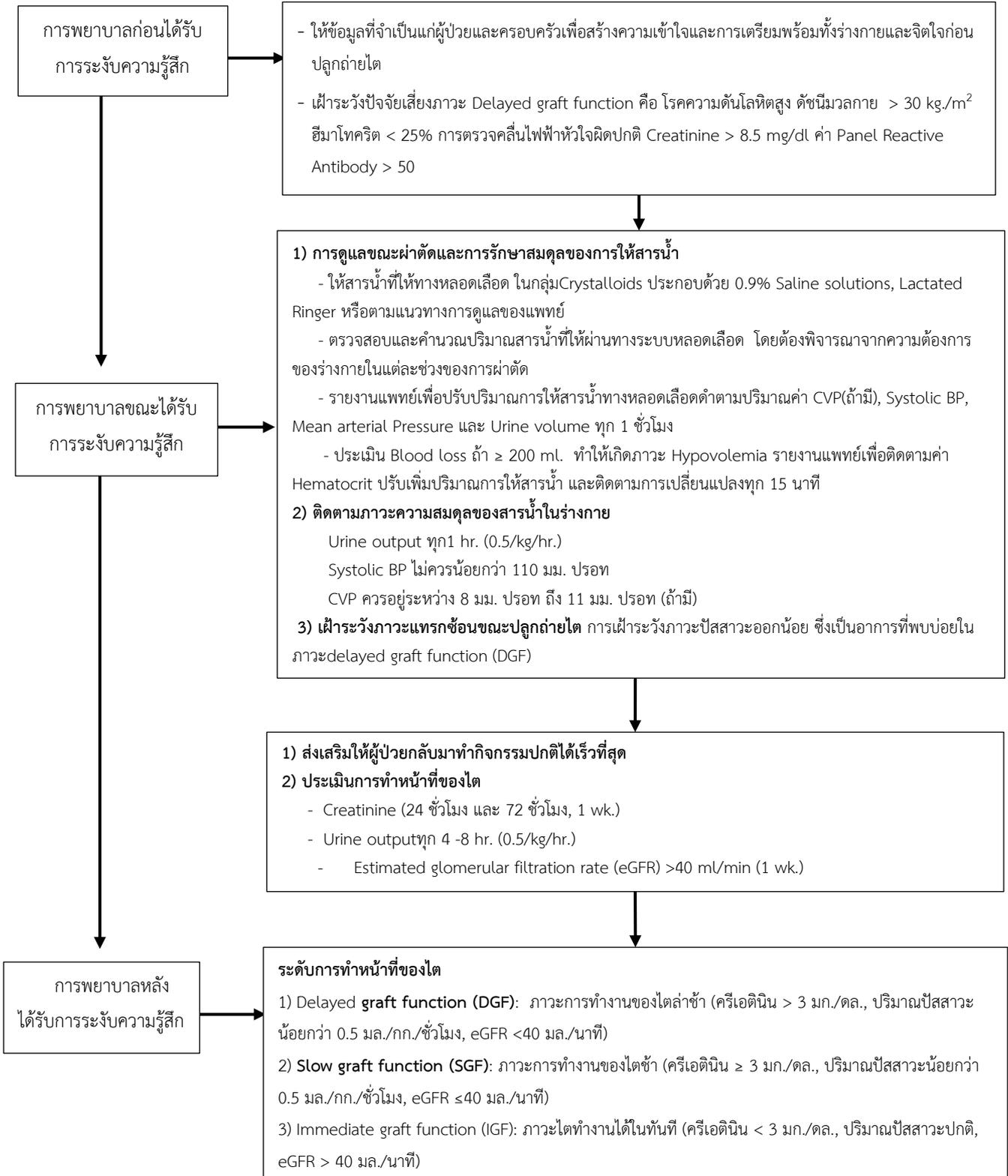
3) การพยาบาลหลังได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่

3.1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมปกติได้เร็วที่สุดติดตามเยี่ยมระยะแรกหลังปลูกถ่ายและส่งเสริมการฟื้นตัว เมื่อผู้ป่วยเริ่มฟื้นตัวจากยาหลับและการผ่าตัดทีมพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจวัตรประจำวัน แนะนำการทำกิจกรรมเบื้องต้น อาทิ การลุกออกจากเตียงช้า ๆ การเปลี่ยนท่าเดิน หรือกิจกรรมทางกายที่ไม่หนักเพื่อช่วยให้ การไหลเวียนเลือดดีขึ้นและส่งเสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ^{9,10}

3.2) ประเมินการทำหน้าที่ของไตตั้งแต่ขณะได้รับการระงับความรู้สึกจนถึงการฟื้นตัวในหอผู้ป่วยทีมพยาบาล วิสัญญีพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ จะต้องประสานงานและตรวจติดตามสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำ หรือการตอบสนองของระบบ ไหลเวียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันที่ โดยสามารถแบ่งระดับการทำหน้าที่ของไต ได้ดังนี้ 1) ภาวะ Delayed Graft Function (DGF) ภาวะการทำงานของไตล่าช้า โดยประเมินจากครีเอตินิน > 3 มก./ดล. แสดงว่าไตยังไม่ สามารถกรองของเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงแรกหลังการปลูกถ่ายปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชั่วโมง แสดงให้เห็น ว่าไตยังไม่สามารถผลิตปัสสาวะได้เพียงพอ จากการที่การกลับสู่การทำงานของไตล่าช้า อัตราการกรอง < 40 มล./นาที แสดงถึงความสามารถในการกรองเลือดของไตยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการขาดของเสียและควบคุมความสมดุลของสารน้ำใน ร่างกาย 2) Slow Graft Function (SGF) เป็นภาวะที่ไตที่ได้รับปลูกถ่ายเริ่มทำงาน แต่ยังไม่ตอบสนองอย่างเต็มที่ในระยะแรก โดยประเมินจากครีเอตินิน ≥ 3 มก./ดล. ปริมาณปัสสาวะ < 0.5 มล./กก./ชั่วโมง อัตราการกรอง ≤ 40 มล./นาที 3) Immediate Graft Function (IGF) เป็นภาวะที่ไตที่ได้รับปลูกถ่ายฟื้นตัวและทำงานได้ทันทีหลังการผ่าตัด โดยประเมินจากครีเอตินิน < 3 มก./ดล. ปริมาณปัสสาวะ > 0.5 มล./กก./ชั่วโมง อัตราการกรอง > 40 มล./นาที¹⁴ แสดงในภาพ 2



แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายที่ได้รับการระงับความรู้สึก



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการทำงานของไตล่าช้าในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายที่ได้รับการระงับความรู้สึก



ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะและกระบวนการดูแลขณะได้รับการระงับความรู้สึกขณะการปลูกถ่ายไต
การศึกษานี้คัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการปลูกถ่ายไตตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
- กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 17 คน โดยมีคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการปลูกถ่ายไต โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ดังตารางที่ 1
ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการปลูกถ่ายไต (N= 17)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
18-59 ปี	16	94.10
มากกว่า 60 ปี	1	5.90
Mean 35.76 ปี, S.D. 10.97		
เพศ		
ชาย	12	70.60
หญิง	5	29.40
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.50	1	5.90
18.90-22.90	15	88.20
มากกว่า 23	1	5.90
ชนิดของไตจากผู้บริจาค		
ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor kidney transplantation)	11	64.70
ผู้บริจาคที่เสียชีวิต (Cadaveric donor kidney transplantation)	6	35.30
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	13	76.50
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	4	23.50
การบำบัดแทนไตวิธีอื่นก่อนการปลูกถ่ายไต		
Hemodialysis*	13	76.50
Peritoneal Dialysis**	4	23.50
Panel Reactive antibody test (PRA)		
PRA น้อยกว่า 10	16	94.10
PRA มากกว่าหรือเท่ากับ 50	1	5.90
HLA mismatch		
0 mismatch	3	17.61
1-2 mismatch	4	23.52
มากกว่าหรือเท่ากับ 3	10	58.87
การได้รับยากดภูมิคุ้มกันก่อนผ่าตัด		
ได้รับยากดภูมิคุ้มกันก่อนผ่าตัด	17	100

*Hemodialysis =การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **Peritoneal dialysis =การล้างไตทางช่องท้อง



จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการปลูกถ่ายไตจำนวน 17 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-59 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 94.10) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 35.76 ปี (S.D. 10.97) เป็นเพศชาย 12 คน (ร้อยละ 70.60) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ(ร้อยละ 88.20) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต 11 คน (ร้อยละ 64.70) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.50) ได้รับการบำบัดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ก่อนปลูกถ่ายไต 13 คน (ร้อยละ 76.50) ผลการตรวจ Panel Reactive antibody test พบว่าจำนวน 16 คน (ร้อยละ 94.10) มีค่าน้อยกว่า 10 HLA mismatch มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 10 คน (ร้อยละ 58.80) และผู้ป่วยทุกคนก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้รับยาเพื่อกดภูมิคุ้มกันก่อนการผ่าตัด

2.2 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูแลขณะได้รับการระงับความรู้สึกในการปลูกถ่ายไต ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพการดูแลขณะได้รับการระงับความรู้สึกในการปลูกถ่ายไต (N = 17)

การดูแลขณะได้รับการระงับความรู้สึกในการปลูกถ่ายไต	Min-Max	Mean	S.D.
Warm ischemic time (นาที)	0 - 5	2.12	1.93
Cold ischemic time(ชั่วโมง)	0 - 32	7.15	10.61
ระดับการเปลี่ยนแปลงของ Hemoglobin (%)			
Hemoglobin ก่อนปลูกถ่ายไต	28 - 42	35.50	4.56
Hemoglobin หลังปลูกถ่ายไต	26 - 38	32.82	3.21
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ(ml.)			
0.9% saline solution	700 - 1,600	1,275	335.41
Lactated Ringer	550 - 1,700	1,210	502.99

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไตจำนวน 17 คน มีระยะเวลา Warm ischemic time เฉลี่ย 2.12 นาที (S.D. 1.93) ระยะเวลา Cold ischemic time เฉลี่ยที่ 7.15 ชั่วโมง (S.D. 10.61) และจากการติดตามระดับการเปลี่ยนแปลงของ Hemoglobin มีแนวโน้มลดลงหลังการผ่าตัด ในระหว่างการระงับความรู้สึกมีผู้ป่วยที่ได้รับ 0.9% saline solution จำนวน 12 คน (ร้อยละ 70.60) และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับ Lactated Ringer จำนวน 5 คน (ร้อยละ 29.40) โดยปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละกลุ่มมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต

3.1 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ต่อผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Creatinine ในแต่ละช่วงเวลาด้วย Friedman test

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต (N = 17)

ผลลัพธ์หลังปลูกถ่ายไต	Min - Max	Mean	S.D.	p
Creatinine หลังปลูกถ่ายไต (mg/dl)				.001 ^a
- 24 ชั่วโมง	2.26 - 10.34	5.40	2.62	
- 72 ชั่วโมง	1.09 - 6.14	2.61	1.61	
- 1 สัปดาห์	1 - 5	1.79	1.11	
eGFR หลังปลูกถ่ายไตใน 1 สัปดาห์ (mg/dl)	12 - 87	53.86	18.05	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	8 - 19	12.88	3.43	

^aระดับนัยสำคัญที่ .05 a = Friedman test



จากตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในกลุ่มตัวอย่าง 17 คน พบว่า ค่าเฉลี่ย Creatinine หลังปลูกถ่ายไตใน 24 ชั่วโมง 72 ชั่วโมงและ 1 สัปดาห์มีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลา (Mean = 5.40, 2.61, 1.79 ตามลำดับ S.D.= 2.62, 1.61, 1.11 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยครีเอตินินในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ Friedman test มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .001$) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 12.88 วัน (S.D.= 3.43) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 คน ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Delayed graft function และต้องเข้ารับการบำบัดแทนไตใน 1 สัปดาห์หลังปลูกถ่ายไต คิดเป็นร้อยละ 5.88 เมื่อจำแนกออกเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต คือไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Delayed graft function ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตายพบภาวะ Delayed graft function อยู่ที่ร้อยละ 16.67

3.2 ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (N= 16)

ข้อความความคิดเห็นของพยาบาล	Mean (S.D.)	ระดับความคิดเห็น
ด้านการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ในหน่วยงาน	3.38(0.88)	เห็นด้วยมากที่สุด
ด้านความชัดเจน เข้าใจง่าย	3.38(0.81)	เห็นด้วยมากที่สุด
ด้านความสะดวกและง่ายในการดูแลผู้ป่วย	3.44(0.81)	เห็นด้วยมากที่สุด
แนวปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน	3.44(0.81)	เห็นด้วยมากที่สุด
เห็นด้วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	3.50(0.82)	เห็นด้วยมากที่สุด

จากตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจในวิสัญญีพยาบาลจำนวน 16 คนที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไต พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 (S.D.= 0.88) ด้านความชัดเจนเข้าใจง่ายมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 (S.D.= 0.81) ด้านความสะดวกและง่ายในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.44 (S.D.= 0.81) แนวปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.44 (S.D.= 0.81) และการเห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.44 (S.D.= 0.81) ผลการประเมินความพึงพอใจในวิสัญญีพยาบาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไตทุกรายด้านอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

การอภิปรายผล

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁶ ผลของการพัฒนาเกิดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Delayed graft function ในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่ได้รับการระงับความรู้สึกครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตทั้งในระยะก่อนขณะและระยะหลังได้รับการระงับความรู้สึกโดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1. การพยาบาลก่อนได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ 1.1) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจ 1.2) เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงภาวะ Delayed graft function 2. การพยาบาลขณะได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ 2.1) การดูแลขณะผ่าตัดและการรักษาสมดุลของการให้สารน้ำ 2.2) ติดตามภาวะความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 2.3) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะปลูกถ่ายไต 3. การพยาบาลหลังได้รับการระงับความรู้สึก 3.1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมปกติได้เร็วที่สุด 3.2) ประเมินการทำหน้าที่ของไต การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไต ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 7 คน อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 35.76 ปี (S.D. 10.97) เป็นเพศชาย 12 คน และเป็นหญิง 5 คน แบ่งออกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor kidney transplantation) 11 คน (ร้อยละ 64.70) และ 6 คน (ร้อยละ 35.30) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย Cadaveric donor kidney transplantation) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 17 คน พบอัตราการเกิดภาวะ Delayed graft function ร้อยละ 5.88 ซึ่งน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Ingsathit et al.²⁹



และ Larpparisuth et al.²⁸ ที่พบว่าอัตราการเกิดภาวะ Delayed graft function ร้อยละ 36 และ 42 ตามลำดับ ขณะที่การศึกษาของ พิชญ์ ประจันพาศิษย์²² พบภาวะ Delayed graft function ร้อยละ 28.57 โดยในการศึกษาของ พิชญ์ ประจันพาศิษย์³⁶ มีระยะเวลา Cold ischemic time เฉลี่ย 9.80 (S.D.= 6.05) ชั่วโมง ขณะที่การศึกษาคั้งนี้มีระยะเวลา Cold ischemic time เฉลี่ยอยู่ที่ 7.15 (S.D. = 10.61) ชั่วโมง ซึ่งระยะเวลาเฉลี่ยนี้ต่ำกว่าสำหรับค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลจากการศึกษาของ Ingsathit et al.²⁹ อยู่ที่ 16 วัน ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติฯ นี้ พบค่าเฉลี่ยวันนอนที่ 12.88 วัน (S.D. = 3.43) ซึ่งระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า การศึกษาก่อนหน้าจากเปรียบเทียบในภาพรวมทั้งประเทศ ตามรายงานข้อมูลการปลูกถ่ายอวัยวะในปี พ.ศ. 2566 ของสมาคมปลูกถ่าย อวัยวะแห่งประเทศไทยสำรวจข้อมูลจากศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศทั้ง 35 โรงพยาบาล มีการปลูกถ่ายไตทั้งสิ้น 986 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตจำนวน 196 คน และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย 790 คน ในจำนวนนี้เป็น ผู้ป่วยที่เข้ารับการปลูกถ่ายไตที่โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมาจำนวน 24 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตจำนวน 14 คน และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย 10 คน ตามรายงานนี้พบอัตราการเกิดภาวะ Delayed graft function โดยจำแนกเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต ร้อยละ 1.60 และผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย ร้อยละ 14.91 และมีระยะเวลา Cold ischemic time เฉลี่ยในการบริจาคไตผู้ที่สมองตาย เท่ากับ 18.30 ชั่วโมง (S.D. 6.60) จากผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ที่ศึกษา จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 คน พบอัตราการเกิดภาวะ Delayed graft function โดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 5.88 เมื่อจำแนกออกเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต คือไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะ Delayed graft function ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตายพบภาวะ Delayed graft function อยู่ที่ร้อยละ 16.67 ซึ่งอัตรานี้ เมื่อเทียบกับข้อมูลในภาพรวมของทั้งประเทศที่พบ ร้อยละ 14.90 ซึ่งพบว่ายังมีอัตราการเกิดภาวะสูงกว่าเล็กน้อย และจากผลการศึกษาพบว่า มีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า ข้อมูลภาพรวมทั้งประเทศสะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่มุ่งป้องกันภาวะ Delayed graft function ด้วยกระบวนการการป้องกันและติดตามอย่างใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นตัวที่รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้

สรุปผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะไตทำงานล่าช้าในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่ได้รับการระงับความรู้สึกได้รับการพัฒนาบน พื้นฐานของแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด โดยแนวปฏิบัตินี้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อน การระงับความรู้สึกจนถึงระยะหลังการระงับความรู้สึก ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัตินี้มีแนวโน้มช่วยป้องกันภาวะไตทำงาน ล่าช้าลดระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึง ศักยภาพของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและ สร้างมาตรฐานใหม่ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กและการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว อาจทำให้ผลการศึกษาไม่ข้อจำกัดใน การนำไปอ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในภาพรวม ดังนั้นควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ ตลอดจนควบคุมตัวแปรที่อาจ ส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อจำกัดด้านกลุ่มควบคุมในการวิจัย เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาในอนาคต แนะนำให้มีการเพิ่ม กลุ่มควบคุม (Control group) ในการเปรียบเทียบผลของแนวปฏิบัติระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติและกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ โดยสามารถนำข้อมูลเชิงเปรียบเทียบนี้มาช่วยสนับสนุนข้อสรุปของการวิจัยได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น



ข้อเสนอแนะ

1. ควรเน้นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มุ่งเน้นการลดความเสี่ยงของ Delayed Graft Function สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตาย โดยปรับปรุงกระบวนการดูแลและจัดการอาการให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
2. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่พอ และมีการควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษา เช่น อายุของผู้ป่วย ประวัติสุขภาพ หรือวิธีการผ่าตัด เพื่อให้ผลการศึกษานำไปอ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยในภาพรวมได้ รวมถึงเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
3. ควรเพิ่มมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ส่งผลต่อผู้ป่วย รวมถึงความท้าทายที่ต้องเผชิญ โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

References

1. Information and Technology Center, Ministry of Public Health. HDC - Report [Internet]. 2024 [cited 4 Mar 2025]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2024&source=pformatted/format1.php&id=7ac059f4e4e3d08750d2ee23600556af&cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3 (in Thai).
2. Kurniawaty J, Ancilla C, Arovah NI. Anesthesia in renal transplant. *Jurnal Komplikasi Anestesi*. 2023;10(3):62–70.
3. Li MT, Ramakrishnan A, Yu M, Daniel E, Sandra V, Sanichar N, et al. Effects of delayed graft function on transplant outcomes: A meta-analysis. *Transplant Direct*. 2023;9(2):1433.
4. Chutipongtanate A, Kantain A, Inksathit A, Kantachuesiri S, Sumethkul V, Jirasiritham S, et al. Perioperative hemoglobin decrement as an independent risk of poor early graft function in kidney transplantation. *BMC Res Notes*. 2020;13:1–7.
5. Thai Transplant Society. Registry Book 2023 update [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 10]. Available from: <https://www.transplantthai.org/?page=annual-report>
6. Ratanasunthorn P, Prommool S, Kurathong P, Kurathong S. Posttransplantation Anemia: Etiology, Diagnosis and Management. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*. 2013;57(3):171–8. (in Thai).
7. Mendez NV, Raveh Y, Livingstone JJ, Ciancio G, Guerra G, Burke GW, et al. Perioperative risk factors associated with delayed graft function following deceased donor kidney transplantation: A retrospective, single center study. *World J Transplant*. 2021;11(4):114.
8. De Gasperi A, Narcisi S, Mazza E, Bettinelli L, Pavani M, Perrone L, et al. Perioperative fluid management in kidney transplantation: is volume overload still mandatory for graft function? In: *Transplantation proceedings*. Elsevier; 2006. p. 807–9.
9. American Association of Nurse Anesthesiology. AANA | Enhanced Recovery After Surgery [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.aana.com/practice/clinical-practice/clinical-practice-resources/enhanced-recovery-after-surgery/>
10. Dias BH, Rana AAM, Olakkengil SA, Russell CH, Coates PTH, Clayton PA, et al. Development and implementation of an enhanced recovery after surgery protocol for renal transplantation. *ANZ J Surg*. 2019 Oct 1;89(10):1319–23.



11. Shoskes DA, Halloran PF. Delayed graft function in renal transplantation: etiology, management and long-term significance. *J Urol.* 1996;155(6):1831–40.
12. Budhiraja P, Reddy KS, Butterfield RJ, Jadlowiec CC, Moss AA, Khamash HA, et al. Duration of delayed graft function and its impact on graft outcomes in deceased donor kidney transplantation. *BMC Nephrol.* 2022;23(1):1–12.
13. Management of delayed graft function – edren.org [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 11]. Available from: <https://edren.org/ren/handbook/transplant-handbook/management-of-delayed-graft-function/?form=MG0AV3>
14. Calixto Fernandes MH, Schricker T, Magder S, Hatzakorzian R. Perioperative fluid management in kidney transplantation: a black box. *Crit Care.* 2018;22:1–10.
15. Wagener G, Bezinover D, Wang C, Kroepfl E, Diaz G, Giordano C, et al. Fluid management during kidney transplantation: a consensus statement of the Committee on Transplant Anesthesia of the American Society of Anesthesiologists. *Transplantation.* 2021;105(8):1677–84.
16. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America.* 2000;35(2):301–9.
17. Joanna Briggs Institute. JBI Critical Appraisal Tools JBI [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
18. Sharif A, Borrows R. Delayed graft function after kidney transplantation: the clinical perspective. *American Journal of Kidney Diseases.* 2013;62(1):150–8.
19. Lubetzky M, Tantisattamo E, Molnar MZ, Lentine KL, Basu A, Parsons RF, et al. The failing kidney allograft: A review and recommendations for the care and management of a complex group of patients. *Am J Transplant.* 2021;21(9):2937–49.
20. Lafranca JA, IJermans JNM, Betjes MGH, Dor FJMF. Body mass index and outcome in renal transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2015;13:1–18.
21. Amer A, Scuffell C, Downen F, Wilson CH, Manas DM. A national survey on enhanced recovery for renal transplant recipients: current practices and trends in the UK. *Ann R Coll Surg Engl.* 2023;105(2):166–72.
22. Schmid S, Jungwirth B. Anaesthesia for renal transplant surgery: an update. *Eur J Anaesthesiology.* 2012;29(12):552–8.
23. Kolodzie K, Cakmakkaya OS, Boparai ES, Tavakol M, Feiner JR, Kim MO, et al. Perioperative normal saline administration and delayed graft function in patients undergoing kidney transplantation: A retrospective cohort study. *Anesthesiology.* 2021;135(4):621–32.
24. Lukaszewski M, Kosiorowska K, Banasik M, Koscielska-Kasprzak K, Krajewska M. Assessment of hemoglobin levels in patients qualified for kidney transplantation in the perioperative period and its impact on the occurrence of delayed graft function. In: *Transplant Proc.* Elsevier; 2020. p. 2059–61.
25. Udomkarnjananun S, Townamchai N, lampenkhae K, Petchlorlian A, Srisawat N, Katavetin P, et al. Furosemide stress test as a predicting biomarker for delayed graft function in kidney transplantation. *Nephron.* 2019;141(4):236–48.



26. Seo CH, Ju J Il, Kim MH, Jun KW, Ahn SH, Hwang JK, et al. Risk factors and long-term outcomes of delayed graft function in deceased donor renal transplantation. *Ann Surg Treat Res.* 2015;89(4):208-24.
27. Premasathian N, Avihingsanon Y, Ingsathit A, Pongskul C, Jittiganont S, Sumethkul V. Risk factors and outcome of delayed graft function after cadaveric kidney transplantation: a report from the Thai Transplant Registry. *Transplant Proc.* 2010;42(10):4017-20.
28. Larpparisuth N, Cheungpasitporn W, Lumpaopong A. Global perspective on kidney transplantation: Thailand. *Kidney360.* 2021;2(7):1163-5.
29. Ingsathit A, Avihingsanon Y, Rattanasiri S, Premasathian N, Pongskul C, Jittiganont S, et al. Different etiologies of graft loss and death in Asian kidney transplant recipients: a report from Thai Transplant Registry. In: *Transplant Proc. Elsevier;* 2010. p. 4014-6.
30. Newstead C. Management of the peri-operative and critically ill renal transplant patient. *Curr Anaesth Crit Care.* 2010;21(2):75-7.
31. Consortium ANS. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II Instrument [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 16]. Available from: <http://www.agreetrust.org>
32. Medical Research and Technology Assessment Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Tool for Quality Assessment of Guidelines for Research and Evaluation (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; AGREE II) [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar 13]. Available from: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>
33. Sukyai S, Kamyang W, Wongyutthajak J, Websoongnoen C. The effects of clinical nursing practice guideline development on nursing outcomes in patients with traumatic brain injury. *Journal of Health and Nursing Education.* 2022;28(2):1-18. (in Thai).
34. Yamrattanakul W, Jiraphan A. Clinical practice guidelines for the management of anxiety and depression in patients with stroke: a systematic review. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2021;29(2):161-76. (in Thai).
35. University of Edinburgh. Edinburgh Renal Unit. 2024 [cited 2025 Mar 11]. Transplant assessment – edren.org. Available from: <https://edren.org/ren/handbook/transplant-handbook/transplant-assessment/>
36. Prachanphanit P. Study on the Outcomes of Kidney Transplant Surgery from Brain-Dead Donors and Post-Surgical Complications in Udonthani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal.* 2020;28(2):212-9. (in Thai).



คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: การศึกษาแบบสหสถาบัน

เอี่ยมพร สุ่มมาตย์ ส.ด.¹

มนธิดา แสงเรืองเอก ส.ด.²

กิติพงษ์ เรือนเพชร พย.ม.³

วิราพร สืบสุนทร พย.ม.⁴

(วันรับบทความ: 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 19 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 25 มีนาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตและศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ทำการเก็บข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลไทย 3,750 คน จาก 15 สถาบันการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการกิน คุณภาพการนอนหลับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความเครียด และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการกิน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.94 และ ความเที่ยง เท่ากับ 0.83 ตามลำดับ ใช้การประมาณค่าความชุกคุณภาพชีวิต ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบไบนารีในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต และใช้พื้นที่ใต้โค้งอาร์ โอ ซี จากตัวแบบสุดท้ายในการทำนาย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

นักศึกษาพยาบาลจำนวน 3,750 คนที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 72.54 (70.53-73.43) มีคุณภาพชีวิตระดับดีร้อยละ 22.46 (21.17-23.88) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตระดับดี ได้แก่ คะแนนคุณภาพการนอนที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน (OR=1.18; 1.02-1.06) พฤติกรรมการกินระดับดี (OR=1.78; 1.46-2.18) ความเครียดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (OR=1.94; 1.63-2.30) และพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงดี (OR=2.50; 2.10-2.99) ตามลำดับ นอกจากนี้ตัวแบบสุดท้ายทำนายคุณภาพชีวิตระดับดีได้ร้อยละ 74 (พื้นที่ใต้โค้ง อาร์ โอ ซี=0.74; 0.73-0.76, $p<.001$) บ่งชี้ถึงตัวแบบสามารถแยกนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตดีได้ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายในการสร้างโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้บริหารการศึกษาทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพกาย จิต และคุณภาพการนอน เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต นักศึกษาพยาบาล ความเครียด ปัจจัยทำนาย

¹อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

²อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

³อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

⁴อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: wiraporn.s@nrru.ac.th Tel: 084-926-5624



Quality of life and predictive factors among nursing students in the northeast of Thailand: a multicenter study

Ueamporn Summart Dr.PH¹
Monthida Sangruangake Dr.PH²
kitipong Ruanphet M.S.N.³
Wiraporn Suebsoontorn M.S.N.⁴

(Received Date: February 22, 2025, Revised Date: March 19, 2025, Accepted Date: March 25, 2025)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to explore quality of life (QOL) and predictive factors among nursing students in Northeastern Thailand. Of 3,750 Thai nursing students were enrolled from 15 universities located in Northeastern Thailand using multi-stage simple random sampling. The data were collected using self-administered questionnaires including baseline characteristics, eating behavior, quality of sleep, exercise behavior, stress, and QOL. The content validity and reliability of the eating behavior questionnaire were 0.94 and 0.83, respectively. The prevalence of good QOL was estimated. Binary logistic regression was employed to identify factors predicting QOL, and the area under the ROC curve was used to assess model discrimination. A p-value of less than .05 was considered significant.

In total, 3,750 nursing students were enrolled in this study. Most of them, 72.7% (70.53-73.43) reported experiencing a moderate level of QOL, while 22.46% (21.17-23.88) reported a good QOL. Factors predicting good QOL were increased quality of sleep by 1 point (OR=1.18; 1.02-1.06), good eating behavior (OR=1.78; 1.46-2.18), mild to moderate stress level (OR=1.94; 1.63-2.30), and moderate to good exercise behavior (OR=2.50; 2.10-2.99), respectively. Likewise, the total model successfully predicted a good QOL 74.0% of the time (area under ROC curve=0.74; 0.73-0.76, $p<.001$), indicating that this model could differentiate between nursing students who reported a good QOL and those who did not. Our findings may contribute to the emergence of policies and interventions that focus on factors predicting a good QOL. As a result, nursing education administrators should emphasize the necessity of promoting physical and mental health and quality of sleeping in these students to improve their QOLs.

Keywords: quality of life, nursing students, stress, predicting factors

¹Lecturer, Department of Child and Adolescent, Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

²Lecturer, Department of Adult and aging Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

³Lecturer, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Western University

⁴Lecturer, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

⁴Corresponding authors, Email: wiraporn.s@nrru.ac.th Tel: 084-926-5624



บทนำ

เมื่อเข้าสู่การเรียนในระดับอุดมศึกษา นักศึกษาทุกคนต้องเผชิญกับการปรับตัวในสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่น การปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม การเรียนการสอน เพื่อเตรียมความพร้อมไปสู่อนาคต¹ อย่างไรก็ตามสถานการณ์เหล่านี้มักก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี และคุณภาพชีวิตของบุคคลกลุ่มนี้^{2,3} นักศึกษาพยาบาลเป็นสาขาวิชาศาสตร์สุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเช่นเดียวกับนักศึกษาอุดมศึกษาในสาขาวิชาอื่น ๆ และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดมากกว่าสาขาอื่น ๆ อีกด้วย เช่น ความเครียดที่เกิดจากกิจกรรมการเรียน การสอนทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ การดูแลรักษาและวินิจฉัยโรค การดูแลผู้ป่วย รวมถึงทักษะในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และความคลาดเคลื่อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย⁴ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาในการนอน จะมีปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากความเครียด มากกว่านักศึกษาสาขาอื่น ๆ โดยปัจจัยสำคัญเกิดจากกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนที่มีการผสมผสานกันระหว่างระหว่างการสอนภาคทฤษฎีและการปฏิบัติทางคลินิก^{5,6}

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในช่วงเวลาของการขึ้นฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาพยาบาลจะมีความเครียดในระดับปานกลางถึงรุนแรง^{5,7-9} นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดสูงมักมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน อีกทั้งอาจมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว⁸ Kleiveland และคณะ¹⁰ ทำการศึกษานักศึกษาพยาบาลในประเทศนอร์เวย์ โดยศึกษาผลกระทบของความเครียดกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่า ระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ยังมีรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในนักศึกษาพยาบาลที่พบว่า ความยืดหยุ่นและความเครียดในระดับต่ำ เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ประเมินจากภาวะความเป็นอยู่ที่ดี⁹

องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อ ตำแหน่งชีวิตของตนในบริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าต่าง ๆ ที่เขาเกี่ยวข้องอยู่ โดยมีความสัมพันธ์กับ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคมและสภาวะแวดล้อม³ คุณภาพชีวิตมีบทบาทสำคัญกับนักศึกษาพยาบาลเนื่องจาก คุณภาพชีวิตส่งผลต่อความผิดปกติทางจิต การมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ผลกระทบต่อผลการเรียน และผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลในอนาคต^{4,11} ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการศึกษาที่สังเกตเห็นความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากขึ้น และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ประกอบไปด้วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ชั้นปีที่ศึกษา คุณภาพการนอน และรายได้ของครอบครัว^{7,12-14} ที่ผ่านมา มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก^{12,13,15-17} อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง ขนาดใหญ่ พบการศึกษาของ วาริณี ร่มวาปี และคณะ¹⁸ ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 142 คน ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ระลอก 3 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันอุดมศึกษาเอกชนภาคกลาง จำนวน 568 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน¹⁹ และจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาคุณสมบัติของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านจิตวิทยาในนักศึกษาอุดมศึกษาจำนวน 407 คน ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี²⁰ ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาดังกล่าวมาอ้างอิงในประชากรกลุ่มนี้

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบสหสถาบัน ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน 15 สถาบันในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากเป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดที่สำคัญในการศึกษาภาวะพื้นฐานหรือสถานะของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านสุขภาพกายจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการบริหารจัดการด้านการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมและสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

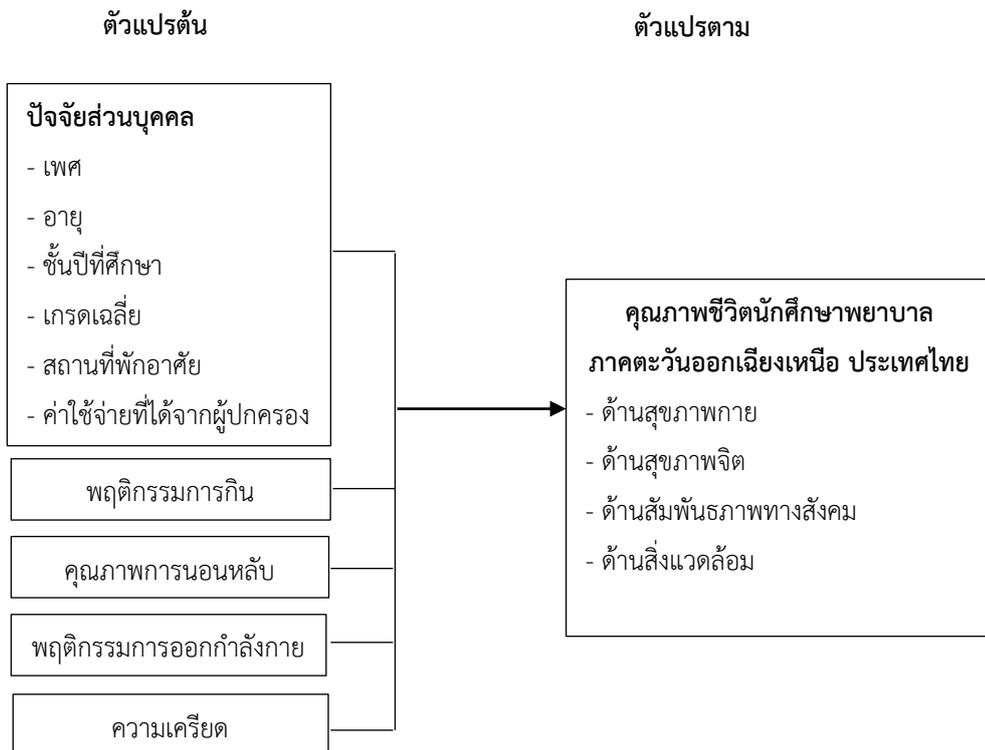


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต นักศึกษาพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกิน คุณภาพการนอน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ ความเครียด สรุปรูปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันภาครัฐและเอกชน 15 สถาบัน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นักศึกษาพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย: การศึกษาแบบสหสถาบัน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตั้งแต่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 ในสถาบันศึกษา 15 สถาบัน ทั้งในภาครัฐและเอกชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้นประมาณ 6,700 คน



เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- เป็นนักศึกษาพยาบาลในสถาบันที่ร่วมโครงการวิจัย อายุ 18 ปี ขึ้นไป
- สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามภายหลังการอ่านคำอธิบาย และเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- แบบสอบถามชุดที่ส่งข้อมูลไม่สมบูรณ์ ในตัวแปรที่สำคัญ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรจำกัด²¹ โดยในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรเป้าหมาย คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในสถาบันรัฐบาลและเอกชน 15 สถาบัน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จำนวนประมาณ 6,700 คน โดยมีสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{N_p(1-p)z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\alpha/2}^2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากร

P = หมายถึง ค่าสัดส่วนของ นักศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตระดับดี จากการศึกษานำร่อง นักศึกษา 100 คน มีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 20 ($P=0.20$) d = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ กำหนดที่ 0.03

$z_{1-\alpha/2}^2$ = คลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ระดับ .05 มีค่าเท่ากับ 1.96 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3,100 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ร้อยละ 15 ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,440 คน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบสหสถาบันซึ่งมีจำนวนนักศึกษาแตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อความเป็นตัวแทนที่ดี จึงทำการเก็บตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage simple random sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่มแบ่งชั้นภูมิ (Proportional Stratified Sampling) ตามสัดส่วนของนักศึกษาพยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์แต่ละสถาบันในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) จากนั้นแต่ละสถาบันทำการสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic simple random sampling จากรหัสประจำตัวของนักศึกษา โดยมีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจากทั้งหมด 15 สถาบัน และทำการตรวจสอบข้อมูลแล้วสามารถนำเข้ามาในการวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวนทั้งสิ้น 3,570 คน เพื่อความเป็นตัวแทนที่ดีของนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงนำเข้ามาในการศึกษาทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบเอง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบไปด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา เกรดเฉลี่ย สถาบันที่ศึกษา ลักษณะที่พ้ออาศัยปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมกรรมกิน ดัดแปลงจากการศึกษาของมัทนาวดี เมธาพัฒนา²² มีทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบบ 5 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 1 หมายถึง ไม่กินเลย คะแนน 2 หมายถึง กินบางวัน (1-2 วัน/สัปดาห์) คะแนน 3 หมายถึง กินบ่อยครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์) และคะแนน 4 หมายถึง กินเป็นประจำ (5-6 วัน/สัปดาห์) และ 5 กินทุกวัน หมายถึง กินทุกวัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนแต่ละข้อตามความบ่อยของพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1 – 90 คะแนน รวมคะแนนรายข้อแบ่งออกเป็น 3 ระดับ แปลความหมายพฤติกรรมกรรมบริโภคอาหารโดยรวมตามหลักเกณฑ์ของ Bloom²³ ได้ดังนี้ โดย ระดับสูง มีคะแนนระหว่าง 72-90 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนระหว่าง 54-71.99 คะแนน และ ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1-53.99 คะแนน



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก²⁴ ในคนอายุ 18-64 ปี ดังนี้ ออกกำลังกาย น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายแบบหนักมาก (Vigorous intensity) น้อยกว่า 75 นาที/สัปดาห์ จัดเป็น มีความเฉื่อยชาทางกาย (Inactive activity)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ดัดแปลงจากการศึกษาของเยาเวพา ชูถึง²⁵ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบให้ เลือกตอบ (Check list) ประกอบด้วยคำถามการนอนหลับเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับ 2 ข้อ ระยะเวลาการนอนหลับ 1 ข้อ ความต่อเนื่องของการนอนหลับ 3 ข้อ ความรู้สึกต่อการนอนหลับ 3 ข้อ และผลต่อการทำกิจกรรม ในตอนกลางวัน 2 ข้อ และ คำถามเชิงบรรยายเกี่ยวกับปัจจัยรบกวนการนอนหลับ 1 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 1 - 44 คะแนน คะแนนที่สูงกว่าแสดงถึงคุณภาพ การนอนหลับที่ดีกว่า โดยรวมคะแนนรายข้อแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้ดังนี้ คุณภาพการนอนสูง คะแนนระหว่าง 35-44 คะแนน คุณภาพการนอนปานกลาง คะแนนระหว่าง 26-34 คะแนน และ คุณภาพการนอนระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1 -25 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการประเมินระดับความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบบ 5 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก คะแนน 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย คะแนน 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-100 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงถึงบุคคลมีระดับความเครียดมากขึ้นเท่า นั้น การแปลผลดังนี้ ความเครียดระดับรุนแรง ได้คะแนนตั้งแต่ 62 ขึ้นไป มีความเครียดในระดับสูง ระดับคะแนน 42-61 คะแนน มีความเครียดในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 24-41 คะแนน และมีความเครียดระดับน้อย ระดับคะแนน 0-23 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามที่นำมาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ((World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI) มี 26 ตัวชี้วัด ซึ่งคัดเลือกมา จากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL- 100) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) มีทั้งหมด 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มาตราวัดของ แบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ไม่เลย (1 คะแนน) คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน การแปลผล คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ระดับคะแนน 26 - 60 คะแนน คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ระดับคะแนน 61 - 95 คะแนน และ คุณภาพชีวิตที่ดี ระดับคะแนน 96 - 130 คะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรวัดผลหลัก เป็นตัวแปรกลุ่มแบบชนิด Dichotomous ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต ออกเป็นคุณภาพชีวิตที่ดี (ให้รหัสเป็น 1) และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี/ปานกลางเข้าไว้ด้วยกัน (ให้รหัสเป็น 0) ส่วนตัวแปรต้น คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ และระดับความเครียด ได้ทำการจัดกลุ่มเป็นตัวแปรกลุ่ม แบบสองตัวเลือกเช่นกัน เพื่อให้เหมาะสมต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลการศึกษา อย่างไรก็ตาม ตัวแปรคุณภาพ การนอน เมื่อนำไปจัดกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนระดับต่ำทั้งหมด (ร้อยละ 100) ซึ่งนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับตัวแปรตามใน รูปแบบตัวแปรต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมการกิน²² ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.83 ในการศึกษานี้หาความเชื่อมั่นซ้ำได้ เท่ากับ 0.89



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรอง เลขที่ 013/2567 วันที่ให้การรับรอง 15 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมถึงแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ตลอดจนนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้ในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจอย่างมิดชิด และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายลักษณะส่วนบุคคล ระดับคุณภาพชีวิต จำแนกเป็นรายด้านและในภาพรวม กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรแจกแจง นำเสนอด้วย จำนวน และร้อยละ

2. ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตระดับดี ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) ซึ่งการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตระดับดี โดยมีขั้นตอนดังนี้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่ (Bivariate) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับตัวแปรตามทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น ๆ มีรายละเอียดดังนี้ กรณีตัวแปรต้น ที่ศึกษาเป็นตัวแปรแบบทวินาม ที่มีค่าได้ 2 ค่า เช่น เพศ จะทำการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติไคสแควร์ กรณีตัวแปรต้นตัวแปรแจกแจงแบบที่มีค่ามากกว่าสองค่า (Polytomous) จะทำการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ สถิติไคสแควร์ คำนวณค่า OR ในแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เป็นตัวอ้างอิง (Referent Group) โดยมีการสร้างตัวแปรขึ้นใหม่ เรียกว่า ตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนการทดสอบความสัมพันธ์ นำเสนอค่า Crude odds ratio (OR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI) และค่า p-value ซึ่งใช้สำหรับคัดกรองตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตระดับดี เข้าโมเดลในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) ใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระออกจากสมการทีละตัวแปร โดยวิธี ขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination method) ในขั้นต่อไปนำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95%CI) และค่า p-value นอกจากนี้ ยังใช้พื้นที่ใต้โค้ง ROC (C-statistics และ 95% CI) เพื่อประเมินความสามารถในการจำแนกของโมเดล

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,570 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 3,295 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 อายุเฉลี่ย 20.29 (S.D. = 2.12) ปี กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 มากที่สุด จำนวน 1,208 คน คิดเป็นร้อยละ 33.81 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=3,570)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	375	7.69
หญิง	3295	92.31
อายุ (ปี)		
Mean (S.D.)	20.29(2.12)	
ชั้นปีที่กำลังศึกษา		
ปี 1	1,208	33.81
ปี 2	1,060	29.68
ปี 3	761	21.30
ปี 4	541	15.21
เกรดเฉลี่ย		
Mean (S.D.)	3.18(0.37)	
สถานที่พักอาศัย		
หอพักในมหาวิทยาลัย	2,567	72.57
นอกมหาวิทยาลัย	969	27.43
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง(บาท/เดือน)		
Mean (S.D.)	5,191.42 (2423.48)	
Median (min: max)	5,000 (1,000:18,000)	
พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	2,557	71.58
ดื่ม	1,013	28.42
พฤติกรรมกรรมการกิน		
ไม่ดี	2,839	79.49
ดี	731	20.51
Mean (S.D.)	47.10(8.01)	
คุณภาพการนอนหลับ		
ไม่ดี	3,570	100.00
ดี	0	0.00
Mean (S.D.)	30.72(3.52)	
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย		
น้อย	2,556	71.58
ปานกลางถึงมาก	1,014	28.42
Mean (S.D.)	41.17(6.36)	
ความเครียด		
น้อย/ปานกลาง	1,344	37.67
มาก/รุนแรง	2,226	62.33
Mean (S.D.)	43.36(5.31)	

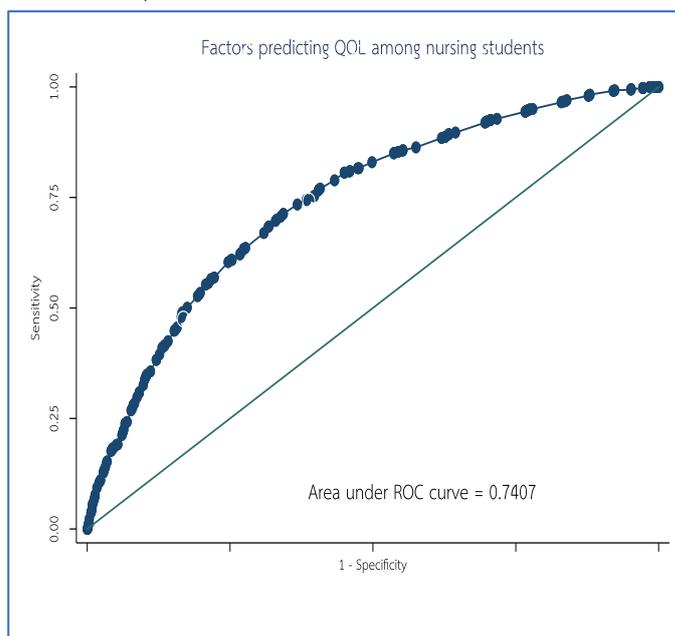


2. ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้านและคุณภาพโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตจำแนกรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลางมากที่สุด โดยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.62 และมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.14 ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ด้อยที่สุด จำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 ในส่วนคุณภาพชีวิตในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 2,595 คน คิดเป็นร้อยละ 72.76 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับดี มีจำนวน 805 คน คิดเป็นร้อยละ 22.42 (95%CI: 21.17-23.88) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้านและในภาพรวม (n=3,570)

WHOQOL-BREF Domains	Mean (S.D.)	คะแนนเฉลี่ย (1-5)	ระดับคุณภาพชีวิต		จำนวน (ร้อยละ) ดี
			ไม่ดี	ปานกลาง	
ด้านสุขภาพกาย	20.71(3.30)	2.96	226 (6.28)	3,127 (87.52)	217 (6.20)
ด้านจิตใจ	19.44(2.81)	2.78	336 (9.38)	2,515 (70.42)	719 (20.20)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.86(2.44)	3.62	190 (5.30)	1,808 (50.56)	1,572 (44.14)
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.68(5.42)	3.21	285 (8.10)	2,535 (71.25)	750 (20.65)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	84.97(14.81)	3.54	170 (4.82)	2,595 (72.76)	805 (22.42)

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ ซึ่งไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย (OR=3.05, 95% CI: 2.57-3.60, $p<.001$) ความเครียด (OR=2.25, 95% CI: 1.92-2.63, $p<.001$) พฤติกรรมการกิน (OR=2.00, 95% CI: 1.67-2.39, $p<.001$) และ คุณภาพการนอนหลับ (OR=1.27, 95% CI: 1.18-1.24, $p<.001$) ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p<.25$ และตัวแปรที่พบความสัมพันธ์จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อนำเข้าสู่โมเดลตั้งต้น สำหรับการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ประกอบด้วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย (OR=2.50, 95% CI: 2.10-2.99, $p<.001$) ความเครียด (OR=1.94, 95% CI: 1.63-2.30, $p<.001$) พฤติกรรมการกิน (OR=1.78, 95% CI: 1.46-2.18, $p<.001$) และ คุณภาพการนอนหลับ (OR=1.18, 95% CI: 1.14-1.21, $p<.001$) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 3 และ 4 นอกจากนี้ ปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 74 (95% CI: 72.67-75.50) ดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 พื้นที่ใต้โค้ง อาร์ โอ ซี ปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



ตารางที่ 3 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=3,570)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละคุณภาพชีวิต ระดับดี	Crude OR	95%CI	p-value
เพศ					.448
ชาย	218	20.69	1*		
หญิง	2,547	22.71	1.12	0.83-1.52	
อายุ (ปี)	3,570	-	0.99	0.95-1.03	.642
ชั้นปีที่กำลังศึกษา					
ปี 1	1,208	22.68	1*		.347
ปี 2	1,060	22.26	0.97	0.80-1.18	
ปี 3	761	20.89	0.90	0.72-1.12	
ปี 4	541	25.10	1.14	0.90-1.45	
เกรดเฉลี่ย	3,570	-	1.28	0.96-1.70	.088
สถานที่พักอาศัย					.243
นอกมหาวิทยาลัย	969	21.24	1*		
หอพักในมหาวิทยาลัย	2,567	22.90	1.11	0.93-1.33	
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง	3,570	-	1.00	0.99-1.00	.430
พฤติกรรมมาริกิน					<.001*
ไม่ดี	2,765	19.78	1*		
ดี	805	33.12	2.00	1.67-2.39	
คุณภาพการนอนหลับ	3,570	-	1.27	1.18-1.24	<.001*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย					<.001*
น้อย	2,556	16.72	1*		
ปานกลางถึงมาก	1,014	37.71	3.05	2.57-3.60	
ความเครียด					<.001*
มาก/รุนแรง	2,226	17.12	1*		
น้อย/ปานกลาง	1,344	37.61	2.25	1.92-2.63	

*Referent group



ตารางที่ 4 การวิเคราะห์เชิงพหุปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=3,570)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละคุณภาพชีวิต ระดับดี	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
คุณภาพการนอนหลับ	3,570	-	1.27	1.18	1.14-1.21	<.001
พฤติกรรมการกิน						<.001
ไม่ดี	2,765	19.78	1*	1*		
ดี	805	33.12	2.00	1.78	1.46-2.18	
พฤติกรรมการออกกำลังกาย						<.001
น้อย	2,556	16.72	1*	1*		
ปานกลางถึงมาก	1,014	37.71	3.05	2.50	2.10-2.99	
ความเครียด						<.001
มาก/รุนแรง	2,226	17.12	1*	1*		
น้อย/ปานกลาง	1,344	37.61	2.25	1.94	1.63-2.30	

*Referent group

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.54 มีคุณภาพชีวิตดี 805 คน คิดเป็นร้อยละ 22.46 (95%CI: 21.17-23.88) และเมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือในสมการแล้วพบว่า นักศึกษาพยาบาล ที่มีคะแนนคุณภาพการนอนเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีเพิ่มขึ้น 1.18 เท่า นักศึกษาพยาบาล ที่มีพฤติกรรมการกินดี มีคุณภาพชีวิตดีเพิ่มขึ้น 1.78 เท่าเมื่อเทียบกับนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการกินไม่ดี นักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงมาก มีคุณภาพชีวิตดี 2.50 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับน้อย และ นักศึกษาที่มีความเครียดระดับน้อย ถึงปานกลางมีคุณภาพชีวิตดี 1.94 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียดสูงถึงระดับรุนแรง ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ วาริณี ร่มวาปี และคณะ¹⁸ เมื่อจำแนกรายด้าน คุณภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด บ่งบอกถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากสัมพันธภาพของนักศึกษาที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เนื่องจากในหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาลจะมีการติดตามนักศึกษาทั้งในด้าน ผลการเรียนรู้ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติ เพราะหน้าที่ครูและศิษย์มาจากฐานของความสัมพันธ์ รวมถึงมีชมรมและกิจกรรมต่างๆให้นักศึกษาที่มีความสนใจได้มีกิจกรรมร่วมกัน ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา^{16,26} และจากลักษณะหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาล ซึ่งมีการเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด การจัดการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมกับการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำงานเป็นทีม²⁷ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านจิตใจ เนื่องจากลักษณะของหลักสูตรและมีจุดเน้นที่สำคัญคือ การศึกษาเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์และต้องลงมือฝึกปฏิบัติจริงกับชีวิตมนุษย์ จึงต้องมีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี การฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงหรือกับผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย ทำให้ผู้เรียนมีความเหนื่อยล้า มีความเครียดจากการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยทำให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อย และมีงานมอบหมายจำนวนมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมทางกาย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและปัจจัยเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง^{19,28} ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาค้นคว้าว่าคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับน้อยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.58



ผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา^{16,26} อย่างไรก็ตามเมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้าน ระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านรายงานการศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านจะมีความแตกต่างกันไป เพศ ประเทศ ที่อยู่อาศัย และรายได้ของครอบครัว¹³

2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต นักศึกษาพยาบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย โดยพบว่า

2.1 นักศึกษาพยาบาล ที่มีคะแนนคุณภาพการนอนเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีเพิ่มขึ้น 1.18 เท่า สามารถอธิบายได้ว่า การนอนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อ ความเหนื่อยล้า ความเครียด และความวิตกกังวล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุให้คุณภาพชีวิตลดลง^{26,28} การนอนหลับที่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงจะส่งผลต่อความจำและการตอบสนองและลดสมรรถนะในการเรียนรู้¹ ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคุณภาพการนอนในระดับต่ำ เนื่องจากลักษณะของหลักสูตร และการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 ที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและงานที่รับผิดชอบ ทำให้ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน ต้องปฏิบัติงานแต่เช้าหรืออยู่เวรบ่อย เวรดึก ทำให้การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอหรือเปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา^{1,19,26,28}

2.2 นักศึกษาพยาบาล พฤติกรรมการกินดี มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 1.78 เท่าเมื่อเทียบกับนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการกินไม่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในแต่ละวัน นักศึกษาต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ มากมายไม่ว่าจะเป็นการตื่นนอนตั้งแต่เช้าเพื่อออกเดินทางจากหอพักมาเรียนหนังสือที่มหาวิทยาลัยหรือไปขึ้นฝึกปฏิบัติงานตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งต้องเผชิญกับการจราจรที่ติดขัด จนบางครั้งไม่ได้รับประทานอาหารเช้าหรือไม่ก็รีบหาซื้อและรับประทานอาหารที่ทานได้สะดวกและง่าย โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร ทำให้นักศึกษาเหล่านี้มีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของ มัณฑนาวัตติ เมธาพัฒนะ²² ที่ทำการศึกษากิจกรรมการบริโภคอาหารในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครและสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Xiu Yun Wu และคณะ²⁹ ที่พบว่า การรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มีประโยชน์และพฤติกรรมการกินไม่ดีมีความสัมพันธ์กับ ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ในเด็กและวัยรุ่น

2.3 นักศึกษาที่มีความเครียดระดับน้อย ถึงปานกลางมีคุณภาพชีวิตดี 1.94 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียดสูงถึงระดับรุนแรง อธิบายได้ว่าเนื่องจากลักษณะของหลักสูตร นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความเครียดตลอดเวลาจากทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman³⁰ อธิบายไว้ว่า ความเครียดเป็นตัวกระตุ้น อารมณ์ ปฏิกริยาต้านร่างกายและสังคม และถ้าเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานโดยไม่สามารถหาหนทางในการแก้ไขปัญหาได้ จึงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ทำการศึกษาในพยาบาล 550 คน จาก 6 โรงพยาบาลในประเทศจอร์แดน³¹ และสอดคล้องกับรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบที่พบ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด และคุณภาพชีวิต โดยพบว่า ความเครียดระดับเล็กน้อย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁹

2.4 นักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงมาก มีคุณภาพชีวิตดี 2.50 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับน้อย อธิบายได้ว่า การออกกำลังกายสามารถเพิ่มสมรรถนะทางกาย และสภาวะสุขภาพจากการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ลดความเมื่อยล้า และทำให้แบบแผนการนอนหลับดีขึ้น จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Damayanti และคณะ³² ที่ทำการศึกษาผลโปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ในหมู่เกาะบาหลี ประเทศอินโดนีเซีย นอกจากนี้การออกกำลังกายยังส่งผลให้สมองหลังสารสื่อประสาทและสารเอ็นโดรฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ที่ส่งผลทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ลดระดับความเครียด และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต³³

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในนักศึกษาพยาบาลในสถาบันภาครัฐและเอกชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ผลการศึกษานี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีประกอบไปด้วย คุณภาพการนอน พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับความเครียด โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีได้ร้อยละ 74



ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางซึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลพร้อมเพียงกัน ดังนั้น จึงมีข้อจำกัดสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลแต่อย่างไรก็ตามสามารถนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาแบบติดตามในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ไปใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้บริหารการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ในแต่ละด้านไปใช้ในการพิจารณาเพื่อกำหนดนโยบาย วางแผนหรือกำหนดเป้าหมายในการจัดการเรียนการสอน รวมทั้งงานกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เพื่อมุ่งให้นักศึกษาพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งควรสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพกาย จิตใจ และคุณภาพการนอน เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

References

1. Salvi CPP, Mendes SS, Martino MM. Profile of nursing students: quality of life, sleep and eating habits. *Rev Bras Enferm.* 2020;73:e20190365.
2. Felicilda-Reynaldo RFD, Cruz JP, Papathanasiou IV, Helen Shaji JC, Kamau SM, Adams KA, et al. Quality of life and the predictive roles of religiosity and spiritual coping among nursing students: a multi-country study. *J Relig Health.* 2019;58:1573–91.
3. Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998;28(3):551-8.
4. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou IV, Edet OB, Tsaras K, Christos KF, et al. A cross-country comparative study on stress and quality of life in nursing students. *Perspect Psychiatr Care.* 2018;54(4):469–76.
5. Bartlett ML, Taylor H, Nelson JD. Comparison of mental health characteristics and stress between baccalaureate nursing students and non-nursing students. *J Nurs Educ.* 2016;55(2):87–90.
6. Ribeiro ÍJ, Pereira R, Freire IV, de Oliveira BG, Casotti CA, Boery EN. Stress and quality of life among university students: A systematic literature review. *Health Pro Educ.* 2018;4(2):70–7.
7. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Papathanasiou IV, Edet OB, Tsaras K, Leocadio MC, et al. Stress and coping strategies among nursing students: international study. *J Ment Health.* 2018;27(5):402–8.
8. Lee EY, Mun MS, Lee SH, Cho HSM. Perceived stress and gastrointestinal symptoms in nursing students in Korea: A cross-sectional survey. *BMC Nursing.* 2011;10(1):22.
9. Li ZS, Hasson F. Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: A systematic review. *Nurse Educ Today.* 2020;90:104440.
10. Kleiveland B, Natvig GK, Jepsen R. Stress, sense of coherence and quality of life among Norwegian nurse students after a period of clinical practice. *Peer J Publishing.* 2015;3:e1286.
11. Chachula KM. Professional quality of life factors and relationships in nursing and psychiatric nursing students: An exploratory study. *SAGE Open Nursing.* 2021;7:2377960821994394.



12. Aboshaiqah AE, Cruz JP. Quality of life and its predictors among nursing students in Saudi Arabia. *J Holist Nurs.* 2019;37(2):200–8.
13. Cruz JP, Felicilda-Reynaldo RFD, Lam SC, Contreras FAM, Cecily HSJ, Papathanasiou IV, et al. Quality of life of nursing students from nine countries: A cross-sectional study. *Nurse Educ. Today.* 2018;66:135–42.
14. Fidecki WM, wysokinki M, Jakubiec I, Kulina D, Kuszplak K. Nursing students' quality of life. *J Educ Health Sport.* 2018;8(9):136–45.
15. Grande RAN, Berdida DJE, Maniago JD, Ablao JN, Llaguno MBB, Manood EG. Predictors of quality of life of nursing internship students from five Saudi universities. *J Taibah Univ Sci.* 2021;16(5):747–54.
16. Moritz AR, Marques-Pereira E, Pereira-de-Borba K, Clapis MJ, Gryczak-Gevert V, Mantovani M de F. Quality of life of undergraduate nursing students at a Brazilian public university. *Invest Educ. Enferm.* 2016;34(3):564–572.
17. Moura IH de, Nobre R de S, Cortez RMA, Campelo V, Macêdo SF de, Silva ARV da. Quality of life of undergraduate nursing students. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2016;37:e55291.
18. Romwapee W, Pramualsing W, Tubtimchuen W, Suphanars W, Chamnanwet W, Phusawat S, et al. Factors associated with Quality-of-life among the fourth-year nursing students at Boromarajonani Sawanpracharak Nakhonsawan under the Third Wave of Covid-19 Pandemic Situation. *Journal of Research Innovation and Evidence Based in Healthcare.* 2022;1(1):1–12. (in Thai)
19. Smithnaraseth A, Chansakul S. A study of quality of life among nursing students in private higher education institutions, central region. *EAU Heritage Journal.* 2023;13(2):584.
20. Li K, Kay NS, Nokkaew N. The performance of the World Health Organization's WHOQOL-BREF in assessing the quality of life of Thai college students. *Soc Indic Res.* 2009;90:77-90.
21. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. Khon Kaen: Khon Kaen University. 2564. P. 9–11. (in Thai)
22. Maytapattana M. Factors associated with food consumption behavior of nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2017;25(3):20–9. (in Thai)
23. Bloom BS. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw-Hill, 1971.
24. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. In *Global recommendations on physical activity for health.* 2010. [cited 2025 Feb 05]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052758>
25. Chutong Y. Effects of listening to contemporary Thai Music on sleep quality among the elderly in residential care. *Journal of Health and Nursing Research.* 2547;25(1):15–30. (in Thai)
26. Torres GCS, Paragas ED. Social determinants associated with the quality of life of baccalaureate nursing students: A cross-sectional study. *Nursing Forum (Auckl).* 2019;54(2):137–43.
27. Mak YW, Kao AH, Tam LW, Virginia WC, Don TH, Leung DY. Health-promoting lifestyle and quality of life among Chinese nursing students. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19(6):629–36.



28. Wen J, Cheng Y, Hu X, Yuan P, Hao T, Shi Y. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: a cross-sectional study. *Biosci Trends*. 2016;10(1):27–33.
29. Wu XY, Zhuang LH, Li W, Guo HW, Zhang JH, Zhao YK, et al. The influence of diet quality and dietary behavior on health-related quality of life in the general population of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res*. 2019;28:1989–2015.
30. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping in Gellman MD, Editor. *Encyclopedia of Behavioral Medicine* Cham: Springer International Publishing; 2020. P.2177-9.
31. Alhawtmeh H, Alsholol R, Dalky H, Al-Ali N, Albatatineh R. Mediating role of resilience on the relationship between stress and quality of life among Jordanian registered nurses during COVID-19 pandemic. *Heliyon*.2021;7(11):e08378.
32. Damayanti MR, Sudira PG, Karmany NPG, Kristianingsih KN. The effectiveness of exercise on the go program to nursing students' physical fitness and quality of life in Bali. *Enferm Clin*. 2020; 30:90–4.
33. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med*. 2007;45(6):401-15.



ผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบการดูแลรักษาแบบมีพี่เลี้ยงต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ใช้สารเสพติด

ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

อารีรัตน์ เนติวัชรเวช พย.บ.¹

บัวดิน จวนสาข พย.บ.²

รัตนภรณ์ ทองคำ ส.บ.³

(วันรับบทความ: 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 20 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 24 มีนาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนหลัง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ 21 คน และ 2) กลุ่มควบคุมบำบัดแบบดั้งเดิม 20 คน และการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การจัดกิจกรรมบำบัด 4 เดือน และ 2) ติดตามพฤติกรรมกรรมการกลับไปเสพซ้ำ 3 เดือน รวมทั้งสิ้น 7 เดือน และเก็บข้อมูลด้านความพึงพอใจในผู้ป่วยที่บำบัดสำเร็จและไม่สำเร็จ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เครื่องมือประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงปริมาณและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำเพิ่มขึ้น ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การติดตามพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 23.81 และ 75 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ด้านความพึงพอใจส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 55.56 การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่มีการผนวกการดูแลบำบัดรักษาแบบมีพี่เลี้ยงในการกำกับดูแลให้ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดรับทราบตามที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยลดการกลับไปเสพซ้ำของผู้ใช้สารเสพติด และเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดแบบองค์รวม อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายรูปแบบการจัดโปรแกรมดังกล่าว

คำสำคัญ: การบำบัดฟื้นฟู การมีส่วนร่วมชุมชน ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด พี่เลี้ยง การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง จังหวัดยโสธร

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: areeyaso2513@gmail.com Tel: 081-9994982



Effects of a Substance Use Rehabilitation Program Integrating Community Involvement and Mentorship-Based Care System on Preventing Relapse Among Substance Users in Na Wiang Subdistrict, Sai Mun District, Yasothon Province

Areerat Natiwatcharavej B.N.S.¹

Buadin Chuansang B.N.S.²

Rattanaphon Thongkam B.P.H.³

(Received Date: February 23, 2025, Revised Date: March 20, 2025, Accepted Date: March 24, 2025)

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of a substance use rehabilitation program integrating community involvement and a mentorship-based, short-term, medication management system on preventing relapse among substance users in Na Wiang Subdistrict, Sai Mun District, Yasothon Province. This study was quasi-experimental research with a pre-post assessment design. The sample was divided into two groups including the experimental group, consisting of 21 patients who received the rehabilitation program, and the control group, consisting of 20 patients receiving traditional treatment. The research was conducted in two phases: 1) a 4-month implementation of activities within the rehabilitation program, and 2) a 3-month follow-up to track relapse behaviors, a total duration of 7 months. Additionally, satisfaction data was collected from patients including both successful and unsuccessful cases, public health officers, village health volunteers, and family caregivers. The research instruments included interviews, focus group discussion records, behavioral assessments, and satisfaction questionnaires. The data were analyzed using quantitative statistics and qualitative content analysis.

The results of the study showed an increase in both the intention level and self-efficacy in preventing relapse for both groups. A statistically significant difference was observed between the groups ($p < .001$). Follow-up data showed that the relapse rates for the experimental and control groups were 23.81% and 75%, respectively, with a statistically significant difference ($p = .001$). Regarding satisfaction, the majority expressed high satisfaction, with 55.56% indicating a positive response. The rehabilitation program for drug users, which integrated community involvement and continuous supervision with a mentor system to ensure adherence to prescribed medications, helped reduce relapse rates. This approach provides a holistic model for treating drug users. However, further studies should explore the feasibility of expanding the program.

Keywords: rehabilitation, community involvement, drug addicts, mentor, relapse prevention

¹Registered Nurse (Professional Level), Yasothon Provincial Health Office

²Registered Nurse (Professional Level), Saimoon Hospital, Yasothon Province

³Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Nongwiang Sub-District Health Promoting Hospital, Yasothon Province

¹Corresponding Author, Email: areeyaso2513@gmail.com Tel: 081-9994982



บทนำ

สารเสพติดเป็นปัญหาและภัยคุกคามของโลกในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ใช้กว่า 292 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ใน 10 ปีที่ผ่านมาโดยผู้ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มอายุน้อยลงเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดกว่า 64 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 – 2565 พบผู้เสพยาใหม่ที่ไม่เคยเข้าบำบัดรักษากว่า 2 แสนราย โดยหนึ่งในสามเป็นเยาวชน และบำบัดสำเร็จเพียงร้อยละ 63.07² ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าถึงสารเสพติดที่ง่ายขึ้นและตลาดสารเสพติดที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่องทั่วโลก¹ ก่อให้เกิดภาระของระบบสุขภาพ และเชื่อมโยงกับปัญหาอาชญากรรม การค้าสารเสพติด การฟอกเงิน และความรุนแรงในชุมชนรวมทั้งกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ การศึกษา และความมั่นคงของประเทศ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแนวทางการแก้ไขที่เป็นระบบและบูรณาการหลายภาคส่วน³ รัฐบาลจึงกำหนดนโยบาย “เปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วย” เพื่อให้ผู้เสพเข้ารับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ คินผู้สังคมและตลาดแรงงานอย่างมีคุณภาพ⁴ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการทบทวนกฎกระทรวง ยกเว้นการบำบัดฟื้นฟูผ่านมตินิธยารักษ์ในทุกจังหวัด⁵ บูรณาการภาครัฐและการมีส่วนร่วมของชุมชน ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)⁶ การบำบัดฟื้นฟูตามแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) ถือเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับชุมชน เป็นการดูแลผู้ใช้สารเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูที่บ้านหรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากสารเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม รวมถึงประสานการทำงานร่วมกันของหน่วยงาน โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและภาคส่วนอื่น ๆ⁷ และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้เสพและผู้ใช้กว่าร้อยละ 75 สามารถเลิกใช้สารเสพติด แต่ต้องอาศัยการดูแลที่เหมาะสม^{7,8}

ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดยโสธร มีผู้ป่วยเข้าบำบัดกว่า 1,227 ราย โดยอำเภอเมืองยโสธร เลิงนกทา คำเขื่อนแก้ว ไทยเจริญ และทรายมูล มีผู้ใช้และผู้เสพสูงสุดตามลำดับ โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 95.98 รองลงมา คือ กัญชา ร้อยละ 2.30⁹ โดยที่ผ่านมาจังหวัดได้มุ่งเน้นดำเนินการบำบัดฟื้นฟูตามแนวทาง CBTx มาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดสำคัญหลายประการในหลายพื้นที่ โดยพื้นที่อำเภอทรายมูล พบว่า จากผลการดำเนินงานบำบัดในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่าผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 62.30, 47.42 และ 73.68 ตามลำดับ นอกจากนี้ไม่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดครบกำหนดและได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี สามารถเลิกการใช้สารเสพติดได้สำเร็จ⁹ สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางที่ผ่านมาของ CBTx ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุม ด้วยปัจจัยต่าง ๆ ในพื้นที่ อาทิ ชุมชนรับรู้ว่ามีผู้ใช้และผู้เสพจำนวนหนึ่งในพื้นที่ของชุมชนแต่ยังขาดพลังและศักยภาพในการดึงกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการบำบัด นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาครบตามกำหนด ซึ่งนำไปสู่การขาดนัดขาดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนในการดูแลต่อเนื่องและท้ายที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ควบคู่กับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการขาดยาและอาการกำเริบซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่า แนวทาง CBTx ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการขาดกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจัง จึงควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนทุกกระบวนการกิจกรรม เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมคิดและตัดสินใจตั้งแต่ช่วงก่อนบำบัดระหว่างบำบัดและหลังบำบัด รวมทั้งส่งเสริมบทบาทให้เจ้าหน้าที่ สมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ และมีผลในทางบวกต่ออัตราความสำเร็จการบำบัด ตลอดจนการติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่องและลดปัญหาการกลับไปใช้สารเสพติดได้^{10, 11}

นอกจากนี้การบูรณาการระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในชุมชนโดยใช้ระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง (Directly Observed Treatment: DOT) อาจส่งผลเชิงบวกต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ตามแนวคิดของ DOT ซึ่งมุ่งเน้นการสังเกตการให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแลโดยตรง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการรับยาตามกำหนด ลดโอกาสการรักษาล้มเหลวและการกลับไปเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุน



กระบวนการบำบัดรักษา^{12,13} หากบูรณาการเข้ากับแนวทาง CBTx อาจช่วยเพิ่มโอกาสในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง และลดโอกาสการขาดยา เมื่อสมาชิกในชุมชน ญาติ หรือผู้ดูแลคอยกำกับการใช้ยาอย่างใกล้ชิดในชุมชน¹² และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่มีการบูรณาการแนวทาง CBTx กับระบบ DOT ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยให้ชุมชนและครอบครัวมีบทบาทในการจัดการและดูแลผู้ป่วย ผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชน เช่น การคัดกรอง ประสาน ส่งต่อและติดตามดูแลโดยชุมชน พร้อมทั้งการเสริมพลัง และพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนต่อการดูแลและแก้ไขปัญหาสารเสพติดร่วมกันตลอดกระบวนการ¹⁴

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาขึ้น เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางและพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับการบำบัดฟื้นฟู ลดโอกาสและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด และช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันระหว่างการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลบำบัดรักษาแบบมีพี่เลี้ยงกับการบำบัดแบบดั้งเดิมในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด และผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดซึ่งเข้ารับการรักษาทุกรูปแบบในทุกตำบลของอำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในพื้นที่ดังกล่าว โดยดำเนินการศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร รวมระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 7 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน^{7,8,15} ซึ่งมีกระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่ครอบคลุมกระบวนการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน การคัดกรอง ตลอดจนกระบวนการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน รวมถึงการติดตาม ดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ โดยกระบวนการเหล่านี้จะดำเนินการผ่านชุมชนเป็นหลัก ร่วมกับการบูรณาการระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง¹³ ซึ่งเป็นการดูแลการรับประทานยาต่อหน้า เพิ่มโอกาสในการสร้างสัมพันธ์ภาพและความผูกพันที่ดีกับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน เจ้าหน้าที่และครอบครัวในการติดตามผลและสนับสนุนผู้ป่วยในกระบวนการรักษาลดโอกาสการขาดยาและเพิ่มความมั่นใจในการรักษา การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) การดำเนินกิจกรรมภายใต้โปรแกรม และ 2) การติดตามผลหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม โดยติดตามพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำหลังดำเนินกิจกรรมภายใต้โปรแกรมเสร็จสิ้นแล้ว ดังภาพที่ 1



ระยะที่ 1: การดำเนินกิจกรรมภายใต้โปรแกรม

ระยะที่ 2 การติดตาม

โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลบำบัดรักษาแบบมีที่เลี้ยง
ใช้เวลา 4 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1-4)

ผู้ป่วยใช้สารเสพติดจะได้รับการ DOT ยากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- **กิจกรรมที่ 1:** เวทีเปิดใจ พัฒนาอุทกสถานลดการตีตรา
- **กิจกรรมที่ 2:** ค้นหา คัดแยกผู้ป่วยใช้สารเสพติด
- **กิจกรรมที่ 3:** การประเมิน คัดกรองประวัติใช้สารเสพติด

ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5-8)

ผู้ป่วยใช้สารเสพติดจะได้รับการ DOT ยากับบอสม.

- **กิจกรรมที่ 4:** การให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด
- **กิจกรรมที่ 5:** การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสารเสพติด

ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 9-12)

ผู้ป่วยใช้สารเสพติดจะได้รับการ DOT ยากับครอบครัว/ผู้ดูแล

- **กิจกรรมที่ 6:** กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีส่วนร่วม 9 ครั้ง โดยการใช้กิจกรรมกลุ่มโดยมีภาคีเครือข่าย ชุมชน ครอบครัวมีส่วนร่วม
- **กิจกรรมที่ 7:** การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระยะดูแลหลังการบำบัดฟื้นฟู และเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 4 (สัปดาห์ที่ 13-16)

ผู้ป่วยใช้สารเสพติดจะได้รับการ DOT ยากับบอสม./อปพร. อบจ/อปท.

- **กิจกรรมที่ 8:** การส่งเสริมอาชีพและทักษะ
- **กิจกรรมที่ 9:** คีนคนดีสู่ชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการวัดผลก่อนและหลังการศึกษา ระยะเวลาดำเนินการ 7 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ดำเนินกิจกรรมภายใต้โปรแกรมฯ เป็นเวลา 4 เดือน และ ระยะที่ 2 ติดตามผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เป็นเวลา 3 เดือน

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับบำบัดรักษาทุกระบบทุกตำบลในอำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธรทุกราย รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนในครอบครัว/ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและสามารถเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ใช้บริการในตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร โดยเลือกจากเวรระเบียบหรือการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้เสพ (กลุ่มสีเหลือง) และกลุ่มผู้ใช้ (กลุ่มสีเขียว) ตามเกณฑ์จำแนกของคู่มือ CBTx ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)^๖ จำนวน 22 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เลี้ยง



กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ใช้บริการในตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร โดยเลือกจากเวชระเบียน หรือการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้เสพ (กลุ่มสีเหลือง) และกลุ่มผู้ใช้ (กลุ่มสีเขียว) ตามเกณฑ์จำแนกของคู่มือ CBTx ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)⁸ จำนวน 22 คน ซึ่งได้รับการบำบัดตั้งเดิมตามมาตรฐาน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า¹⁶ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สัดส่วนของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดจากงานวิจัยก่อนหน้า^{17,18} ใช้ในการหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานได้เท่ากับ 0.55 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 19 คนต่อกลุ่ม และปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียจากการติดตาม ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้เสพ (กลุ่มสีเหลือง) และกลุ่มผู้ใช้ (กลุ่มสีเขียว)
- 3) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ที่ชุมชนในเขตบริการของตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) ผู้ที่มีอาการหรือโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาตามขั้นตอนของการวิจัย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดรุนแรง หรือมีอาการไม่คงที่ โรคติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น

- 2) ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ดังนี้

1) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง จาก 9 กิจกรรมหลัก

2) เจ็บป่วยร้ายแรงส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดได้ เช่น โรคทางจิตเวชในระยที่มีอาการรุนแรง หรือเฉียบพลัน โรคติดเชื้อในระยะติดต่อรุนแรง เป็นต้น

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้านความพึงพอใจ

แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม รวมจำนวน 18 คน ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูที่สมัครใจให้ข้อมูล แบ่งเป็นผู้ที่บำบัดฟื้นฟูสำเร็จ 4 คนและไม่สำเร็จ 3 คน รวมจำนวน 7 คน 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ จำนวน 2 คน 3) อสม. จำนวน 2 คน และ 4) กลุ่มคนในครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่บำบัดฟื้นฟูสำเร็จ 4 คนและไม่สำเร็จ 3 คน รวมจำนวน 7 คน กำหนดเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ที่ชุมชนในเขตบริการของตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร
- 3) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายใต้โปรแกรมบำบัดฟื้นฟูฯ ภายในระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) ผู้ที่มีอาการหรือโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาตามขั้นตอนของการวิจัย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดรุนแรง หรือมีอาการไม่คงที่ โรคติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น

- 2) ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ดังนี้

1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มได้จนจบกระบวนการ

2) ขาดการติดต่อในระหว่างการเก็บข้อมูล

3) เจ็บป่วยร้ายแรงส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดได้ เช่น โรคทางจิตเวชในระยที่มีอาการรุนแรง หรือเฉียบพลัน โรคติดเชื้อในระยะติดต่อรุนแรง เป็นต้น



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลสุขภาพด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง ผู้วิจัยพัฒนาต่อยอดจากคู่มือ CBTx⁷ มีกิจกรรม ดังนี้ 1) เวทีเปิดใจ พัฒนาลูกหลานลดการติดยา 2) ค้นหา คัดแยกผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด 3) การประเมิน คัดกรองประวัติใช้สารเสพติด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด 5) การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสารเสพติด 6) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีส่วนร่วม 7) การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระยะดูแลหลังการบำบัดฟื้นฟู และเยี่ยมบ้าน 8) การส่งเสริมอาชีพและทักษะ และ 9) คืบคนดีสู่ชุมชน โดยโปรแกรมนี้บูรณาการแนวทาง DOT โดยใช้ระบบพี่เลี้ยงในการกำกับดูแลการรับประทานอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน จากการมีส่วนร่วมจากชุมชน ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. โปรแกรมการบำบัดแบบดั้งเดิมตามแนวทางคู่มือ CBTx⁷ มีกิจกรรมดังนี้ 1) การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน 2) การคัดกรอง ผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน 3) การบำบัดฟื้นฟูและลดอันตรายจากสารเสพติดในชุมชน และ 4) การติดตามดูแลช่วยเหลือ

3. แบบบันทึกการกำกับการกินยา DOT ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากสมุดบันทึกสุขภาพ¹⁹ และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้บันทึกและติดตามการกินยาของผู้ป่วย รายละเอียด DOT ดังนี้ 1) สัปดาห์ที่ 1-4 ผู้ป่วยได้รับการ DOT ยากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) สัปดาห์ที่ 5-8 DOT ยากับอสม. 3) สัปดาห์ที่ 9-12 DOT ยากับคนในครอบครัว/ผู้ดูแล และ 4) สัปดาห์ที่ 13-16 DOT ยากับอสม./อปพร./อบจ./อปท.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในพื้นที่ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยดัดแปลงจากอับดุลคอลิก อรรอฮิมีย และคณะ²⁰ เป็นข้อคำถามลักษณะปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่า IOC ของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.92 หลังจากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับ อสม. เพื่อทำความเข้าใจแนวคำถามที่สร้างขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสังเกต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากการเข้าร่วมกิจกรรม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นร่วมกัน เพื่อให้ได้ความคิดเห็น การถ่ายทอดประสบการณ์ และการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมขณะทำกิจกรรม โดยมีหัวข้อประเด็นคำถามหลักทั้งสิ้น 4 ประเด็นหลัก

3. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2^{21,22} เป็นแบบคัดกรองมาตรฐานตามคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จำนวน 16 ข้อ สำหรับคัดกรอง ประเมิน และจัดเก็บข้อมูลประวัติของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู โดยผลของการประเมินจะใช้แยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น กลุ่มผู้ใช้ (2-3 คนเนน) กลุ่มผู้เสพ (4-26 คนเนน) และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด (27 คนเนน)

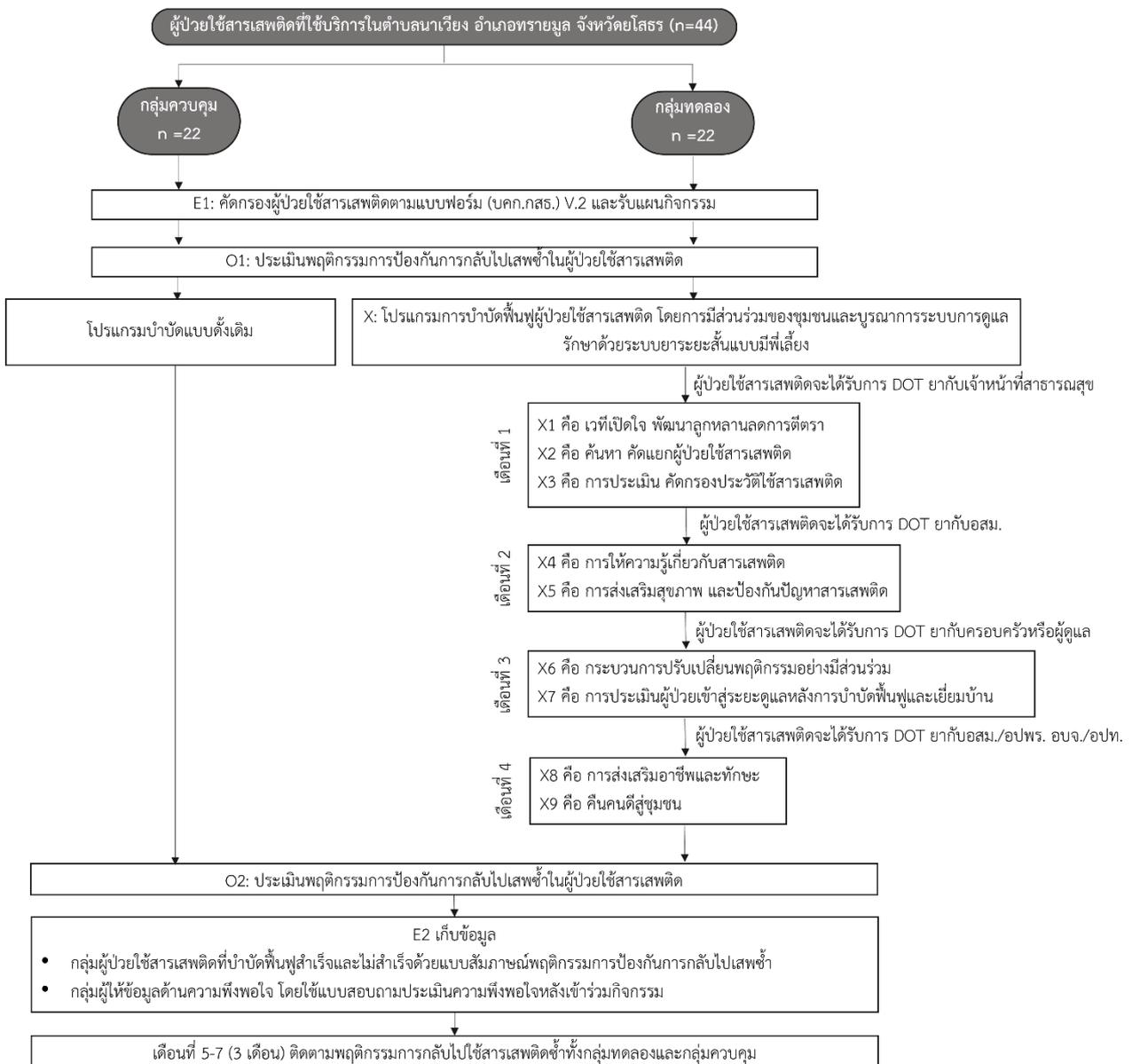
4. แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในพื้นที่ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของกุสุมา แสงเดือน²³ ประกอบด้วยแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดยา จำนวน 16 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา จำนวน 15 ข้อ แบ่งระดับค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1.00-1.49) น้อย (1.50-2.49) ปานกลาง (2.50-3.49) มาก (3.50-4.49) และมากที่สุด (4.50-5.00) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ

1. แบบประเมินความพึงพอใจหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 12 ข้อ แบ่งระดับค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1.00 -1.49) น้อย (1.50-2.49) ปานกลาง (2.50-3.49) มาก (3.50-4.49) และมากที่สุด (4.50-5.00) โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่า IOC เท่ากับ 0.94 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มที่จะทำการศึกษา 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91



การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังภาพที่ 2 และดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบคัดกรอง (บคก. กสร.V.2) ในการคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้คัดกรองร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
2. ผู้วิจัยจะดำเนินการขอเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อประเมินความตั้งใจในการป้องกันการติดยา และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการติดยาก่อนเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลประเด็นสำคัญระหว่างดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยจะจดบันทึกด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกต
4. ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด แบบการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม
5. การติดตามผลหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมในช่วง 5-7 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการติดตามผลของพฤติกรรมการกลับไปเสพซ้ำ เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยวัดผลจากการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา กรณีข้อมูลแจกแจงปกติ ใช้หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ S.D. กรณีแจกแจงไม่ปกติใช้ค่ามัธยฐานและวัดการกระจายของข้อมูล และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Independent t-test หาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำจากค่าตั้งต้น และค่าเฉลี่ยหลังการเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้ Pearson Chi-Square หาค่าความแตกต่างของการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์และประมวลผลตามแนวทางวิจัยเชิงคุณภาพ โดยพิจารณาวัตถุประสงค์ประเด็นหลักที่ได้จากการสัมภาษณ์ แล้วแบ่งประเด็นย่อยตามแผนการเขียนรายงานการวิจัย เพื่อพรรณานำไปสู่การสรุปข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการด้านจริยธรรม ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE6731 ลงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2567 และคณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการเคารพในบุคคล การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วน และขอความยินยอมโดยสมัครใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้สิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งเคารพในหลักการไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วม โดยพิจารณาความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างรอบด้าน ดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และหลักความยุติธรรมในการคัดเลือกและปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเสมอภาค ไม่มีการเลือกปฏิบัติ และมีการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 41 คนจากทั้งหมด 44 คน เนื่องจากขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้งและไม่สามารถติดต่อได้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 82.93 อายุเฉลี่ย 29.20 ± 5.84 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 65.85 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 39 ประกอบชีพการเกษตร ร้อยละ 31.71 รายได้เฉลี่ย $4,712.20 \pm 3,167.98$ บาท ยาบ้าเป็นสารเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.93 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาบำบัดครั้งแรกร้อยละ 78 และอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 75.61 ด้านปฏิสัมพันธ์มีการทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 41.46 และตัดสินใจเข้ารับการรักษา เนื่องจากครอบครัวต้องการให้มาบำบัดกว่าร้อยละ 63.41 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	
เพศชาย	18 (85.71)	16 (80)	.627 [†]
อายุ*	29.19 ± 6.26	29.20 ± 5.54	.450
สถานภาพสมรส			.910 [†]
- โสด	14 (66.67)	13 (65)	
- สมรส	7 (33.33)	7 (35)	
ระดับการศึกษา			1.000 [‡]
- ประถมศึกษา	4 (19.05)	4 (20)	
- มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (33.33)	7 (35)	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8 (38.10)	8 (40)	
- ปวส./อนุปริญญา	2 (9.52)	1 (5)	

[†]Pearson Chi-Square, [‡]Fisher's Exact Test

*ข้อมูลแสดงค่าเฉลี่ย ± S.D., independent t-test ใช้หาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	
อาชีพปัจจุบัน			.731 ^a
- ไม่ได้ทำงาน	3 (14.29)	5 (25)	
- นักเรียน/นักศึกษา	5 (23.81)	3 (15)	
- การเกษตร	6 (28.57)	7 (35)	
- กรรมกร/งานรับจ้าง	7 (33.33)	5 (25)	
รายได้ต่อเดือน*	4,990.48 ± 3,241.90	4,420 ± 3,144.90	.471
สารเสพติดหลักที่ใช้			.844 ^a
- ยาบ้า	18 (85.71)	16 (80)	
- ยาอี	2 (9.52)	2 (10)	
- สารระเหย	1 (4.76)	2 (10)	
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา			.530 ^a
- 1 ครั้ง	17 (81)	15 (75)	
- 2 ครั้ง	4 (19)	3 (15)	
- 3 ครั้ง	0 (0)	2 (10)	
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย			.587 ^a
- ครอบครัว	17 (81)	14 (70)	
- บุคคลซึ่งไม่ใช่ญาติ	1 (4.8)	3 (15)	
- อยู่ตามลำพัง	3 (14.3)	3 (15)	
ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว			.912 ^a
- รักใคร่กลมเกลียวกันดี	5 (23.81)	7 (35)	
- ต่างคนต่างอยู่	3 (14.29)	2 (10)	
- ทะเลาะกันบ้าง	9 (42.86)	8 (40)	
- ทะเลาะกันเป็นประจำ	4 (19.04)	3 (15)	
เหตุผลในการเข้ารับการรักษา			.817 ^a
- เพื่อเลิกสารเสพติด	5 (23.81)	3 (15)	
- มีปัญหาสุขภาพ	3 (14.29)	4 (20)	
- ครอบครัวต้องการให้มาบำบัด	13 (61.90)	13 (65)	

[†]Pearson Chi-Square, ^aFisher's Exact Test

*ข้อมูลแสดงค่าเฉลี่ย ± S.D., independent t-test ใช้หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพยาที่ติดตามครบ 4 เดือน พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม และพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อที่ติดตามครบ 4 เดือน พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม และพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มก่อนและหลังทดลองของผู้เข้าร่วมการวิจัย (n=41)

	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	Mean Difference	t	p-value [95% CI]
ความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ					
ก่อนทดลอง	2.48 ± 0.51	2.40 ± 0.50	0.08	0.481	.633 [-0.24-0.40]
หลังทดลอง	4 ± 0.00	3.25 ± 0.44	0.75	7.550	< .001 [0.54-0.96]
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ					
ก่อนทดลอง	1.86 ± 0.36	1.85 ± 0.37	0.01	0.063	.900 [-0.22 – 0.24]
หลังทดลอง	3.86 ± 0.36	3.05 ± 0.22	0.81	8.692	< .001 [0.62 – 1.00]

*ข้อมูลแสดงค่าเฉลี่ย ± S.D.

จากการติดตามผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระยะเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองกลับไปเสพยา ร้อยละ 23.81 กลุ่มควบคุมกลับไปเสพยา ร้อยละ 75 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่กลับไปเสพยาในระยะเวลาติดตาม 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะติดตาม	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 20)	
1 เดือน			
ไม่กลับไปเสพยา	20 (95.24)	14 (70)	.032
กลับไปเสพยา	1 (4.76)	6 (30)	
2 เดือน			
ไม่กลับไปเสพยา	18 (85.71)	11 (55)	.006
กลับไปเสพยา	3 (14.29)	9 (45)	
3 เดือน			
ไม่กลับไปเสพยา	16 (76.19)	5 (25)	.001
กลับไปเสพยา	5 (23.81)	15 (75)	

มุมมองของผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดสำเร็จต่อรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การป้องกันการใช้สารเสพติดด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัด โดยจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่าการให้ความรู้ช่วยเพิ่มความตระหนักให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดต่อตนเองครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในการวางแผนชีวิตหลังการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและพัฒนาทักษะ



ด้านอาชีพ เพื่อสร้างโอกาสในการดูแลตนเองและสร้างสรรค์ชีวิตใหม่ อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำมักเกิดจากการขาดเป้าหมายในชีวิตหลังการบำบัด การถูกตีตราจากสังคม ซึ่งลดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการมีเพื่อนกลุ่มเดิมที่ทำให้หวนกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง ดังนั้น การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จะเป็นหนทางที่สำคัญในการลดโอกาสการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในอนาคต

2. การป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำโดยความร่วมมือจากครอบครัวและญาติเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการบำบัดผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น และอาจเป็นทั้งปัจจัยที่ช่วยป้องกันและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มใช้สารเสพติด การมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการสนับสนุน โดยครอบครัวควรมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการบำบัด รวมถึงการเข้าใจความรู้สึกและความกดดันที่ผู้ป่วยเผชิญ การสื่อสารที่เป็นบวกช่วยลดความเครียดและกระตุ้นความมุ่งมั่นในการเลิกใช้สารเสพติดการกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและเข้าใจพฤติกรรมและความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในระหว่างการบำบัด นอกจากนี้ยังช่วยกำกับการกินยาและหาวิธีรับมือกับพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้น เพื่อสร้างบรรยากาศการสนับสนุนที่เหมาะสมในการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

3. การป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำโดยความร่วมมือจากชุมชนและสังคมมีความสำคัญ โดยต้องมีการจัดการสิ่งแวดล้อมและมาตรการป้องกันที่เข้มข้น การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ตีตรา และการให้กำลังใจจากผู้ปกครองและชุมชนช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยการนำเจ้าหน้าที่หรือผู้มีบทบาทในชุมชนมาร่วมดำเนินงาน อาทิ อสม. อปพร. เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและแลกเปลี่ยนปัญหาเพื่อส่งเสริมความเชื่อในความสามารถของตนเองในการรักษาสุขภาพและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดในอนาคต ด้านสาเหตุของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ที่เข้ารับการบำบัดฯ พบว่า การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยหลังการบำบัดเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เศรษฐกิจสารเสพติดในพื้นที่ ราคายาที่ถูกกลบ และการเข้าถึงยาได้ง่าย รวมถึงการขาดทักษะการปฏิเสธและการสนับสนุนจากครอบครัว การกลับไปใช้ชีวิตกับเพื่อนกลุ่มเดิมและการขาดความมั่นใจในตนเองทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่วงจรการใช้สารเสพติดอีกครั้ง ดังนั้น การเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธและการสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการใช้สารเสพติดซ้ำ ผลระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 55.56 รองลงมา มีระดับความพึงพอใจปานกลางร้อยละ 27.78 โดยส่วนใหญ่พึงพอใจต่อแนวทางการบำบัดที่ได้รับจากโปรแกรมนี้ และคิดว่ามีประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดเลิกสารเสพติดได้ อีกทั้งยังรู้สึกว่าการโปรแกรมนี้ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 44.4 และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ และบำบัดได้สำเร็จมีการสะท้อนเพิ่มเติมว่า โปรแกรมนี้ให้ความสำคัญกับการกำกับดูแล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาครบถ้วนและได้รับการเสริมพลังใจในทุกกระบวนการผ่านระบบพี่เลี้ยง สำหรับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ แต่บำบัดไม่สำเร็จ พบว่าเกิดการขาดช่วงของการเข้าร่วมกิจกรรมและในบางครั้งคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่สามารถเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมได้ จึงมีข้อเสนอให้ขยายความครอบคลุมของโปรแกรมฯ เพื่อความสะดวกในการร่วมกิจกรรมและสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถรักษาไม่กลับไปซ้ำได้สำเร็จ

การอภิปรายผล

ประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลบำบัดรักษาแบบมีพี่เลี้ยง ที่มีการบูรณาการแนวทาง DOT เพื่อการกำกับดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนผ่านระบบพี่เลี้ยงพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถป้องกันการติดซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบดั้งเดิม ณ เดือนที่ 4 แตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) มีการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 23.81 กลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบดั้งเดิมมีการกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 75 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ทั้งนี้ อาจเพราะการดูแลรักษา



ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดด้วยโปรแกรมดังกล่าว ได้ให้ความสำคัญกับการกำกับดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในการรับประทานยาผ่านระบบที่เลี้ยงทั้ง 4 ระยะ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัว และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ตามลำดับ โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ผู้ป่วยอาจเข้าสู่ภาวะตกม้าหรือการกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้ง จึงถือว่าเป็นระยะที่สำคัญในการบำบัดผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด การใช้ระบบการดูแลแบบ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการกำกับการกินยาในช่วงแรกจึงเป็นการเพิ่มโอกาสในการป้องกันการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การมี อสม. ครอบครัวร่วมเป็นพี่เลี้ยงในระยะต่อมา เป็นการเพิ่มความใกล้ชิด เพิ่มความต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ไร้กังวล อีกทั้งกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 61.90 ครอบครัวต้องการให้มาบำบัด ครอบครัวจึงช่วยเสริมกำลังใจให้รู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง และลดโอกาสในการตกม้า เนื่องจากครอบครัวสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยตลอดเวลา และสามารถให้คำปรึกษาหรือแจ้งปัญหาได้ทันที และระยะสุดท้ายการ DOT โดยอปพร. เป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ทั้งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง การติดตามผู้ป่วยที่อาจขาดการรักษา และกรณีผู้ป่วยมีเกิดอาการถอนยา หรือภาวะกำเริบ อปพร. สามารถประสานงานเพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลบำบัดรักษาแบบมีพี่เลี้ยงที่มีการกำกับติดตามและดูแลผู้ป่วยร่วมกับทุกภาคส่วน ทำให้ความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ผ่านกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีส่วนร่วมที่ช่วยสร้างแรงจูงใจในการบำบัดฟื้นฟู โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทั้งตัวผู้ป่วยเอง คนในครอบครัวและแกนนำชุมชน เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิด บนพื้นฐานของการจัดการอารมณ์และความคิด และทักษะที่จำเป็นที่จะช่วยในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด รวมทั้งลดการตีตราในชุมชน และการให้กำลังใจจากผู้ปกครองและชุมชน ด้วยกิจกรรมเวทีเปิดใจ พัฒนาลูกหลานลดการตีตรา เป็นกิจกรรมที่จะใช้รับฟังความคิดเห็นและใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน และภาคีเครือข่ายของชุมชน ในการร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ และร่วมกันกำหนดรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นลูกหลานในชุมชน จึงทำให้ได้รูปแบบที่ช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ส่งเสริมความเชื่อในความสามารถของตนเองในการรักษาสุขภาพและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดในอนาคตสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ²⁴ พบว่า การป้องกันการเสพติดซ้ำในผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมเปิดใจในชุมชนช่วยลดการตีตราและสร้างข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย การร่วมมือกันทุกฝ่าย รวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมในชุมชน จะช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยหยุดยาและกลับมาใช้ชีวิตปกติ ทั้งนี้อาจเพราะการจัดเวทีเปิดใจในรูปแบบเวทีประชาคม จะทำให้สมาชิกในชุมชนสามารถพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันโดยตรงไปตรงมา ช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและแลกเปลี่ยนปัญหาเพื่อเสริมความเชื่อในความสามารถของตนเองในการรักษาสุขภาพและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดในอนาคตของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุดา ลุนพุม²⁵ พบว่า การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางต้องเน้นการสร้าง ความตระหนักร่วมกันมีภาครัฐเป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการนี้ช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและเสริมศักยภาพชุมชนในการพัฒนาร่วมกัน ผลลัพธ์พบว่าผู้เสพสารเสพติดหยุดเสพต่อเนื่องได้กว่าร้อยละ 85.71 ในช่วง 3 เดือน เช่นเดียวกับ อัครพล ครุศาสตร์²⁶ พบว่า การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสารเสพติดต้องครอบคลุมทั้งสังคมและเศรษฐกิจ โดยเน้นการใช้ทรัพยากรชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยา ครอบครัว และชุมชนในกระบวนการบำบัด การเคารพสิทธิของผู้ป่วยและการยอมรับหากเกิดการเสพติดซ้ำเป็นสิ่งสำคัญ กิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพช่วยสร้างความตระหนักร่วมกันเรื่องผลกระทบของสารเสพติด พร้อมทั้งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนว่าการให้ความรู้ช่วยให้เข้าใจผลกระทบและวางแผนชีวิตได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐติกา ชูรัตน์²⁷ พบว่า การป้องกันการกลับไปเป็นซ้ำของผู้ป่วยต้องให้ความรู้ที่ครอบคลุม เช่น สาเหตุ อาการ วิธีการรับประทานยา และการสร้างความตระหนักร่วมกันในการรักษา การให้ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยลดการใช้สารเสพติดและส่งเสริมการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรักษาตัวได้ดีขึ้นและไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีก เช่นเดียวกับการศึกษานี้ที่มีการดำเนินการกำกับการกินยาอย่างมีส่วนร่วมในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและลดโอกาสการขาดยา เพิ่มโอกาสการบำบัดฟื้นฟูให้สำเร็จมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ



ศิริลักษณ์ แสงส่อง²⁸ พบว่า การจัดกิจกรรมบำบัดที่มีการผสมผสานครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสพยาา์ยลง หลังจากเข้าร่วมการบำบัดเพียง 2 สัปดาห์ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โปรแกรมการบำบัดนี้เน้น การสำรวจหาสาเหตุและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาา์ย พร้อมจัดกิจกรรมค้นหาปัญหาเพื่อปรับทัศนคติและ เสริมการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว รวมถึงการจัดการอารมณ์ที่อาจเป็นอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด และผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 55.56 ทั้งนี้อาจเพราะผู้เกี่ยวข้องได้รับการถ่ายทอดความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาโดยรวมหลังเข้ารับกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น สามารถนำเนื้อหาที่ได้ จากการร่วมกิจกรรมไปใช้ประโยชน์ต่อได้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งรูปแบบการบำบัดที่มีพี่เลี้ยงร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยที่บำบัดสำเร็จมีความมั่นใจ ดูแลตนเองได้ดีขึ้นและลดโอกาสการกลับไปเสพยาา์ย รวมทั้งมีการสะท้อนจากญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วม โปรแกรมแต่บำบัดไม่สำเร็จที่มีความต้องการให้ขยายผลรูปแบบให้ทั่วถึง เพื่อให้ผู้ป่วยในพื้นที่สามารถเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องและ ป้องกันการกลับไปเสพยาา์ยได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี อวรณ์²⁹ พบว่า การจัดกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูด้วยโปรแกรมจิต สังคมบำบัดแบบประยุกต์ร่วมกับมาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดแบบครบวงจร ส่งผลให้ความพึงพอใจต่อ รูปแบบบริการบำบัดฟื้นฟูอยู่ในระดับดีและดีมาก ร้อยละ 20 และร้อยละ 80 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ วันเพ็ญ ทัดศรี³⁰ พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทซับซ้อน โดยประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ความพึงพอใจของ ผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้นอย่างมาก

ข้อจำกัดการวิจัย

ระยะเวลาในการติดตามผลของการศึกษาน้อยอยู่ในช่วง 3 เดือนหลังผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อ การประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยเฉพาะการศึกษาอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหลังจากพ้นระยะเวลาการติดตามผล สาเหตุเกิดจากข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณของโครงการ แนวทางในการแก้ไขในอนาคต อาจพิจารณาขยายระยะเวลา การติดตามผลให้ครอบคลุมระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี หรือมากกว่านั้น

สรุปผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการระบบการดูแลรักษาด้วย ระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาา์ยในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดซ้ำเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งช่วยลดการกลับไปเสพยาา์ย และผู้เข้าร่วมและผู้เกี่ยวข้องภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมาก ร้อยละ 55.56

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายรูปแบบการจัดโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้ สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และบูรณาการระบบการดูแลรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยงต่อการป้องกันการ กลับไปเสพยาา์ยในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในระดับพื้นที่ หรือหน่วยงาน อื่น ๆ ซึ่งจะเป็นแนวทางที่เพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนา ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพยาา์ยในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรประยุกต์ใช้รูปแบบหรือแนวทางการจัดกิจกรรม โดยการดำเนินงานผ่านทางชุมชนเป็นหลัก ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในชุมชน โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อให้คนในชุมชนมีความรู้สึกว่าเป็น เจ้าของการดำเนินงานกิจกรรม และส่งผลต่อการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่อง



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม เพื่อประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสารเสพติด โรงพยาบาลทรายมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต. หนองวาง ผู้นำท้องถิ่น ประชาชน จิตอาสา อสม. ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ในชุมชนที่เป็นพื้นที่ดำเนินงานตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

References

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
2. Tumwong N, Keuji M. The situation of new drug users entering the treatment and rehabilitation data system of Thailand, fiscal years 2018-2022 [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 20]. Available from: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1n0mb40yh6o00k00c0.pdf (in Thai)
3. World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510240>
4. Office of the Narcotics Control Board. The Annual Operational Plan for Fiscal Year 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://shorturl.at/9btaa>
5. Hfocus News. Public health policy (2024-2025) 5+5, accelerating the development and continuation [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/05/30622> (in Thai)
6. Office of the Secretariat of the Narcotics Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. Policy on drug treatment and rehabilitation implementation by the Ministry of Public Health, fiscal year 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/01/2.1-drug-treatment-V4_TMM.pdf (in Thai)
7. National Institute for Drug Treatment and Rehabilitation, Boromarajonani College of Nursing. Community-based drug rehabilitation guidelines (for community workers) [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/62/cbtx.pdf> (in Thai)
8. Office of the Secretariat of the Narcotics Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. Community involvement in drug treatment and care (CBTx) under the district-level quality of life development committee mechanism [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1u3m0cybj9c4skgk4.pdf (in Thai)
9. Office of the Secretariat of the Narcotics Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. National drug treatment and rehabilitation data system [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/>
10. Polngam N. A model of development for community-based treatment related to drugs addiction rehabilitation among patients in Rayong Province. Journal of Public Health and Innovation. 2021;1:49-70. (in Thai)



11. Hogue A, Becker SJ, Wenzel K, Henderson CE, Bobek M, Levy S, et al. Family involvement in treatment and recovery for substance use disorders among transition-age youth: Research bedrocks and opportunities. *J Subst Abuse Treat.* 2021;129.
12. Jongsoovivatwong W, Kochang R. Development of community involvement model for tuberculosis patient treatment with DOTS in Mae Jai district, Phayao Province [Internet]. 2001 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/3158>
13. Rattanasuwan P. Tuberculosis treatment: DOT vs. VOT. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.* 2018;12(1):43-7. (in Thai)
14. National Institute for Drug Treatment and Rehabilitation, Thanyarak Hospital. Community-based treatment and rehabilitation (CBTx) and best practices. Nonthaburi: The Graphic Systems; 2019. (in Thai)
15. Office of the Narcotics Control and Prevention Center, Ministry of Public Health. Guidelines for drug treatment and rehabilitation using a community-centered approach. Samut Sakhon: Born to Be Publishing; 2018. (in Thai)
16. Wang X, Ji X. Sample size estimation in clinical research: from randomized controlled trials to observational studies. *Chest.* 2020;158(1s):S12-20.
17. Klanasuwan A, Takwiriyanand N, Jirapramukpithak T. Effects of an integrated motivation enhancement program with cognitive-behavioral therapy on the self-change cooperation behavior of methamphetamine-dependent patients at a rehabilitation center in Pathum Thani Province. *Journal of the Department of Medical Services.* 2018;43(1):90-5. (in Thai)
18. Kulbutdee K, Prasanpim S, Prasanpim W, Hemchalat P, Piewan P, Wongthum P, et al. Effects of a family and community-based treatment program for drug users and substance abusers without comorbid psychiatric disorders in the district of Sawang Vira Wong, Ubon Ratchathani Province. *Journal of the Center for Health Development Region 10, Ubon Ratchathani.* 2023;11(2):17-29. (in Thai)
19. Tuberculosis Division, Department of Disease Control. Health Record Book [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://www.tbthailand.org/download/Manual/สมุดบันทึกสุขภาพ2566.pdf> (in Thai)
20. Rahimi AA, Sangthong T, Jiewkok J, Laiyaphorn S. Preventing drug relapse by self-prevention: a case study of individuals who have undergone drug rehabilitation in Pattani Province. *Journal of Community Development and Quality of Life.* 2022;10(3):345-57. (in Thai)
21. Mental Health Service Administration Bureau, Department of Mental Health. Guidelines for the transfer of patients with mental disorders from alcohol, drug, or substance use in institutions/hospitals under the Department of Mental Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20211006504370196.pdf> (in Thai)
22. Office of the Secretariat of the Narcotics Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. Guidelines for drug treatment and rehabilitation under the Narcotics Code (Revised Edition) [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 20]. Available from: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/wpnrvtv5buow00088.pdf (in Thai)



23. Saengduen K, Nilbanphu S, Jaipatthum W, Khonghom S, Chinpracha Y, Singto T. Effects of cognitive-behavioral therapy on preventing relapse in methamphetamine patients admitted to inpatient rehabilitation treatment [Internet]. 2014 [cited 2024 Jul 20]. Available from: <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/research/59/57-02.pdf> (in Thai)
24. Supattra J, Suntaree K, Pawida P, Sawalak S. Problems and causes of relapse in psychiatric patients using drugs in the community. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi.* 2023;6(2):67-77. (in Thai)
25. Lunputhi S, Klaa NH. Community-centered drug rehabilitation: a case study of a community in Khon Kaen Province. *Journal of Nursing and Health care.* 2021;39(2):107-16. (in Thai)
26. Kuroosatra A, Jomkwan R. Study on the development of community-centered drug rehabilitation methods and their practical implementation in the field. *Department of Health Service Support Journal.* 2019;15(1). (in Thai)
27. Churat N. Study on the causes and prevention methods of relapse in schizophrenic patients in the Ban Pie Leng health promotion hospital district in the southern border provinces. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences.* 2016;3(1):24-36. (in Thai)
28. Saengsong S, Uthis P, Suktharakhun S. Effects of an integrated family therapy program on methamphetamine use in adolescents. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2019;33(2):76-90. (in Thai)
29. Awon S. Development of a rehabilitation model for drug users in the workplace, Mueang District, Roi Et Province. *Journal of Research and Development in Health Innovation.* 2020;1(2):79-86. (in Thai)
30. Thadsri W. Use of case management in patients with complex schizophrenia at the Surin Provincial Psychiatric Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital* 2018;25(2):173-84. (in Thai)



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ปัญจนิษฐ์ ทองโปร่ง พย.บ.¹
ประพัทธ์สร แยมโกสุม พย.ม.^{1,3}
ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์ พย.ม.²
ธวัชรรัตน์ จรสระน้อย พย.บ.¹

(วันรับบทความ: 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 20 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 24 มีนาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ จำนวน 60 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบัวใหญ่ แบ่งเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยใช้สถิติ Paired t-test, Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอื่นๆระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการที่คลินิกเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง แอปพลิเคชันไลน์ ผลลัพธ์ทางคลินิก

¹พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

²ข้าราชการบำนาญ

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: passornnu@gmail.com Tel: 095-6652764



Effects of a Self-management Promotion Program using the LINE Application on Knowledge, Self-management Behaviors, and Clinical Outcomes for Newly Diagnosed Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Buayai Hospital, Nakhon Ratchasima province.

Punjaneer Thongprong B.N.S.¹

Prapassorn Yamgosum M.N.S.^{1,3}

Srisupan Nanthapaiboon M.N.S.²

Thawanrat Jornsranoi B.N.S.¹

(Received Date: February 19, 2025, Revised Date: March 20, 2025, Accepted Date: March 24, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-management promotion program using the LINE Application on the knowledge, self-management behaviors, and clinical outcomes in new patients with type 2 diabetes at Buayai Hospital. The sample consisted of 60 newly diagnosed patients with type 2 diabetes receiving treatment at the diabetes clinic of Buayai Hospital. The sample was divided into two groups: the experimental group (n=30), which received the self-management promotion program using the LINE Application, and the control group (n=30), which received standard nursing care. The study was conducted over a period of 12 weeks. Three data collection tools were used: (1) a personal information questionnaire and clinical outcome recording form, (2) a diabetes knowledge assessment test, and (3) a self-management behavior questionnaire covering five aspects. Chi-square tests and Fisher's exact tests were used to compare the personal data of the control and experimental groups. Comparison of the average scores for diabetes knowledge, self-management behaviors, and clinical outcomes was studied using paired t-tests and independent t-tests.

There were two significant research findings. 1) The results of the within-group comparison before and after the experiment showed that the means and standard deviations for diabetes knowledge and self-management behavior in stress management in the experimental group were statistically significantly different ($p < .05$). Moreover, their blood sugar levels and average hemoglobin A1C (HbA1C) levels significantly decreased with statistical significance ($p < .05$). 2) The results of the comparison between the control group and the experimental group after the experiment showed that the means and standard deviations of self-management behavior regarding dietary control were significantly different at $p < .05$. However, the means and standard deviations for diabetes knowledge, other self-management behaviors, blood sugar levels, and average HbA1C levels were not statistically different ($p > .05$). The self-management promotion program using the LINE Application can be applied in diabetes clinics to enhance appropriate behavioral modifications which could help patients control their blood sugar.

Keywords: diabetes, self-management behaviors, LINE application, clinical outcome

¹Registered Nurse, Nursing Department, Buayai Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

²Retired government employee

³Corresponding Author, Email: passornnu@gmail.com Tel: 095-6652764



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข หากไม่ได้รับการดูแลอย่างรักษาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบของร่างกาย¹ เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อีกทั้งส่งผลกระทบต่อการทำงาน เศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้รายงานว่า มีผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน เสียชีวิต 6.70 ล้านคน และได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 643 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573² สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.30 ล้านคนต่อปี จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 มีจำนวน 223, 344 และ 265 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 35.29, 35.39 และ 33.50 มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนี้ 1) ภาวะแทรกซ้อนทางตา รายใหม่ ร้อยละ 0.22, 0.35 และ 1.02 2) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.42, 1.15 และ 1.26 3) ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ รายใหม่ ร้อยละ 0.12, 0.03 และ 0.12 4) ภาวะแทรกซ้อนทางไต รายใหม่ ร้อยละ 1.77, 1.41 และ 2.64 และ 5) ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า รายใหม่ ร้อยละ 0.34, 0.49 และ 0.67 เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ จะป้องกัน ลด หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน³ ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายผู้ป่วยต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดีและต่อเนื่องในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบดูแลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอบัวใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 34 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (กำหนดเป้าหมายร้อยละ 40) เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทักษะที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต⁴ และวัฒนธรรมความเชื่อการรับประทานข้าวเหนียวกับผลไม้รสหวานตามเทศกาล เช่น มะม่วง มะขาม แดงโม เป็นต้น ผลจากการที่ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากนี้การจัดบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อในแต่ละวันมีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการเฉลี่ย 160 รายต่อวัน ผู้ป่วยแต่ละรายมีความเร่งรีบกลับบ้าน และต้องการการตรวจรักษาจากแพทย์ด้วยความรวดเร็ว ไม่รอรับความรู้จากเจ้าหน้าที่ตลอดจนงานส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลตนเองยังไม่มีแบบแผนไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการให้ความรู้ไม่ได้มีการประเมินย้อนกลับ สำหรับการจัดการบริการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และนัดมาลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ มีการให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย จากพยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ ด้วยระยะเวลาจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยต้องรีบกลับบ้าน บางรายไม่มีรถในการเดินทางมาโรงพยาบาล ต้องอาศัยมาพร้อมกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ในหมู่บ้านเดียวกัน หรือตำบลเดียวกัน และหลังจากนั้นผู้ป่วยจะถูกนัดมารับยา ตรวจเลือดติดตามอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม^{4,5} เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar: FBS) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าการขาดความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยรายเก่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุข แนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบัน⁶ นอกจากการรักษาด้วยการให้ยา มีการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การสร้างทักษะและส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่สามารถป้องกันได้^{7,8} เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้ เนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด หากผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้ดี จะทำให้อาการของโรคไม่รุนแรง ยืดระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และสามารถลดการรับประทานยาจนถึงหยุดการรับประทานยาได้ในที่สุด



แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแคนเฟอร์และแกริกค-บายส์⁹ เน้นการปรับพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรคสนับสนุนการจัดการตนเองให้อ่านาจดตลลนใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยเบื้องต้นด้วยตนเอง^{3,10} ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ในการให้ความร่วมมือกับผู้ป่วย โดยทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการหากลยุทธ์ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยควบคุมโรคด้วยตนเอง เพื่อลดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เป็นผลจากโรคเรื้อรัง รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข^{6,11}

ปัจจุบันแนวคิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนโดยสอดคล้องกับความพร้อมของแต่ละราย ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) โดยมีเป้าหมายลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โรคสงบโดยไม่ต้องรับประทานยาลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีความสุขในการดำรงชีวิต ลดความแออัดของโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา^{6,12,13}

ในภาวะปัจจุบันแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Application) เป็นหนึ่งในสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งมีลักษณะเป็นโปรแกรมสำหรับสนทนาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตบนทุกระบบเครือข่ายของสมาร์ตโฟนที่ผู้ใช้งานสามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันได้ ซึ่ง LINE Application เป็นช่องทางการสื่อสารที่แพร่หลายและมีความนิยมเป็นอย่างมากในกลุ่มผู้ใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากความสามารถที่หลากหลายภายในแอปพลิเคชันเพียงแอปพลิเคชันเดียว เช่น การสนทนาด้วยวิดีโอและเสียง (Video & voice message) การใช้สติ๊กเกอร์ (Sticker) แทนการสนทนาด้วยข้อความ การแชร์ไฟล์ได้หลากหลายชนิด ทั้งรูปภาพ วิดีโอ เพลง การสร้างกลุ่มผู้สนทนา (Create a group) การตกแต่งและอัปเดตหน้าไทม์ไลน์ (Timeline) ของตัวเอง จึงทำให้ LINE Application เข้ามามีบทบาทและเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของช่องทางการสื่อสารในชีวิตประจำวัน รวมถึงการนำมาใช้ในการสื่อสารในองค์กร ส่งผลให้ได้รับข่าวสาร และเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว¹⁴⁻¹⁷ จากการศึกษาพบว่าการใช้ระบบสุขภาพทางไกลที่หลากหลายช่องทาง ทั้งการใช้วิดีโอคอล ข้อความ หรือเสียง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้น¹⁸ และการใช้วิดีโอคอล ยังช่วยเสริมแรงแก่กลุ่มตัวอย่างได้ด้วย การใช้สมาร์ตโฟนและเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการทำให้พยาบาลสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และประหยัดอัตราการล้มเหลวในการจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือให้บริการในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้¹⁹

จากนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีของกระทรวงสาธารณสุข²⁰ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น การใช้ LINE Application ที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น และแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และจากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองและการใช้ LINE Application สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและช่วยให้อัตราเสี่ยงน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง²¹ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ในโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือยี่ระยะเวลาก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีปกติสุข เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ย FBS, HbA1C ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหาที่ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรม การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research: Two Group Pretest – Posttest Design) โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรมส่งเสริม การจัดการตนเองจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกริกค-บายส์⁹ เป็นแนวทางในการศึกษา

ขอบเขตด้านตัวแปร

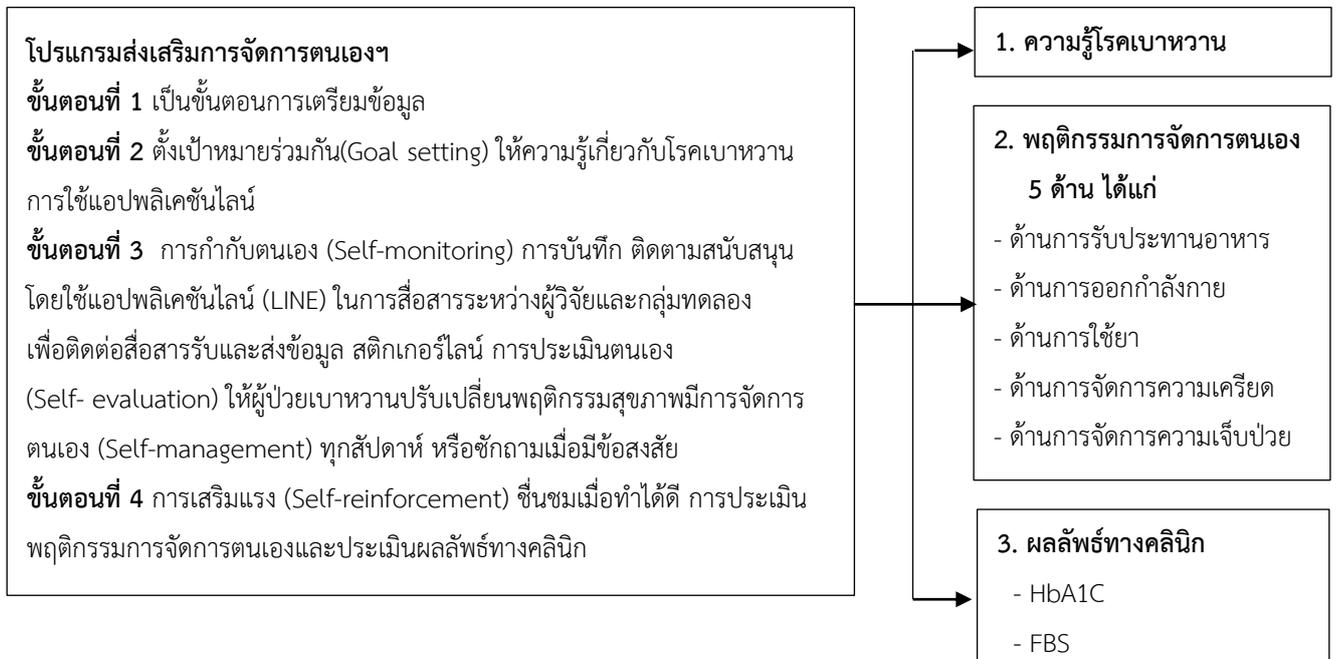
ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) 2) ขั้นตอนการกำกับตนเอง (Self-monitoring) 3) ขั้นตอนการประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 4) ขั้นตอนการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

ตัวแปรตาม คือ 1) ความรู้โรคเบาหวาน 2) พฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการจัดการความเครียด และ ด้านการจัดการความเจ็บป่วย และ 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA1C, FBS)

ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลบัวใหญ่

ขอบเขตด้านสถานที่วิจัย คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านเวลา เริ่มศึกษาเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ใช้ระยะเวลา 6 เดือน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research: Two Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบัวใหญ่ จำนวน 60 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกจากการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุม 30 คนก่อน จากนั้นทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง 30 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7²² คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = 0.90$ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของเนตรนภา บุญธนาพิศาน²¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการศึกษาซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกันพบว่า โดยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีค่าเฉลี่ย 8.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14 และกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 9.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10 ที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 28 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 60 คน เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัย เบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ 2) เพศชายและเพศหญิงอายุ 20 ปี ขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสาร ด้วยวิธีการ อ่าน การฟัง การเขียน ภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์สามารถติดต่อ และมีแอปพลิเคชันไลน์ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 6) ผู้ดูแลที่มีโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1) มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) น้อยกว่า 7% 2) เปลี่ยนวิธีการรักษาจากการรับประทานยา เป็นการฉีดอินซูลิน

เกณฑ์การถอนออกจากการศึกษา (Withdrawal criteria)

1) พบภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าโปรแกรม เช่น ภาวะกรดคีโตเนคrosis (Diabetic Ketoacidosis) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยไม่มีกรดคีโตเนคrosis (Hyperosmolar hyperglycemic syndrome) และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน และ 4) ขอลงตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยนำมาจาก ประพัศสร แยมโกสม และคณะ²³ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานโรคร้อยอื่นนอกจากโรคเบาหวาน ผู้ดูแลมีโทรศัพท์และระบบอินเทอร์เน็ต และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก



2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ ผู้วิจัยนำมาจาก ประพัสสร แยมโกสุม และคณะ²³ ใช้ลักษณะประเภทคำถามเป็นการประเมินค่า 4 ตัวเลือก คือ ข้อ1, ข้อ2, ข้อ3 และข้อ 4 โดยให้เลือกตอบได้ เพียง 1 ตัวเลือก ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินความรู้ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 17 คะแนน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน ผู้วิจัยนำมาจากปรางค์ บัวทองคำวิเศษ²⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การรับประทานยา และ 5) การจัดการภาวะเจ็บป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน

ข้อความบวก	ข้อความลบ	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติเป็นประจำทุกวันใน 1 สัปดาห์
5 คะแนน	1 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติ 5 - 6 วันใน 1 สัปดาห์
4 คะแนน	2 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติ 3 - 4 วันใน 1 สัปดาห์
3 คะแนน	3 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติ 1 - 2 วันใน 1 สัปดาห์
2 คะแนน	4 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีการปฏิบัติเลย
1 คะแนน	5 คะแนน	หมายถึง	

การแปลผล โดยคำนวณค่าเฉลี่ยใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายของคะแนนเฉลี่ย²⁵ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และเกริกค-บายส์⁹ โดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย จัดทำ Group LINE เป็นกลุ่มรวม 30 คน และชี้แจงการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งจะใช้ในการส่งคลิปวิดีโอพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนการประเมินติดตามข้อมูลใช้ห้องสนทนาส่วนตัวในการสื่อสาร ในการกำหนดเป้าหมายนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้แนวทางแก่ผู้ป่วยและสรุปประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติที่ชัดเจน คือลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับเป้าหมายของการรักษามากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2-8) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) เป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการหรือกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง เพื่อติดต่อสื่อสารรับและส่งข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2-8) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) นำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาและประเมินผล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ และสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างประเมินผลจากข้อมูลในสมุดบันทึก ค่าระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์

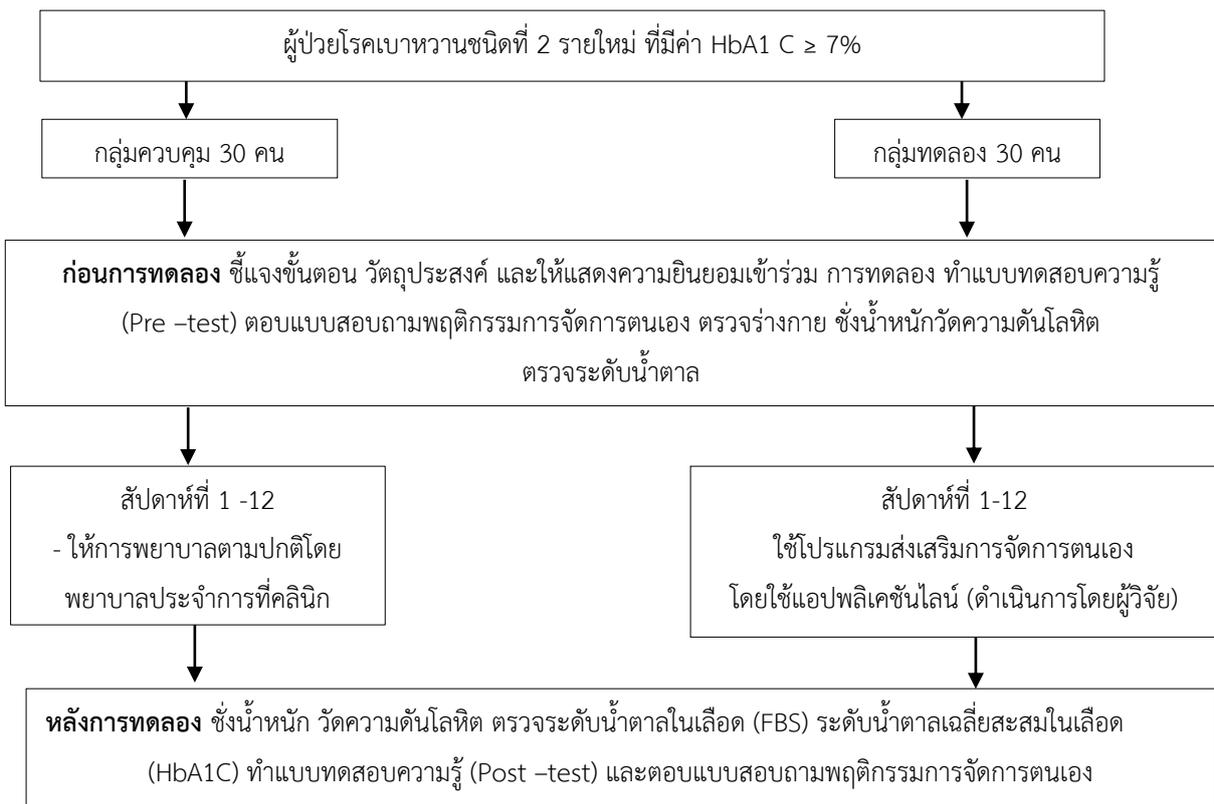
ขั้นตอนที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8-12) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองแต่ละด้าน แล้วพบว่ามีการจัดการตนเองที่ดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้กลุ่มตัวอย่างหรือญาติจะพูดชมเชย



คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย
 - 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ²³
 - 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน²⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การรับประทานยา และ 5) การจัดการภาวะเจ็บป่วย
 - 3) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และเกริก บายส์⁹ เนื้อหาสื่อต่างๆที่ใช้ในโปรแกรมส่งเสริมฯ ประกอบด้วยสื่อการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาหาร ยา ผู้วิจัยนำมาจาก ประพัทธ์สร แยมโกสม และคณะ²³ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.72
2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน ทดลอง ใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 5 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีความสมัครใจที่จะร่วมการวิจัยทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองฯ อธิบายการใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน ภายหลังรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นที่ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test
3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน และผลลัพธ์ทางคลินิก FBS, HbA1C ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test
4. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน และผลลัพธ์ทางคลินิก FBS, HbA1C ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่จริยธรรม HRPB 106 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ก่อนทำการศึกษาผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษา โดยไม่มีผลต่อการบริการและการดูแลสุขภาพ ในระหว่างดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น เมื่อพ้นระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะรวบรวมเอกสารที่เป็นกระดาษทั้งหมดนำเข้าเครื่องทำลายเอกสาร และลบไฟล์ข้อมูล ไฟล์สแกนเอกสาร ไฟล์รูปภาพ ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวทิ้ง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.30 และเพศชาย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.70 กลุ่มควบคุม เพศหญิง 21 รายคิดเป็นร้อยละ 70 และเพศชาย 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 รองลงมาอายุมากกว่า 61 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 61 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-29.90 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.70 กลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50- 22.90 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และอยู่ในช่วง 25 - 29.90 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และโรคอย่างอื่นนอกจากโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n =30)		กลุ่มควบคุม (n =30 คน)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					0.18 ^C
ชาย	14	46.70	9	30	
หญิง	16	53.30	21	70	
2. อายุ					0.36 ^F
<30	1	3.30	0	0	
31-40	4	13.30	3	10	
41-50	7	23.30	4	13.30	
51-60	10	33.30	8	26.70	
มากกว่า 61 ปี	8	26.70	15	50	
3. ดัชนีมวลกาย (BMI)					0.96 ^F
BMI <18.5	3	10	2	6.70	
BMI 18.5- 22.9	8	26.70	10	33.30	
BMI 23 -24.9	5	16.70	6	20	
BMI 25 - 29.9	11	36.70	10	33.30	
BMI 30 ขึ้นไป	3	10	2	6.70	
4. สถานภาพ					0.77 ^F
โสด	4	13.30	5	16.70	
สมรส /คู่	23	76.70	24	80	
หย่าร้าง/แยก	2	6.70	0	0	
หม้าย	1	3.30	1	3.30	
5. ระดับการศึกษา					0.70 ^F
ประถมศึกษา	16	53.30	19	63.30	
มัธยมศึกษา	8	26.70	9	30	
อนุปริญญา	2	6.70	1	3.30	
ปริญญาตรี	3	10	1	3.30	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.30	0	0	
6. อาชีพ					0.57 ^F
เกษตรกร	14	46.70	15	50	
รับจ้าง	6	20	9	30	



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n =30)		กลุ่มควบคุม (n =30 คน)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รับราชการ	3	10	1	3.30	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	6.70	3	10	
อื่นๆ	5	16.70	2	6.70	
7. รายได้					1.00 ^F
≤5000 บาท	13	43.3	22	73.3	
5001-10,000 บาท	9	30	4	13.3	
10,001-20,000 บาท	5	16.7	3	10	
20,001-30,000บาท	1	3.3	0	0	
>30001 บาท	2	6.7	1	1.7	
8. ปัจจุบันป่วย เป็นโรคอย่าง อื่นนอกจาก โรคเบาหวาน					0.94 ^F
ความดันโลหิตสูง	10	33.3	8	26.7	
โรคหัวใจ	1	3.3	1	3.3	
โรคไขมัน	6	20	5	16.7	
ไม่มี	10	33.3	12	40	
อื่น ๆ	3	20	4	13.3	

หมายเหตุ ^C= สถิติไคสแควร์ (Pearson chi-square test)

^F= สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

* $p < .05$

1. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อน-หลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

2) พฤติกรรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด ก่อน-หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3) ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลอง ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value*
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง (n=30)								
1. ความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	9.80	4.64	ปานกลาง	12.26	3.03	ปานกลาง	-3.13	0.00*
2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
ด้านการควบคุมอาหาร	3.78	0.62	สูง	3.87	0.65	สูง	-0.73	0.47
ด้านการออกกำลังกาย	3.58	0.98	สูง	3.58	1.07	สูง	0.00	1.00
ด้านการจัดการความเครียด	3.74	0.97	สูง	4.15	0.73	สูง	-2.37	0.02*
ด้านการรับประทานยา	4.36	0.70	สูง	4.48	0.53	สูง	-0.86	0.39
ด้านการจัดการความเจ็บป่วย	4.33	0.88	สูง	4.30	0.88	สูง	0.26	0.79
FBS (mg/dl)	180	55.70		143	30.27		4.29	0.00*
HbA1C (%)	9.32	2.49		7.7	1.32		5.07	0.00*

Paired t test, * $p < .05$

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง

1) ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

2) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

3) ผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n =30)			กลุ่มควบคุม (n =30)			t	p-value*
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	12.26	3.03	ปานกลาง	9.70	2.42	ปานกลาง	3.16	0.62
2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
ด้านการควบคุมอาหาร	3.87	0.65	สูง	3.35	0.41	ปานกลาง	3.65	0.01*
ด้านการออกกำลังกาย	3.58	1.07	สูง	3.25	0.83	ปานกลาง	1.36	0.19
ด้านการจัดการความเครียด	4.15	0.73	สูง	3.78	0.72	สูง	1.94	0.57
ด้านการรับประทานยา	4.48	0.53	สูง	3.70	0.44	สูง	6.18	0.35
ด้านการจัดการความเจ็บป่วย	4.30	0.88	สูง	3.60	1.00	สูง	2.83	0.24
FBS (mg/dl)	143.36	30.27		147.96	55.00		-4.0	0.06
HbA1C (%)	7.75	1.32		9.67	12.27		-8.5	0.10

Independent t -test, * $p < .05$



การอภิปรายผล

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง เมื่อเวลาผ่านไป 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 9.80 เป็น 12.26 คะแนน เนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมฯ เช่น การบรรยายประกอบการใช้สื่อ Youtube ส่งข้อมูลความรู้ ผ่านทาง Application LINE group การฝึกทักษะให้กับกลุ่มทดลองตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ แคนเฟอร์และเกริกค-บายส์⁹ ในด้านทักษะเข้าถึงข้อมูล เข้าใจโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การจัดการอาการเจ็บป่วย การโต้ตอบซักถามและการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ก่อน-หลังการทดลองแตกต่างกัน ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษามี วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้และไม่ใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับความรู้และความเข้าใจ เรื่องโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา พบว่าสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นสติ๊กเกอร์ไลน์รูปการ์ตูน มีข้อความที่เป็น ประโยคที่สั้น เข้าใจง่ายร่วมกับการส่งข้อความที่เป็นความรู้ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ สามารถทำให้ผู้ใช้เกิดความรู้อย่างรวดเร็ว ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมากขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน^{15,16} สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ใน เขตระดับมิตรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่านเจริญ อำเภอนวนนิวา จังหวัดสกลนคร พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)²⁶

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการศึกษาวิจัยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการสนับสนุน จากทีมสุขภาพในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และทักษะในการจัดการตนเอง ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ แคนเฟอร์และเกริกค-บายส์⁹ ตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร และยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการจัดการด้านการเจ็บป่วย ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Application) คอยให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพเปิดโอกาสให้ ซักถามข้อสงสัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ มีความเข้าใจ มีความสามารถ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูล หรือเรียนรู้ผ่านสื่อ สามารถ ตัดสินใจเลือกดูแลและจัดการสุขภาพของตนเอง หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด²¹ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่ทางคลินิกเบาหวานจัดบริการให้ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการสุขภาพ ของตนเอง เป็นกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยออกแบบด้วยตัวเองจนประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ในการจัดการและควบคุมผลของโรคที่มีต่อภาวะ สุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้นเกิดจากการได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ การให้ความรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ที่จะมีความเข้าใจ สามารถตัดสินใจเลือกดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโทรศัพท์ สามารถสืบค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ หรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากแหล่งอื่น ๆ เช่น หนังสือ แผ่นพับ หรือสนทนากัน ระหว่างรอรับการตรวจรักษา ส่งผลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารแตกต่างกัน

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือดลดลงเมื่อเวลาผ่านไป 12 สัปดาห์ นั้นหมายความว่า การได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง การกำกับติดตามพฤติกรรมจัดการ ตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การจัดการด้านความเจ็บป่วย การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ มีกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Application) ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยอย่าง สม่าเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูล แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถตัดสินใจจัดการสุขภาพ ปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของแคนเฟอร์และเกริกค-บายส์⁹ ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับ การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้เป็นอย่างดี²¹



ข้อจำกัดการวิจัย

1. แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองแต่ละด้านมีจำนวนมากเกินไป ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเร่งรีบในการตอบอาจส่งผลกระทบต่อข้อมูลวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างบางคนมีปัญหาเรื่อง Internet เข้า ไม้อ่านข้อมูลที่สื่อสาร ตอบกลับล่าช้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมฯ ยังทำได้ไม่ดีในด้านด้านการควบคุมอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงลึกของกลุ่มตัวอย่าง แลกเปลี่ยน สอบถามความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำมาออกแบบกระบวนการศึกษาให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง
2. การนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยรายอื่น ควรศึกษาปัจจัย และพัฒนารูปแบบนำไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น ๆ
3. ติดตามสนับสนุนองค์ความรู้ เสริมพลังผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะและการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการออกแบบการวิจัย ที่เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ
2. ควรมีการวิจัย และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่มีการบันทึกและการประเมินตนเองที่เข้าใจง่าย สะดวกในการบันทึกผล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วิทยากรวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและพยาบาลหัวหน้างานโรงพยาบาลบัวใหญ่ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

References

1. Duangklad K, Lapvongwatana P, Chansatitporn N. Improvement of self-management program in uncontrolled type II diabetes patients. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1):66-83. (in Thai)
2. International Diabetes Federation. Diabetes [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 31], Available from: IDF DiabetesAtlas Reports | IDF Diabetes Atlas.
3. Tanapibunphol S. The development of a self-management model for diabetes patients combined with the use of telehealth technology for remote health monitoring at Phayakkhaphumphisai Hospital, Mahasarakham province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2024;8(7):90-103. (in Thai)
4. Sriprasert K, Aungwattana S, Tamdee D. The effect of a tele-nursing-based self-management program on health behavior of persons with uncontrolled diabetes mellitus in a community. Nursing Journal CMU. 2023;50(3):99-115. (in Thai)
5. Suwattanakul T. Factors related to blood sugar control among diabetes mellitus type 2 patients. Journal Of Health Systems Research. 2018;12(3):515-22. (in Thai)
6. Diabetes Association of Thailand & The Endocrine Society of Thailand. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. Bangkok: Srimuang printing; 2023. (in Thai)



7. Tiangsakul M, Panprasert S. Development of a diabetes mellitus care model at Somdet Phra Phutthaloetla hospital. *Journal of Health Science*. 2019;28(4):696-710. (in Thai)
8. Songpimai T. Effects of an individual and family self management promotion program on self-management behaviors and hemoglobin A1C level among older persons with uncontrolled diabetes mellitus [dissertation Master of Nursing Science (Gerontological Nurse Practitioner)]. Chiang Mai: Chaing Mai University; 2567. (in Thai)
9. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping people change: A textbook of methods*. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991. p.283-328.
10. Homchui P, Wanaratvijid C, Pratoomsoot C. Effect of self-management support for self-care behavior and blood glucose level in patients with type 2 diabetes mellitus. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2020;12(1):240-54. (in Thai)
11. Namwong T, Klinchad R, Rajchaniyom S, Khapol P, Thongpakdee N. Development of promoting self-management model among uncontrolled diabetic patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2019;29(3):179-93. (in Thai)
12. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of disease control. Guidelines for the remission service in diabetes Care. 2023 [cited 2024 Jun 30], Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1517720240105042138.pdf> (in Thai)
13. Likhitluecha N, Atthachaiwat A, Wongsuvansiri S, Sathira-angkura T, Leelawong S. Development of care management model for patients with uncontrolled diabetes. *Journal of Nursing Division*. 2017;44(2):141-58. (in Thai)
14. Hirunrangsit R. The appropriateness of using the LINE application to enhance work efficiency in the social sciences and humanities departments, Faculty of political science and public administration, Chiang Mai University; 2018. (in Thai)
15. Sukchaisong N, Chiangkhong A, Cherdsumtia V. Effects of the self-management program with Baowan Baochai mobile application for foot care behaviors prevention among uncontrolled type 2 mellitus. *Journal of Behavioral Science for Development*. 2023;15(2):1-16. (in Thai)
16. Srisomthrong K, Chintanawat R, Sucamvang K. Self-management supporting program and its impact on foot-care behaviour of elderly type-2 diabetes patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2017;32(3):120-34. (in Thai)
17. Watthana P, Jantacumma N, Pantaewan P. Effects of the self- management program with Chan Chana mobile application for cerebrovascular disease prevention in risk group Sukhothai province. *Journal of police nurse*. 2022;14(1):92-104. (in Thai)
18. Eberle C, Stichling S. Effect of telemetric interventions on glycated hemoglobin A1C and management of type 2 diabetes mellitus: Systematic meta-review. *Journal Medical Internet Research*. 2021;23(2):e23252.



19. Jiang Y, Ramachandran HJ, Teo JYC, Leong FL, Lim ST, Nguyen HD, Wang W. Effectiveness of a nurse-led smartphone-based self-management programme for people with poorly controlled type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2022;78(4):1154–65.
20. Sudsukh U, Sathira-Angkura T, Kladjomphong P, Jaigla B. Development of good health promotion model that integrated with Buddhist ways for the prevention and control of non-communicable. *Diseases Journal of Health Science*. 2021;30(3):438-50. (in Thai)
21. Buntanapisan N. Effects of self-management promotion program using line application on health behaviors and A1C levels among uncontrolled diabetes patients [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
22. Faul F, Erdfelder E, Lang, AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007;39(2):175–91.
23. Yamgosum P, Pitakwanich K, Jonsanoi T. The effectiveness of the health literacy promotion program on self- management behaviors and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes in Buayai hospital, Nakhon Ratchasima province. [Research report]. Buayai hospital, Nakhon Ratchasima province; 2566. (in Thai)
24. Buathongkhamwisat P, Pinchaleaw D, Moolsart S. The effectiveness of self-management program in type 2 diabetes patients in Thakor, Maesuai District, Chiang Rai Province. *Journal of The Police nurse*. 2017;9(1):105-16. (in Thai)
25. Kanasut P. *Statistics for behavioral research*. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1999. (in Thai)
26. Khamkor S, Duangsong R. Effects of the health behavior modification program by applying healthLiteracy to prevent type 2 diabetes among risk groups who live in area responsibility of Ban Pancharoen Sub-district health promoting hospital Wanon niwat district, Sakon Nakhon province. *KKU Journal for Public Health Research*. 2020;13(3):56–68. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (ฉบับปรับปรุง เริ่มใช้ตั้งแต่ฉบับที่ 3/2566)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สาขาต่างๆ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิมาน (Meta-synthesis)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เป็นเรื่องที่เคยพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้นๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้วและไม่มีกรลักลอกเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน (แบบผลการตรวจสอบโดยใช้โปรแกรมมาตรฐาน เช่น Turnit-in, CopyLeaks, อักขรวิสุทธิ เป็นต้น)
4. บทความที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ให้มีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามาพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่
5. ต้นฉบับ ต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned>)

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

การจัดเตรียมต้นฉบับให้มีเนื้อหาบทความที่มีความยาวไม่เกิน 12 - 14 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ ครอบคลุมภาพและตารางและเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบน ล่าง ซ้าย และขวา 2.54 เซนติเมตร ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา และไม่ต้องจัดคอลัมน์ ถ้าจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกแบบชื่อเต็มไว้ก่อน แล้วจึงใช้ชื่อย่อได้ในภายหลัง การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวใหญ่

จัดทำ Title page แยกไฟล์ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนและทีม พร้อมทั้งคุณวุฒิชื่อย่อ ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. พร้อมระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนตามลำดับ ตัวอย่าง รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลกลิง ปร.ด. (Runglawon Eamkusolkit, Ph.D.)¹ ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)
2. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระบุองค์กรที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และรหัสหรือหมายเลขของเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์
3. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัย แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน
4. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดที่ผู้เขียนปฏิบัติงาน อีเมลล์ของผู้เขียนและทีมทุกคน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบตัวยกท้ายกำกับลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีมด้านบน
5. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทความ
- 1.2 บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อตั้งนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้รับคุณค่าสำคัญไว้ด้านล่างไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.3 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน
- 1.4 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทความ
- 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยนำเสนอเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (introduction), วิธีดำเนินการศึกษา (methods) ย่อหน้าที่สองประกอบด้วย ผลการศึกษา (results) ที่ไม่ต้องระบุค่าตัวเลขทางสถิติ, สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (conclusion and implications) ซึ่งไม่ต้องระบุการอ้างอิงในเนื้อหา
- 2.3 คำสำคัญ (keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้นๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 2.4 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (knowledge trigger) จากการศึกษาปฏิบัติงาน (practice trigger) และ/หรือจากผู้ใช้บริการ (patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (gap of practice)
- 2.5 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่ครอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา
- 2.6 ขอบเขตการวิจัย อธิบายขอบเขตการศึกษาทั้งกลุ่มประชากร สถานที่ศึกษา และระยะเวลาการศึกษาที่ชัดเจน
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาเป็นอธิบายตัวแปร หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยเขียนเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีหรือแนวคิดมาสู่การศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา
- 2.8 วิธีดำเนินการวิจัย (methods) ให้กล่าวถึง
 - 2.8.1 รูปแบบของการวิจัย (research design) อธิบายรูปแบบของการวิจัยที่นำมาศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
 - 2.8.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่างและเกณฑ์การสุ่มหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ควรอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีเครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
 - 2.8.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา
 - 2.8.5 การวิเคราะห์ข้อมูล หากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์
- 2.9 ผลการวิจัย (results) เป็นการนำเสนอผลการศึกษามาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย
 - 2.9.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 3 ตาราง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ โดยใช้เลขในการกำหนดลำดับของตาราง เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้นได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้ง และให้บรรจุข้อมูลที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ดังตัวอย่างนี้ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า p-value ($p < .05$)
 - 2.9.2 รูปภาพและแผนภูมิ ใช้ภาพถ่ายและแผนภูมิที่มีความชัดเจน ที่ผู้เขียนเป็นเจ้าของภาพและแผนภูมิ คำอธิบายภาพและลำดับภาพและแผนภูมิให้ใส่ไว้ใต้ภาพและแผนภูมิ ทั้งนี้ภาพและแผนภูมิตั้งรวมจะต้องไม่เกิน 2 ภาพ/แผนภูมิ

2.10 การอภิปรายผล (discussion) อธิบายว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ ขยายความผลการวิจัยที่ได้ว่าสอดคล้องหรือไม่กับกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างไร ข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

2.11 สรุปการวิจัย (conclusion) การสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.12 ข้อเสนอแนะ (suggestion) เป็นข้อเสนอแนะจากสิ่งที่ได้จากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หรือการบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาพยาบาล หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์ หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.13 เอกสารอ้างอิง (references) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) การวิเคราะห์ อภิमान (meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิमान (meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรอง การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างอิงเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver's style) ดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง (in-text citation) หากมีการอ้างอิงผลงานของผู้แต่งอื่น มาอ้างอิงในบทความให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงตามลำดับเนื้อหา โดยให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ โดยใส่ตัวเลขไว้หลังชื่อผู้แต่ง หรือหลังข้อความที่อ้างอิง หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้แต่งในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz¹ ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤตทารก จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครองทารกในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี⁸

1.3 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่มีหลากหลายรายการพร้อมกัน หากเป็นการอ้างอิงตัวเลขที่ลำดับต่อกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) ระหว่างตัวเลข แต่หากเป็นการอ้างอิงที่ลำดับตัวเลขไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) ระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา^{2,4} ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด^{7,10,18}

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (reference) เอกสารอ้างอิงต้องอ้างอิงเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความ และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดแม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอื่น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับในเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขในเอกสารอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkit

ใช้คำว่า Eamkusolkit R

Adel F Almutairi, Maliha Nasim

ใช้คำว่า Almutairi AF, Nasim M

2.2 ผู้เขียนหลายคน ให้ใส่ชื่อทุกคนกรณีไม่เกิน 6 คน หากเกิน 6 คนให้ระบุเพียง 6 คนแรกต่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษรแล้วตามด้วยคำว่า "et al" ดังตัวอย่าง

McAnulty GB, Duffy FH, Butler SC, Bernstein JH, Zurakowski D, Als H, et al.

2.3 กรณีเป็นหนังสือ หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์.

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

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

2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. P. 93-113.

2.4 กรณีเป็นวารสาร หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่ของวารสาร):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Tharakham E, Chaichanasang T. Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Nursing and Health Care. 2020;43(3):171-9. (in Thai)
2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347(4):284-7.

*หมายเหตุ วารสารที่เป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม ส่วนวารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อย่อ

2.5 กรณีบทความที่นำเสนอในการประชุม (Conference paper) หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

3. Eamkusolkit R, Watcharasin C, Thory SM. Maternal-Preterm Infant Attachment, Nakhon Phanom, Thailand. In: Knafel K, editor. Honoring the Past, Celebrating the Future. Proceedings of the 11th International Family Nursing Conference; 2013 June 19-22; Hyatt Regency. Minneapolis, Minnesota, United State: International Family Nursing Association; 2013. p. 15-24.

2.6 กรณีเป็นการอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

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

4. 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
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน
5. การพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ จะประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่ว่าผู้ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

สถานที่ติดต่อปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 095-6194916 E-mail: chantira@sut.ac.th
2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail: jnatned@gmail.com

**สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
(ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี)
สาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ**

ห้อง 1105 อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

โทร : 08-08952065 e-mail : jnatned@gmail.com
Facebook : www.facebook.com/natne.or.th