



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558 Vol.26 suppl.1 September 2015



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

รายงานการวิจัย

- ผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ ต่อความเจ็บปวดแผลฟิเยบหลังคลอด
- ผลของการประยุกต์กระบวนการคืนโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูกของคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด
- ผลของการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบบูรณาการการสะท้อนคิดต่อการพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล
- พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลคลองครักษ์ จังหวัดนครนายก
- ผลของโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
- ผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค ระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาระยะยาว
- บทความวิชาการ
- จุดประกายเทคนิคการเขียนตำราสำหรับผู้เขียนมือใหม่
- การจัดการความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนแบบปฐมนุญ
- พู่ตู่แลกกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
- การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค
- พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม
- บทความพิเศษ
- นักศึกษาพยาบาลกับการบำเพ็ญบุญ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558

Vol.26 suppl.1 September 2015

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ฝ่ายจัดการ

1. นายคณิง สัตร์รักษ์
2. นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุนหปราน
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ข.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)

นางกาญจนา ร้อยนา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางสาวคณิสร์ แก้วแดง

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 กันยายน - กุมภาพันธ์

(รับบทความถึงสิ้นเดือนสิงหาคม)

ฉบับที่ 2 มีนาคม - สิงหาคม

(รับบทความถึงสิ้นเดือนกุมภาพันธ์)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 4. ดร.พรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ผศ. ดร.อรพรรณ ไตสิงห์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. ผศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นางสุมาลี ราชนิยม | ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล |
| 2. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำ | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |
| 3. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัตย์ศิริ | ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี |
| 2. ดร.มณฑนา เหมชะญาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัตน์ สกุดสันติพร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ผศ. ดร.ถาวร มาด้น | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาวี่ จันทนะโสดี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ผศ. ดร.ปรานี ชีโรโสมณ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 11. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 12. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 13. ดร.วรพล แวงนอก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ |
| 14. ดร.ศรีสกุล เจียบแหลม | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558

Vol.26 suppl.1 September 2015

หน้า

รายงานการวิจัย

- ผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลพอลิเมอร์ ต่อความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด
นริชชญา หาตแก้ว ปราณี ธีรโสภณ 1
- ผลของการประยุกต์กระบวนการสันโดษโดยใช้โปรแกรม HOSXP ในการปรับปรุงคุณภาพ
งานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกยาต้านไวรัส
โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด
สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา สมบัติ เหลืองโสมนภา ยศพล เหลืองโสมนภา 14
นุสรา ประเสริฐศรี
- ผลของการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบบูรณาการการสะท้อนคิด
ต่อการพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล
อรัญญา บุญธรรม ไศภณศิริ ยุทธวิสุทธิ ธัญยาพร บัวเหลือง 24
เชษฐา แก้วพรม คมวัฒน์ รุ่งเรือง
- พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก
ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี 35
- ผลของโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
ในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
คันสนีย์ กำอุทก สิริลักษณ์ ต่องทรัพย์อนันต์ ฐานิดาวัลค์ วันทนิยกุล 48
พรฤดี นิธิรัตน์ ประภาพร มโนรัตน์
- ผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อ
ระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติงานวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
อรรถรัตน์ จันทรเพ็ญ ยศพล เหลืองโสมนภา พาณี วสนาท 60
สุชีรา อนุศาสนรักษ์ ณัฐจรยา บุญทา เย็นภัทร์ คำแดงยอดไธย
กานต์ศกนิณ ประางเสาวภา นุสรา ประเสริฐศรี
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคต่อพฤติกรรม
การควบคุมโรค ระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ในการศึกษาระยะยาว
ชดช้อย วัฒนะ จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ ณัฐวรรณ รักวงศ์ประยูร 72
ปริญญา แร่ทอง

ส

า

ร

บ

ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558

Vol.26 suppl.1 September 2015

หน้า

บทความวิชาการ

- จุดประกายเทคนิคการเขียนตำราสำหรับผู้เขียนมือใหม่ 90
พริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์ อมรตา อาชาพิทักษ์ กุลธิดา พานิชกุล
- การจัดการความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนแบบปรัมภุมิ 99
ยศพล เหลืองโสมนภา นุสรรา ประเสริฐศรี พิชราภักดิ์ ไชยสังข์
ชานชม พิชพันธ์ไพศาล
- ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 111
ชานชม พิชพันธ์ไพศาล
- การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค 117
ชดช้อย วัฒนะ
- พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม 128
กณิสร์ แก้วแดง สุมาลี ราชนิยม

บทความพิเศษ

- นักศึกษาพยาบาลกับการบำเพ็ญบุญ 136
ชาลินี สุวรรณตรี

ส

า

ร

บ

ญ

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล สำหรับบทความวิชาการได้นำเสนอสาระเกี่ยวกับเทคนิคการเขียนตำรา การจัดการความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ ผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรคด้วยการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม ส่วนบทความพิเศษนั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับการบำเพ็ญบุญของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอในสาระหลักเกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพอีกเช่นเคย ดังนั้น ถ้าท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการหรือบทความพิเศษในวารสารฯ ขอให้ท่านส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการตามคำแนะนำที่อยู่ด้านท้ายของวารสารฯ ฉบับนี้

คณิศร แก้วแดง
บรรณาธิการ

ผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ ต่อความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด *

The Effect of Cold Polymer Gel Pack Compression on Postpartum Perineal Pain *

นริชชญา หาดแก้ว, พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) **

Naritchaya Hatkaew, M.N.S. (Advanced Midwifery) **

ปราณี ธีรสกน, ปส.ด. (การพยาบาล) ***

Pranee Theerasopon, Ph.D. (Nursing) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทางคลินิก เพื่อศึกษาผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ ต่อความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดปกติที่มีแผลฝีเย็บจากการตัดแบบเฉียงระดับที่ 2 โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับการประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการประคบหลอบบริเวณแผลฝีเย็บด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ที่ไม่แช่เย็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ คู่มือการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด และแบบประเมินความเจ็บปวดแผลฝีเย็บที่มีค่าความเชื่อมั่น .86 ประเมินความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ 5 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการประคบ หลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนมกราคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ น้อยกว่าก่อนการประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.492, p < .001$; $t = 5.159, p < .001$; $t = 4.365, p < .001$ และ $t = 5.159, p < .001$ ตามลำดับ)

2. หลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.200, p < .01$; $t = 2.317, p < .05$; $t = 1.806, p < .05$ และ $t = 2.304, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์มาใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดต่อไป

คำสำคัญ : ความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ การประคบเย็น แผ่นเจลโพลีเมอร์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** มหบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Abstract

This clinical trial research aimed to study the effect of cold polymer gel pack compression on perineal pain in postpartum period. The study was conducted with 44 postpartum mothers with 2nd degree perineal tear who gave birth at Ban Kruat Hospital, Buriram Province. A block randomization method was used to select 22 participants to be in the experimental group to receive the cold compression on perineum by using polymer gel pack together with usual nursing care. Another group of 22 participants was in the control group using polymer gel pack which was not cold to compress on perineum. The research tools were composed of a polymer gel pack, a handbook of cold polymer gel pack compression, a questionnaire of demographic and labor data, and the numerical rating scales for perineal pain measurement with the reliability of .86. The perineal pain was assessed for 5 times: before the compression, immediately after receiving the compression, 30 minutes after the compression, 1 hour and 2 hours after the compression, respectively. The intervention was implemented and the data were collected from October 2014 to January 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The study was revealed as follows:

1. The average perineal pain scores of the group receiving the cold compression after receiving the compression immediately, 30 minutes after the compression, 1 hour and 2 hours after the compression, were less than those of before receiving the compression statistically significant ($t = 7.492, p < .001$; $t = 5.159, p < .001$; $t = 4.365, p < .001$, and $t = 5.159, p < .001$, respectively).

2. The average perineal pain scores of the group receiving the cold compression after receiving the compression immediately, 30 minutes after the compression, 1 hour and 2 hours after the compression, were less than those of the group using polymer gel pack which was not cold statistically significant ($t = 3.200, p < .01$; $t = 2.317, p < .05$; $t = 1.806, p < .05$, and $t = 2.304, p < .05$, respectively).

This study suggested that cold polymer gel pack compression should be used to relieve perineal pain in postpartum mothers.

Keywords : Perineal pain, Cold compression, Polymer gel pack

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บจากการคลอด อาจเกิดได้จากการฉีกขาดเอง หรือจากการตัดฝีเย็บในระยะคลอด เพื่อช่วยขยายช่องทางคลอด จากการสำรวจการบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บในทางสถิติ พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บประมาณร้อยละ 60 (Fernando, 2007) และมีความแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การบาดเจ็บฝีเย็บจากการฉีกขาดเองร้อยละ 41 และจากการตัดฝีเย็บร้อยละ 25 (Albers & Borders, 2007) ในประเทศอังกฤษพบอุบัติการณ์การบาดเจ็บฝีเย็บจากการฉีกขาดเองร้อยละ 38 และจากการตัดฝีเย็บร้อยละ 15 (East, Sherburn, Nagle, Said, & Forster, 2012) แนวปฏิบัติในการทำคลอดของประเทศไทยยังคงมีการตัดฝีเย็บ โดยพบอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มากกว่าร้อยละ 90 (เนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ, 2551) สำหรับโรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บร้อยละ 86.76 และมีการฉีกขาดเองของฝีเย็บร้อยละ 10.24 (งานห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์, 2556) แสดงให้เห็นว่าผู้ทำคลอดยังมีการตัดฝีเย็บในอัตราที่ค่อนข้างสูง

การบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพมารดาหลังคลอด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ มีการสูญเสียเลือด (Lam, Wong, & Pun, 2006) มีความเจ็บปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Macarthur & Macarthur, 2004) มีการติดเชื้อและมีการหายของแผลล่าช้า (Cunningham et al., 2010) รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (East et al., 2012) รบกวนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารกและการแสดงบทบาทมารดา (ภัสรา หากุลลาบ และนันทวรรณ ธนาโนวรรณ, 2552) มีการดิ่งรั้งของแผลฝีเย็บ ทำให้เจ็บปวดนานถึง 6 เดือน เกิดปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายกรณีที่มีการบาดเจ็บของฝีเย็บรุนแรง เช่น กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (Aytan, Tok, Ertunc, & Yasa, 2013) มีอาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีความรู้สึกทางเพศลดลง (Williams, Herron-Marx, & Knibb, 2007) มีรายงานพบว่าความเจ็บปวดแผลฝีเย็บใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบ

ต่อสุขภาพและการทำบทบาทของมารดาหลังคลอด ที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินและการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ และแปรผกผันตามจำนวนวันหลังคลอด (Macarthur & Macarthur, 2004)

เมื่อน้ำเนื้อเยื่อบริเวณแผลฝีเย็บได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบที่กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารฮิสตามีน (histamine) พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) และสารพี (P substance) ออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกบริเวณผิวหนังให้แปลสัญญาณเป็นความรู้สึกเจ็บปวด ถ่ายทอดไปยังใยประสาทขนาดเล็กชนิด A delta และ C fiber นำเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณ dorsal horn โดยส่งผ่านกระแสประสาทไปยังระบบประสาทส่วนกลาง คือ thalamus, cortex และ limbic เพื่อแปลผลเป็นความรู้สึกเจ็บปวด หลังจากนั้นจึงนำสัญญาณที่ได้รับไปยังสมองส่วน hypothalamus เพื่อให้รับรู้และแสดงการตอบสนองต่อความเจ็บปวดออกมา (ศศิกันต์ นิมนานรัชต์, 2553)

การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บในระยะหลังคลอด มีทั้งการบรรเทาความเจ็บปวดโดยให้ยาและการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยานั้น ในทางปฏิบัตินิยมให้ยาพาราเซตามอลในการลดความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บ ซึ่งมีรายงานพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ใช้ยา ได้แก่ มีผื่นแดงที่ผิวหนัง มีอาการคัน คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ และผู้ป่วยที่เป็นโรคตับควรใช้อย่างระมัดระวัง (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ส่วนการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยานั้น มีทั้งวิธีการที่ลูกกล้าต่อร่างกาย ได้แก่ การฝังเข็ม และวิธีการที่ไม่ลูกกล้าต่อร่างกาย ได้แก่ การแนะนำการจัดท่านอนตะแคงเพื่อลดการกดทับบริเวณฝีเย็บ การใช้ความร้อนหรือความเย็น และการใช้น้ำมันลาเวนเดอร์เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดของการใช้วิธีการดังกล่าว เช่น การฝังเข็ม ผู้ฝังเข็มต้องอาศัยทักษะหรือการฝึกอบรมเฉพาะทาง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฝังเข็ม เช่น ความเจ็บปวดบริเวณตำแหน่งที่ฝังเข็ม มีปฏิกิริยาการแพ้บริเวณตำแหน่งที่ฝังเข็ม และมีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก การใช้น้ำมันลาเวนเดอร์ไม่เป็นที่นิยมในประเทศไทย เนื่องจากหาซื้อวัตถุดิบได้ยาก ราคาแพง

ส่วนการใช้ความร้อนในการบรรเทาความเจ็บปวด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว อาจทำให้มีเลือดออกจากบาดแผลเพิ่มขึ้น และมีก้อนเลือดคั่งบริเวณฝีเย็บได้ จึงไม่เหมาะกับการนำมาประคบในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ดังนั้นการประคบด้วยความเย็นเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณแผลฝีเย็บในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับการนำมาใช้มากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้ความเย็นในการบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด โดยมีรายงานการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2538-2555 จำนวนทั้งสิ้น 7 ฉบับ โดยมีการใช้ความเย็นในรูปแบบและระยะเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ใช้กระเป๋าน้ำเย็นอุณหภูมิ 12.8-18.3 องศาเซลเซียส ประคบนาน 20 นาที (อารีณา ภาณุโสภณ, สุจินตนา พันธักกล้า, เขียวลักษณ์ เลหาจินดา, และสมานภิรมย์สวัสดิ์, 2541) การประคบเย็นด้วยถุงน้ำแข็งอุณหภูมิ 10-15 องศาเซลเซียส นาน 20 นาที (Leventhal, Oliveira, Nobre, & Silva, 2011) การประคบเย็นด้วยถุงน้ำแข็งอุณหภูมิ 10-15 องศาเซลเซียส นาน 10, 15 และ 20 นาที (Oliveira, Silva, Riesco, Latorre, & Nobre, 2012) การประคบเย็นด้วยแผ่นเจลประคบเย็นนาน 20 นาที (Sheikhan, Jahdi, Khoie, Alizadeh, Sheikhan, & Haghani, 2011) ผลการศึกษาของรายงาน 4 ฉบับ พบว่าความเย็นสามารถบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บในระยะหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายงานการศึกษาอีก 3 ฉบับ พบว่าความเย็นสามารถบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บได้ไม่แตกต่างจากวิธีการอื่น เช่น การใช้แผ่นเจลประคบเย็นกับการประคบห่อบริเวณแผลฝีเย็บด้วยแผ่นเจลไม่เย็น (Yusamran, Titapant, & Kongjeera, 2007) การแช่กันด้วยน้ำเย็นและน้ำอุ่นสามารถบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บได้ไม่แตกต่างกัน (สุภา ศรีวุฒาญจน์, ทศนีย์ พุกษาชีวะ, และวรพรรณ ผดุงโยธี, 2547) ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าความเย็นจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บได้ ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดในด้านระเบียบวิธีการวิจัยที่ยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย เช่น ไม่มีการควบคุมตัวแปรที่ศึกษา ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่ได้ระบุและ

ควบคุมอุณหภูมิในการวิจัย (Sheikhan et al., 2011; Oliveira et al., 2012) วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ไม่เหมาะสม เช่น มีขนาดใหญ่ น้ำหนักมาก และไม่แนบกับสรีระของฝีเย็บ (อารีณา ภาณุโสภณ และคณะ, 2541) มีความเปียกชื้นและเปรอะเปื้อน (Leventhal et al., 2011; Oliveira et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดของช่วงเวลาที่ใช้ความเย็นบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ เช่น การประคบเย็นในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (Yusamran et al., 2007) ซึ่งยังมีฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในระยะก่อนการตัดฝีเย็บหรือก่อนการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บด้วยนวัตกรรมแผ่นเจลโพลิเมอร์ที่มีการเตรียมในขนาดและระดับอุณหภูมิที่เหมาะสม สำหรับการประคบบริเวณฝีเย็บ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของแผลฝีเย็บ อันจะช่วยให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีคุณภาพ และได้รับความพึงพอใจในการบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บด้วยแผ่นเจลโพลิเมอร์ กับกลุ่มที่ได้รับการประคบห่อบริเวณแผลฝีเย็บด้วยแผ่นเจลโพลิเมอร์ที่ไม่แช่เย็น

สมมติฐานการวิจัย

มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บด้วยแผ่นเจลโพลิเมอร์ มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบห่อบริเวณแผลฝีเย็บด้วยแผ่นเจลโพลิเมอร์ที่ไม่แช่เย็น

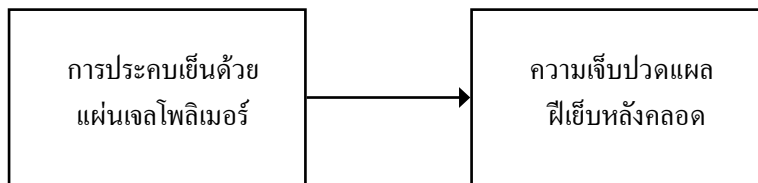
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้ความเย็นในการบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณแผลฝีเย็บหลังคลอด ซึ่งสามารถอธิบายกลไกของความเย็นที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดภายใต้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

(Melzack & Wall, 1965) และทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous Pain Control Theory) (Teranious & Hughes, 1975 อ้างถึงในพงศักรดี เจาพะเกษตริน และคณะ, 2547) โดยความเย็นจะกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ SG cell ในระดับไขสันหลังทำงาน เกิดการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวดไม่ให้ประสานกับ T cell จึงไม่มีการส่งต่อกระแสประสาทจาก T cell ไปยังสมอง ให้แปลผลการรับรู้ความเจ็บปวด ทำให้ความเจ็บปวดลดลง รวมทั้งยังมีการกระตุ้นต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ให้หลั่งสารเอ็นเคอร์ฟิน (endorphins) และเอนเคฟาลิน (enkephalins) ช่วยยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวด นอกจากนี้

ความเย็นยังสามารถใช้บรรเทาความเจ็บปวดและลดอาการบวมได้ โดยความเย็นช่วยให้หลอดเลือดมีการหดตัวเฉพาะที่ จึงช่วยลดปริมาณเลือดและการกั่งของสารน้ำ สารคัดหลั่งในเนื้อเยื่อ ช่วยลดตัวกระตุ้นหรือสารที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ เช่น ฮีสตามีน ทำให้ลดความไวในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด จากการเพิ่มระดับซิดกันความปวด และลดการนำส่งพลังงานของใยประสาทลง และการประคบเย็นยังช่วยในการลดการเผาผลาญสารอาหารของร่างกาย ทำให้บรรเทาความเจ็บปวดบริเวณที่ประคบความเย็นได้ (ชนวัธย์ เศรษฐพิยอมร, 2540)

กรอบแนวคิดในการวิจัย แสดงดังแผนภาพต่อไปนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทางคลินิก (clinical research) ชนิดกลุ่ม แบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการปกปิด 2 ทาง โดยใช้ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระดับความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดปกติที่มีแผลฝีเย็บจากการตัดแบบเฉียงระดับที่ 2 อายุ 18-34 ปี โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นมารดาหลังคลอดที่มารับบริการในช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนมกราคม 2558 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์

ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 3) ทารกมีน้ำหนักไม่เกิน 3,600 กรัม 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกร้อน-เย็นบริเวณผิวหนัง และ 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มย่อย (block randomization) กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 แผ่นเจลโพลีเมอร์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้เส้นใยโพลีเมอร์จากผ้าอ้อมสำเร็จรูป นำมาทดสอบคุณสมบัติของวัสดุ เปรียบเทียบปริมาณเส้นใยต่อน้ำดื่มพบว่าอัตราส่วนเส้นใย 1.5 กรัม ต่อน้ำดื่ม 90 มิลลิลิตร (1 : 60)

ลักษณะเป็นเนื้อเจลใส เป็นวุ้น มีความนิ่ม มีความยืดหยุ่นตามสรีระของฝีเย็บ ทดสอบความสามารถในการรักษาระดับอุณหภูมิของแผ่นเจล โดยผ่านการแช่ตู้เย็นช่องธรรมดา อุณหภูมิ 4-6 องศาเซลเซียส นาน 1-5 ชั่วโมง และวัดอุณหภูมิในแผ่นเจลด้วยเครื่องถ่ายภาพความร้อน พบว่าแผ่นเจลที่ผ่านการแช่ตู้เย็นช่องธรรมดานาน 2 ชั่วโมง จะได้อุณหภูมิหลังแช่อยู่ในช่วง 10-12 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นระดับอุณหภูมิที่เหมาะสมในการบำบัด และแผ่นเจลที่แช่ตู้เย็นช่องธรรมดานานกว่า 3 ชั่วโมง นำใส่ภาชนะปราศจากเชื้อวางไว้ในอุณหภูมิห้อง 10 นาที จะได้ระดับอุณหภูมิที่เหมาะสม และมีความปลอดภัยในการบำบัด และทดสอบระยะเวลาในการประคบเย็นคือ ประมาณ 15 นาที

1.2 คู่มือการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์บริเวณฝีเย็บ ประโยชน์ของการประคบเย็น ข้อห้ามสำหรับการรักษาด้วยความเย็น และข้อควรระวังในการรักษาด้วยความเย็น ใช้สำหรับผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินและคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนการประคบก่อนได้รับการประคบเย็น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุของมารดาหลังคลอด จำนวนครั้งของการคลอด เวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ชนิดของการตัดฝีเย็บ และน้ำหนักของทารกแรกเกิด จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ เป็นแบบประเมินชนิดมาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 (D'Arcy, 2007) โดยค่าคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวดเลย และค่าคะแนน 10 หมายถึง เจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ ซึ่งแบบประเมินนี้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และมีค่าความเชื่อมั่น .86

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18-34 ปี อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ที่แผนกฝากครรภ์ ตามคุณสมบัติของมารดาในระหว่างหลังคลอดที่มีโอกาสเข้าร่วมการวิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตติดสติ๊กเกอร์สีเขียวที่สมุดฝากครรภ์

2. เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการสำรวจมาที่ตึกหลังคลอด ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้ง รวมทั้งชี้แจงกระบวนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิ์โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้นั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มย่อย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโอกาสถูกสุ่มเข้ากลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน

4. ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เพิ่มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป

5. เมื่อแรกรับย้ายกลุ่มตัวอย่างมาที่ตึกหลังคลอด ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินระดับความเจ็บปวดแผลฝีเย็บของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการประคบ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในแบบประเมินความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ กรณีที่ไม่สะดวกในการทำเครื่องหมาย ให้บอกระดับความเจ็บปวดแผลฝีเย็บที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้น และผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงในแบบประเมินทั้งนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยผู้วิจัยจะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประคบให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตลอดการวิจัย

6. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการประคบเย็นบริเวณแผลไฟ้้้ด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ 1 ครั้งนาน 15 นาที ร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ด้วยการวัดอุณหภูมิของแผ่นเจลโพลีเมอร์ด้วยเทอร์โมมิเตอร์สะอาดทำความสะอาดแผลไฟ้้้ และปิดด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ ก่อนประคบ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการประคบหลอกบริเวณแผลไฟ้้้ด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ที่ไม่ใช่เย็น 1 ครั้ง นาน 15 นาที ร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ด้วยการทำความสะอาดแผลไฟ้้้ และปิดด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อก่อนประคบ

7. ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินระดับความเจ็บปวดแผลไฟ้้้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในแบบประเมินความเจ็บปวดแผลไฟ้้้ กรณีที่ไม่สะดวกในการทำเครื่องหมาย ให้บอกระดับความเจ็บปวดแผลไฟ้้้ที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้น และผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงในแบบประเมิน

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนมกราคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลไฟ้้้ภายในกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลไฟ้้้

ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 23.14 ปี ($SD = 4.58$) และ 25 ปี ($SD = 5.12$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นการคลอดครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 59.09 และ 68.18 ตามลำดับ ใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ย 18.05 นาที ($SD = 6.62$) และ 18.27 นาที ($SD = 5.33$) ตามลำดับ ชนิดของการตัดไฟ้้้ส่วนใหญ่คือ แบบเฉียงขวา คิดเป็นร้อยละ 59.09 และ 63.64 ตามลำดับ และน้ำหนักของทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,056.36 กรัม ($SD = 321.39$) และ 3,062.50 กรัม ($SD = 358.74$) ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลไฟ้้้ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลไฟ้้้หลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ น้อยกว่าก่อนการประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.492$, $p < .001$; $t = 5.159$, $p < .001$; $t = 4.365$, $p < .001$ และ $t = 5.159$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลไฟ้้้หลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ ไม่แตกต่างจากก่อนการประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการประคบกับหลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมงตามลำดับ

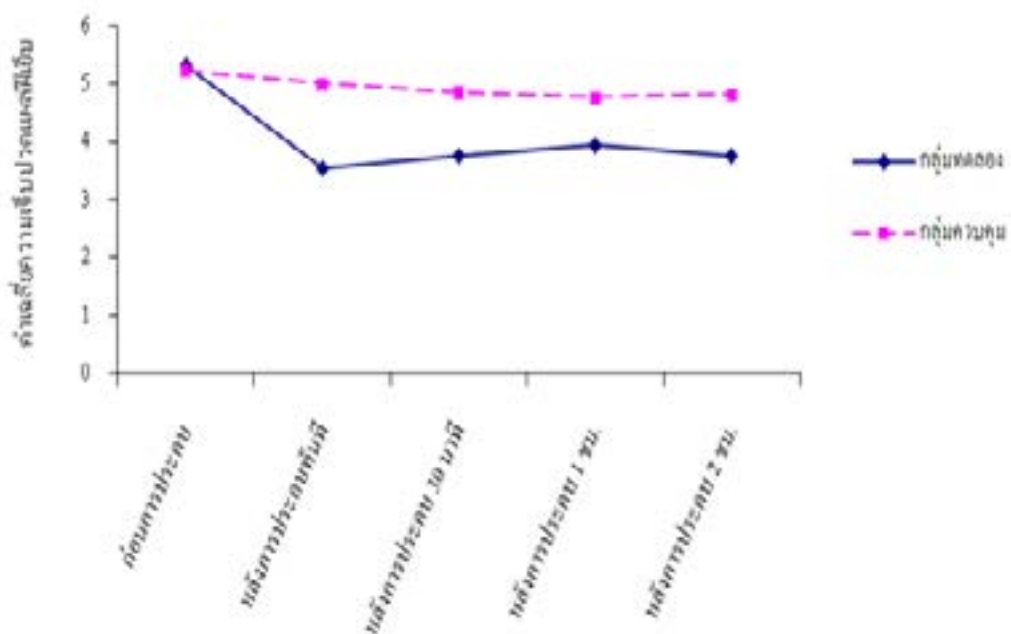
กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการประคบ		หลังการประคบทันที		หลังการประคบ 30 นาที		หลังการประคบ 1 ชั่วโมง		หลังการประคบ 2 ชั่วโมง		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 22)	5.32	1.49	3.55	1.77	-	-	-	-	-	-	7.492	< .001
			-	-	3.77	1.74	-	-	-	-	5.159	< .001
			-	-	-	-	3.95	1.70	-	-	4.365	< .001
			-	-	-	-	-	-	3.77	1.60	5.159	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 22)	5.23	1.23	5.00	1.20	-	-	-	-	-	-	1.418	.086
			-	-	4.86	1.36	-	-	-	-	1.560	.067
			-	-	-	-	4.77	1.27	-	-	1.555	.068
			-	-	-	-	-	-	4.82	1.40	1.624	.060

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการประคบ หลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ พบว่าก่อนการประคบ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการประคบ

ทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมงตามลำดับ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.200, p < .01$; $t = 2.317, p < .05$; $t = 1.806, p < .05$ และ $t = 2.304, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2 และภาพที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการประคบ หลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการประคบ	5.32	1.49	5.23	1.23	.220	.414
หลังการประคบทันที	3.55	1.77	5.00	1.20	3.200	.002
หลังการประคบ 30 นาที	3.77	1.74	4.86	1.36	2.317	.013
หลังการประคบ 1 ชั่วโมง	3.95	1.70	4.77	1.27	1.806	.040
หลังการประคบ 2 ชั่วโมง	3.77	1.60	4.82	1.40	2.304	.013



ภาพที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการประคบหลังการประคบทันที หลังการประคบ 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลใน 2 ประเด็น คือ 1) การประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บหลังคลอดสามารถช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บได้ และ 2) ความปลอดภัยในการใช้แผ่นเจลโพลีเมอร์ประคบเย็นลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บหลังคลอดสามารถช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บได้

การประคบด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์ที่แช่เย็นสามารถช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บลดลงได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายกลไกของความเย็นที่ช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บด้วย 1) ทฤษฎีควบคุมประตูและทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน 2) กลไกการเกิดกระบวนการอักเสบ และ 3) ประสิทธิภาพของการใช้ความเย็นในการบำบัดได้ดังนี้

1.1 การประคบเย็นช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณฝีเย็บที่ได้รับบาดเจ็บจากการตัดฝีเย็บ จะมีการปล่อยสารเคมีได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) และเบรดีไคนิน (bradykinin) ออกมา โดยสารเคมีนี้จะกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้เกิดสัญญาณประสาทส่งไปตามไขประสาทขนาดเล็กชนิด A delta และ C fiber จะไปสิ้นสุดที่ dorsal horn ของไขสันหลังแล้วเกิดการประสานประสาทกับเซลล์ประสาทใน SG cell ทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทออกมาได้แก่ สารพี ทำให้เกิดกลไกในระดับไขสันหลัง ส่งกระแสประสาทไปยังสมอง จึงทำให้ประตูความเจ็บปวดเปิด (opened gate) เกิดความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น (สคิกานต์ นิมนานวัชต์, 2553) เมื่อมีการประคบด้วยความเย็นบริเวณแผลฝีเย็บ ความเย็นจะกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ ทำให้เกิดการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวด ไม่ให้เกิดการประสานกับ T cell จึงทำให้ประตูความเจ็บปวดปิด (closed gate) และไม่มี การส่งกระแสประสาทไปยังสมองให้แปลผลการรับรู้ความเจ็บปวด ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน กล่าวคือ การประคบด้วยความเย็นจะไปกระตุ้น

บริเวณ SG cell ให้ปล่อยสารจากต่อมใต้สมองออกมาได้แก่ เอ็นดอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน ช่วยระงับการหลั่งสารสื่อประสาทความเจ็บปวดซึ่งได้แก่ สารพี ที่ไขสันหลัง ทำให้สัญญาณกระตุ้นเซลล์ลดลง จึงไม่นำกระแสประสาทความเจ็บปวดไปยังสมอง ส่งผลให้การลดความเจ็บปวดที่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง

1.2 การประคบเย็นช่วยลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณฝีเย็บที่ได้รับบาดเจ็บจากการตัดฝีเย็บเกิดกระบวนการอักเสบ บวม และมีการคั่งของสารน้ำและสารคัดหลั่ง รวมทั้งมีการปล่อยสารเคมี เช่น ซีโรโทนิน เบรดีไคนิน หรือฮิสตามีน ออกมาในหลอดเลือด โดยสารเคมีเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด การประคบด้วยความเย็นทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวเฉพาะที่ จึงช่วยลดปริมาณเลือด ลดการคั่งของสารน้ำและสารคัดหลั่งในเนื้อเยื่อฝีเย็บ ลดตัวกระตุ้นหรือสารเคมีในหลอดเลือดที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ช่วยลดความไวในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดจากการเพิ่มระดับจิตกั้นความเจ็บปวด และลดการนำส่งพลังงานของไขประสาทลง จึงทำให้บริเวณที่ประคบความเย็นมีความเจ็บปวดลดลงได้ (ชนวัณย์ เทชทรัพย์อมร, 2540)

1.3 ประสิทธิภาพของการใช้ความเย็นในการบำบัดที่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพัฒนานวัตกรรมแผ่นเจลโพลีเมอร์ที่มีคุณลักษณะเป็นเนื้อเจลใส เป็นวุ้นนิ่ม มีความนิ่ม และมีความยืดหยุ่นตามสรีระของฝีเย็บ โดยมีการเตรียมแผ่นเจลที่ผ่านการแช่ตู้เย็นช่องธรรมดา อุณหภูมิ 4-6 องศาเซลเซียส นาน 2 ชั่วโมง จะได้อุณหภูมิหลังแช่อยู่ในช่วง 10-12 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นระดับอุณหภูมิที่เหมาะสมในการบำบัด โดยประคบนาน 15 นาที ซึ่งเป็นการแก้ไขข้อจำกัดของการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องวัสดุมีขนาดใหญ่ น้ำหนักมาก ลักษณะไม่โค้งตามสรีระของร่างกายบริเวณฝีเย็บ ทำให้การประคบไม่ครอบคลุมบริเวณแผลฝีเย็บ (Leventhal et al., 2011) และไม่มีการควบคุมอุณหภูมิของเครื่องมือระหว่างการศึกษา (Sheikhan et al., 2011) รวมทั้งการเริ่มประคบในระยะเวลาที่ไม่เหมาะสม

เนื่องจากทำการศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง ที่ยังมีฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณแผลฝีเย็บคงอยู่ (Yusamran et al., 2007)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Oliveira et al. (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบช่วงเวลาในการประคบเย็นด้วยถุงน้ำแข็งในการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังการคลอดปกติ และการศึกษาของ Leventhal et al. (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังการคลอดปกติโดยการประคบเย็นด้วยถุงน้ำแข็ง พบว่าการประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บสามารถลดความเจ็บปวด แผลฝีเย็บในระยะหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheikhan et al. (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บในมารดาที่คลอดครั้งแรกโดยการประคบเย็นด้วยแผ่นเจล พบว่ามารดาที่ได้รับการประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บมีคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บในระยะ 4, 12 ชั่วโมง และ 5 วันแรกหลังคลอด ต่ำกว่ามารดาที่ได้รับการแช่ก้นด้วยน้ำอุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอารีณา ภาณุโสภณ และคณะ (2541) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังคลอดระหว่างวิธีประคบด้วยความเย็นและประคบด้วยความร้อน พบว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการประคบแผลฝีเย็บด้วยความเย็นมีคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บต่ำกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการประคบแผลฝีเย็บด้วยความร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yusamran et al. (2007) ที่ศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งยังคงมีฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณแผลฝีเย็บ (ชูศรี พิศลยบุตร และพงษ์ธรา วิจิตรเวชไพศาล, 2543) อันเป็นปัจจัยกวนต่อผลการศึกษา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของระดับความเจ็บปวด โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการปรับช่วงเวลาศึกษาให้อยู่ในระยะ 2-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่มีฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกมาเป็นปัจจัยกวนต่อผลการศึกษา จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษา

แตกต่างกัน

2. ความปลอดภัยในการใช้แผ่นเจลโพลิเมอร์ประคบเย็นลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ

การประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลิเมอร์ที่มีระดับอุณหภูมิ 10-12 องศาเซลเซียส นาน 15 นาที ตามแบบแผนการทดลองของงานวิจัยครั้งนี้ ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการประคบเย็น และจากวัสดุที่ใช้ในการประคบในกลุ่มตัวอย่าง เช่น การระคายเคือง ผื่นแพ้ รอยแดง ไม่มีผลกระทบต่อการหายของแผลที่ล่าช้า และการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ อย่างไรก็ตาม ควรมีการเฝ้าระวังเรื่องความปลอดภัยและติดตามภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มตัวอย่างอื่นทุกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรายงานการวิจัยที่ยืนยันความปลอดภัยของการใช้แผ่นเจลประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บ และความปลอดภัยของสารในผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งไม่พบรายงานความไม่ปลอดภัยซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yusamran et al. (2007) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการบรรเทาความเจ็บปวดของแผลฝีเย็บด้วยการใช้ cold gel pack pad และ gel pack pad ประคบเย็น พบว่าไม่มีรายงานเรื่องภาวะแทรกซ้อนและการระคายเคืองบริเวณแผลฝีเย็บในกลุ่มตัวอย่าง และไม่ทำให้เกิดการหายของแผลล่าช้ามากขึ้น การประคบเย็นจะช่วยลดอาการบวมแดงบริเวณฝีเย็บได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheikhan et al. (2011) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการประคบเย็นด้วยแผ่นเจล และการแช่ก้นด้วยน้ำอุ่น พบว่าไม่มีรายงานเรื่องภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มมารดาที่ได้รับการประคบเย็น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลิเมอร์ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มาใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด ตั้งแต่วะยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด หรือเมื่อแรกจับขั้วมาที่ตักหลังคลอด โดยมีวิธีการเตรียมให้แผ่นเจลโพลิเมอร์มีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 10-12 องศาเซลเซียส และใช้เวลาในการประคบนาน 15 นาที ห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาดิตตามการหายของแผลฝีเย็บในมารดาที่ได้รับการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์

2.2 ควรศึกษาผลของการประคบเย็นด้วยแผ่นเจลโพลีเมอร์เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในกลุ่มตัวอย่างอื่น โดยพัฒนาแผ่นเจลโพลีเมอร์ให้มีขนาด น้ำหนัก และรูปร่างที่เหมาะสมกับอวัยวะที่นำไปประคบ

เอกสารอ้างอิง

- งานห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. (2556). *สถิติผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บ พ.ศ. 2554-2556*.
- ชูศรี พิศลบุตร, และพงษ์ธรา วิจิตรเวชไพศาล. (บ.ก.). (2543). *วิสัยทัศน์วิทยาทางสูติกรรม*. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- ธนวัลย์ เดชทรัพย์อมร. (บ.ก.). (2540). *การรักษาด้วยความร้อน เย็น แสง เสียง 1*. เชียงใหม่: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เนาวรัตน์ แก้วนกลิการณ. (2551). *ผลของการนวดฝีเย็บต่อการบาดเจ็บของฝีเย็บในการคลอดปกติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พงศ์ภารดี เลาหะเกษตริน, และคณะ. (2547). *ความปวด*. กรุงเทพฯ: เมดิมีเดีย (ประเทศไทย).
- ภัสรา หากุลลาบ, และนันทวรรณ ธนาโนวรรณ. (2552). อุปสรรคของการเริ่มให้ลูกดูนมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด. *วารสารการพยาบาล*, 24(2), 14-23.
- ศศิกันต์ นิมนานรัชต์. (2553). *ความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ*. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical guidance for acute pain management)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สุภา ศรีวสุกาญจน์, ทัศนีย์ พุกษาชีวะ, และวรพรรณ ผดุงโยธี. (2547). ผลการลดความปวดของแผลฝีเย็บของมารดาครรภ์แรกคลอดปกติระหว่างวิธีแช่แผลฝีเย็บด้วยน้ำอุ่นและน้ำเย็น. *รวมารชิบดีพยาบาลสาร*, 10(3), 184-192.
- อารีณา ภาณุโสภณ, สุจินตนา พันธุ์กล้า, เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา, และสมาน ภิรมย์สวัสดิ์. (2541). เปรียบเทียบผลการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังคลอดระหว่างวิธีประคบด้วยความเย็นและประคบด้วยความร้อน. *รวมารชิบดีเวชสาร*, 14(2), 132-135.
- Albers, L. L., & Borders, N. (2007). Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 246-253.
- Aytan, H., Tok, E. C., Ertunc, D., Yasa, O. (2014). The effect of episiotomy on pelvic organ prolapse assessed by pelvic organ prolapse quantification system. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 173, 34-37.
- Cunningham, F. G., et al. (2010). *Williams obstetrics* (23nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- D'Arcy, Y. M. (2007). *Pain management: Evidence-based tools and techniques for nursing professionals*. Marblehead, MA: HCPro.
- East, C. E., Sherburn, M., Nagle, C., Said, J., & Forster, D. (2012). Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*, 28(1), 93-97.

- Fernando, R. J. (2007). Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 17(8), 238-243.
- Lam, K. W., Wong, H. S., & Pun, T. C. (2006). The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong. *Hong Kong Medicine Journal*, 12(2), 94-98.
- Leventhal, L. C., de Oliveira, S. M. J. V., Nobre, M. R. C., & da Silva, F. M. B. (2011). Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: A randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(2), 141-146.
- Macarthur, A. J., & Macarthur, C. (2004). Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(4), 1199-1204.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Oliveira, S. M. J. V., Silva, F. M. B., Riesco, M. L. G., Latorre, Mdo. R., & Nobre, M. R. C. (2012). Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth: A randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3382-3391.
- Sheikhan, F., Jahdi, F., Khoie, E. M., Alizadeh, N. S., Sheikhan, H., Haghani, H. (2011). Episiotomy discomforts relief using cold gel pads in primiparaus iranian women. *Research Journal of Medical Sciences*, 5(3), 150-154.
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Knibb, R. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 549-561.
- Yusamran, C., Titapant, V., & Kongjeera, A. (2007). Relief perineal pain after perineorrhaphy by cold gel pack pad: A randomized controlled trial. *Thai Journal of Nursing Research*, 11(2), 87-95.

ผลของการประยุกต์กระบวนการสืบโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า
วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด
The Effect of Using Apply Lean Process with HOSxP Program on Improvement
in Depression, Tuberculosis, and Cervical Cancer Screening in
Antiretroviral Clinic, Borai Hospital, Trat Province

สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, ศศ.ม. (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา) *

Sirirat Leangsomnapa, M.A. (Social Sciences for Development) *

สมบัติ เหลืองโสมนภา, พย.บ. **

Sombut Leangsomnapa, B.N.S. **

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปส.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาศาสตร์) ***

Yosapon Leangsomnapa, Ph.D. (Research and Methodology in Cognitive Science) ***

นุสรา ประเสริฐศรี, ปส.ด. (การพยาบาล) ****

Nusara Prasertsri, Ph.D. (Nursing) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ด้วยการประยุกต์กระบวนการสืบโดยใช้โปรแกรม HOSxP ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2558 ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์คุณค่าของการบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก 2) วิเคราะห์ขั้นตอนเดิมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก 3) พัฒนาโปรแกรม HOSxP เพื่อรายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และมะเร็งปากมดลูก 4) ออกแบบการไหลของกิจกรรมเพื่อลดการสูญเสียที่ไม่สร้างคุณค่า และเพิ่มคุณค่าหลัก ซึ่งได้แก่ ความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 5) ทดสอบการออกแบบการไหลของกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นใหม่ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่าหลังการประยุกต์กระบวนการสืบโดยใช้โปรแกรม HOSxP ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการคัดกรองที่ดีขึ้นมาก ดังนี้ 1) ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและวัณโรคร้อยละ 100 ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 88 และ 2) ผู้ที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในครั้งแรกได้รับการตรวจซ้ำร้อยละ 100 ผู้ที่มีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในครั้งแรกได้รับการคัดกรองซ้ำร้อยละ 100 และไม่มีผลการคัดกรองวัณโรคซ้ำเนื่องจากไม่พบความผิดปกติในครั้งแรก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกาะกูด จังหวัดตราด

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำการประยุกต์กระบวนการลีนโดยใช้โปรแกรม HOSxP ไปใช้ในการพัฒนางานอื่นที่พบปัญหาล้ำทับกับการคัดกรองของคลินิกทางด้านไวรัส
คำสำคัญ : การคัดกรอง เอชไอวี กระบวนการลีน โปรแกรม HOSxP

Abstract

This research and development design study aimed to improve the quality of depression, tuberculosis, and cervical cancer screening that apply lean process with the HOSxP program at antiretroviral (ARV) clinic in Borai Hospital, Trat Province. The study was conducted during July 2014 to April 2015 that consisted of five stages including: 1) analyzing the service of depression, tuberculosis, and cervical cancer screening; 2) analyzing the process of depression, tuberculosis, and cervical cancer screening; 3) developing the HOSxP program to report depression, tuberculosis, and cervical cancer screening; 4) designing the activities flow to minimize the losses and enhance the values, which coverage of depression, tuberculosis, and cervical cancer screening in people infected with HIV; and 5) testing the new developed flow of activities in 210 cases of people infected with HIV. The data were analyzed and reported as percentage.

The results found that HIV patients were increased of screening as following 1) 100% of depression and tuberculosis, and 88% of cervical cancer screening; 2) 100% repeating screening cases of initiated abnormality of cervical cancer and depression screening, no repeating screening in tuberculosis regarding to no initiated abnormality screening.

Taken together, using the applying lean process with HOSxP program may implicate to develop other tasks that encounter the same issues as ARV clinic.

Keywords : Screening, HIV, Lean process, HOSxP program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมการได้รับการยาต้านไวรัส การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และบริการอื่นๆ เช่น การคัดกรองโรคต่างๆ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยเฉพาะในประเด็น 1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 70 มักจะมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า 2) การคัดกรองวัณโรค เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติถึง 10 เท่า และ 3) การตรวจ

มะเร็งปากมดลูก เนื่องจากในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีพบความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 20 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังนั้นผู้รับผิดชอบคลินิกทางด้านไวรัสของแต่ละโรงพยาบาลจึงควรคัดกรองปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ประเด็น ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในความดูแลด้วยเสมอ

คลินิกทางด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ตระหนักถึงความสำคัญของนโยบายการคัดกรองที่กล่าวมาข้างต้น และเริ่มทำการคัดกรองครบทั้งภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยกระบวนการคัดกรองนั้นประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการคัดกรองโดย

พยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัส และขั้นตอนการส่งข้อมูลผลการคัดกรองให้กับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต งานวันโรค และงานตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการคัดกรองดังกล่าวยังประสบปัญหาบางประการคือ 1) พยาบาลประจำคลินิกทางด้านไวรัสทำการคัดกรองได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากต้องตรวจสอบการคัดกรองจากทะเบียนที่บันทึกไว้ในเอกสารที่จัดทำขึ้นเอง 2) พยาบาลที่รับผิดชอบงานคัดกรองทั้ง 3 ประเด็น บันทึกข้อมูลผลการคัดกรองที่ได้รับจากคลินิกทางด้านไวรัสได้ไม่ครบถ้วน หรือบันทึกล่าช้า และ 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการคัดกรองผิดปกติในรอบแรก ไม่ได้รับการติดตามคัดกรองซ้ำ ดังรายงานการคัดกรองในปีงบประมาณ 2556-2557 ที่พบว่าคลินิกทางด้านไวรัสสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 95.87-98.39 คัดกรองวันโรคได้ร้อยละ 100 และตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 94.83-93.10 (คลินิกทางด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด, 2556, 2557) ปัญหาการคัดกรองที่ไม่ครบถ้วนเกิดจากขั้นตอนการคัดกรองกับขั้นตอนการลงข้อมูล ซึ่งเป็นการให้บริการที่มีความหลากหลายของบุคลากร และเวลาของการให้บริการ ทำให้เกิดความสูญเสียที่กล่าวมาข้างต้นจากข้อมูลดังกล่าวมานี้ จึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกทางด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ให้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นการลดขั้นตอนที่ไม่สร้างคุณค่าของงาน

การจัดการแบบลีน (Lean) เป็นการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ โดยลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการ (แสงระวี เทพรอด และคณะ, 2557) โดยลดกระบวนการที่ไม่เพิ่มคุณค่า และปรับปรุงกระบวนการที่จำเป็นต้องคงอยู่ให้มีคุณค่าต่อผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น (พาณี สิตกะลิน, 2556) แนวคิดการจัดการแบบลีนนี้ได้รับความนิยมในการนำมาใช้แก้ปัญหาในหลายสาขาวิชาชีพ รวมทั้งวิชาชีพทางการแพทย์ด้วย ดังงานวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้หลักการของลีนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง (ชนิตา ฉิมวงษ์, จิราพร นิลสุ, และนภาพร วาณิชยกุล, 2557) และงานวิจัยเรื่องการใช้หลักการลีนเพื่อเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการจัดเก็บเอกสาร และออกเลขหนังสือด้วยซอฟต์แวร์เสรี กรณีศึกษา สำนักงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (เพ็ญวิสาข์ เอกกะยอ และวัชรวลี ตั้งคุปตานนท์, 2556) ผลการวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้ พบว่าหลังการจัดการด้วยหลักการลีน สามารถลดขั้นตอนการดำเนินงาน และสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการรายงานข้อมูลคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยโปรแกรม HOSxP ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรม HOSxP ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถรายงานข้อมูลคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ครบถ้วนทั้งในระดับภาพรวมและรายบุคคล (สมบัติ เหลืองโสมนภา และยศพล เหลืองโสมนภา, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยโดยประยุกต์ใช้กระบวนการลีน โดยใช้เทคโนโลยีได้แก่ โปรแกรม HOSxP เป็นกลไกในกระบวนการลีนงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกทางด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ซึ่งจะทำให้คุณภาพงานคัดกรองดังกล่าวดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความครบถ้วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกทางด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด

2. เพื่อศึกษาความครบถ้วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือวันโรค หรือการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผิดปกติในครั้งแรก และได้รับการคัดกรองซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ (routine to research: R2R) โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development: R & D) โดยคณะผู้วิจัยไม่ได้เสนอขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการตามปกติ

มีเพียงการลงข้อมูลและการกำกับติดตามในโปรแกรม HOSxP ซึ่งไม่ได้ออกรายงานเป็นชื่อผู้ป่วย ทั้งนี้ได้แจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ให้ทราบรายละเอียดของการวิจัยแล้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการจากคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ในช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2558 จำนวนทั้งสิ้น 210 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาทั้งประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นโปรแกรม HOSxP ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนาช่องทางการลงข้อมูลการคัดกรองและการรายงานผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการรายงานผลการคัดกรองซ้ำในรายที่ผลการคัดกรองครั้งแรกผิดปกติ

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล การประยุกต์กระบวนการสืบโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ให้หลักการจัดการแบบสืบมาเป็นกรอบในการออกแบบ ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างคุณค่าของการบริการ 2) การสร้างกระแสคุณค่าในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน 3) การทำให้กิจกรรมในกระบวนการดำเนินงานมีคุณค่าอย่างต่อเนื่อง 4) การดึงความสำคัญที่ผู้รับบริการต้องการ และ 5) การสร้างคุณค่าและกำจัดความสูญเปล่าที่ซ่อนเร้นในขั้นตอนเดิม (พานิสิตกะลิน, 2556) จากขั้นตอนของกระบวนการสืบทั้ง 5 ขั้นนี้ คณะผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในการปรับปรุงคุณภาพการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2558 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์คุณค่าของการบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ โดยเน้นที่ความครอบคลุมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการคัดกรองในครั้งแรกและการคัดกรองซ้ำ เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการคัดกรองไม่ครอบคลุม และผู้ติดเชื้อที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ ไม่ได้รับการคัดกรองซ้ำตามเกณฑ์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ขั้นตอนเดิมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการจากคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ที่ปฏิบัติอยู่ พบว่ามีขั้นตอนที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 พยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัส ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของผู้ติดเชื้อได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากในกระบวนการคัดกรอง ณ จุดนี้ พยาบาลจะต้องเปิดเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นรายคน ในขณะที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก ทำให้การตรวจสอบจากเวชระเบียนมีความผิดพลาดได้ ผู้ติดเชื้อบางคนไม่ได้รับการคัดกรองหรือได้รับการคัดกรองซ้ำทั้งที่ผลการคัดกรองในครั้งแรกปกติ เมื่อสิ้นสุดการคัดกรอง พยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสส่งผลการคัดกรองในรูปของเวชระเบียนไปยังผู้รับผิดชอบงานคัดกรองสุขภาพจิต และงานตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนผลการคัดกรองวัณโรคจะเก็บข้อมูลไว้ที่คลินิกยาต้านไวรัส

2.2 ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองสุขภาพจิต และงานตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำการลงผลการคัดกรองในโปรแกรม HOSxP ที่รับผิดชอบ โดยข้อมูลในโปรแกรมจะเป็นข้อมูลการคัดกรองของทั้งโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้รับบริการกลุ่มอื่นด้วย ทำให้ยากต่อการตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองเฉพาะของกลุ่มที่ต้องการ รวมทั้งโปรแกรม HOSxP ที่ใช้อยู่เดิมไม่รายงานข้อมูลว่าผู้ติดเชื้อที่ได้รับการคัดกรองในครั้งแรกว่าผิดปกตินั้น ได้รับการคัดกรองซ้ำหรือไม่ และการลงข้อมูลของงานสุขภาพจิตและงานตรวจมะเร็งปากมดลูกนั้น พยาบาลต้องลงข้อมูลของผู้รับบริการทั้งโรงพยาบาล ทำให้การตรวจสอบผลการคัดกรองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้เวลานานขึ้น ในขณะที่งานวัณโรคยังไม่มีโปรแกรม HOSxP ในการรายงาน

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาโปรแกรม HOSxP ในการรายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และมะเร็งปากมดลูก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของคลินิกยาต้านไวรัส โดยใช้คำสั่ง MySQL และ Report Designer (บริษัทบางกอกเมดิคัลซอฟต์แวร์ จำกัด, 2554) ซึ่งสามารถรายงานผลการคัดกรอง

ผู้รับบริการรายใหม่และตรวจสอบผลการคัดกรองซ้ำได้ รวมถึงสามารถแสดงผลการคัดกรองในโปรแกรม HOSxP ของงานคัดกรองสุขภาพจิตและงานตรวจมะเร็งปากมดลูก ของโรงพยาบาลได้ และทำการทดสอบประสิทธิภาพของ โปรแกรมในการรายงานผลการคัดกรอง โดยเทียบกับ ผลการคัดกรองในเวชระเบียนระหว่างเดือนตุลาคมถึง เดือนพฤศจิกายน 2557 ผลการทดสอบพบว่าโปรแกรม HOSxP ที่พัฒนาขึ้นในรอบแรก มีประเด็นปัญหาบางประการ ในการรายงานผลการคัดกรอง คณะผู้วิจัยจึงทำการปรับปรุง แก้ไขโปรแกรม HOSxP รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง จนสามารถ รายงานผลการคัดกรองได้ตรงกับข้อมูลในเวชระเบียน และนำไปใช้ได้จริง

ขั้นตอนที่ 4 ออกแบบการไหลของกิจกรรม เพื่อลดการสูญเสียที่ไม่สร้างคุณค่า และเพิ่มคุณค่าหลัก ซึ่งได้แก่ ความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการประยุกต์กระบวนการลีนโดยใช้โปรแกรม HOSxP คือ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการที่คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัสจะตรวจสอบประวัติ การได้รับการคัดกรองในโปรแกรม HOSxP ที่พัฒนาขึ้น และทำการคัดกรองตามเงื่อนไข หากผลการคัดกรอง ผิดปกติ จะส่งพบแพทย์ต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 ทดสอบการออกแบบการไหล ของกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นใหม่ในคลินิกยาด้านไวรัส ในช่วง เดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2558 โดยวิเคราะห์ ข้อมูลการคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2558 จำนวนทั้งสิ้น 210 คน เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องและครบถ้วนตามวงรอบของ การคัดกรองแต่ละประเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยตรวจสอบ ความครอบคลุมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการคัดกรอง ในครั้งแรกและการคัดกรองซ้ำ โดยการเทียบผลการคัดกรอง ในเวชระเบียนกับผลการคัดกรองในโปรแกรม HOSxP และวิเคราะห์ผลการคัดกรองในโปรแกรม HOSxP ด้วยสถิติ ร้อยละ

ผลการวิจัย

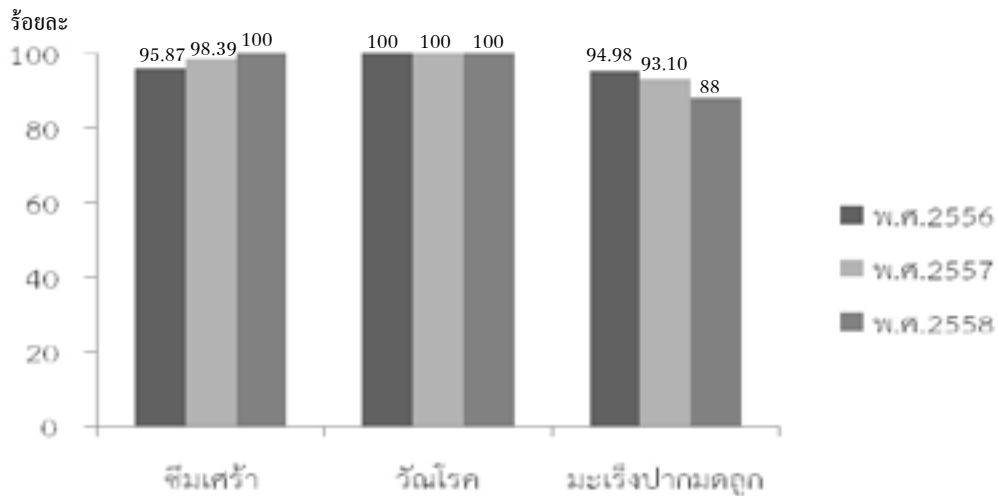
หลังการประยุกต์กระบวนการลีนโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกยาด้าน ไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ได้ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงคุณภาพ ของงานคัดกรองที่ดีขึ้น ดังนี้

1. ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และ การตรวจมะเร็งปากมดลูก

จากการประยุกต์กระบวนการลีนโดยใช้ โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ พบว่าโปรแกรม HOSxP สามารถรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการคัดกรอง ภาวะซึมเศร้าและวันโรค ดังแสดงในภาพที่ 1 และการตรวจ มะเร็งปากมดลูก ดังแสดงในภาพที่ 2 และพบว่าผล การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและวันโรค สามารถทำได้ครบถ้วน ร้อยละ 100 ส่วนการตรวจมะเร็งปากมดลูก สามารถทำได้ ร้อยละ 88 ดังแสดงในภาพที่ 3

Teil 1a: 100 %
 Teil 1b: 100 %
 Teil 2: 100 %
 Teil 3: 100 %

January 2000	January 99
--------------	------------



ภาพที่ 3 ร้อยละของผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก

2. ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือวัณโรค หรือการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในครั้งแรก ที่ได้รับการคัดกรองซ้ำ

จากการประยุกต์กระบวนการสลินโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ พบว่าก่อนการประยุกต์กระบวนการสลินโดยใช้โปรแกรม HOSxP มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในครั้งแรกและได้รับการตรวจซ้ำร้อยละ 95 มีผลการคัดกรองวัณโรคผิดปกติในครั้งแรกร้อยละ 0 และไม่สามารถติดตามผลการคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน

หลังการประยุกต์กระบวนการสลินโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในครั้งแรกและได้รับการตรวจซ้ำร้อยละ 100 มีผลการคัดกรองวัณโรคผิดปกติในครั้งแรกร้อยละ 0 มีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในครั้งแรกและได้รับการคัดกรองซ้ำร้อยละ 100 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีการคัดกรองซ้ำดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการคัดกรองครั้งแรกผิดปกติและได้รับการคัดกรองซ้ำ ก่อนและหลังการประยุกต์กระบวนการสลินโดยใช้โปรแกรม HOSxP

ช่วงเวลา	ภาวะซึมเศร้า	วัณโรค	มะเร็งปากมดลูก
ก่อนการประยุกต์กระบวนการสลิน	NA	-	95
หลังการประยุกต์กระบวนการสลิน	100	-	100

หมายเหตุ : NA = ไม่มีข้อมูล เนื่องจากกระบวนการเดิมไม่เชื่อมต่อข้อมูลของสองหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาขั้นแรกเพื่อศึกษาผลของการประยุกต์กระบวนการกลืนโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ผลการวิจัยสรุปได้ว่าการประยุกต์กระบวนการกลืนโดยใช้โปรแกรม HOSxP สามารถรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ โดยคัดกรองภาวะซึมเศร้า และวันโรคได้ร้อยละ 100 และตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 88 ส่วนอีกร้อยละ 12 ยังไม่ได้รับการตรวจ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางคนมีประจำเดือนในช่วงที่ทำการตรวจตามเวลา ทำให้ไม่สามารถตรวจมะเร็งปากมดลูกในช่วงเวลานั้นได้ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางคนได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากสถานบริการอื่นแล้ว และอยู่ระหว่างรอผลการตรวจ จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยกำกับและตรวจสอบได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการคัดกรองครบร้อยละ 100

ผลการวิจัยยังพบอีกว่าก่อนการประยุกต์กระบวนการกลืนโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในครั้งแรกและได้รับการตรวจซ้ำร้อยละ 95 มีผลการคัดกรองวันโรคผิดปกติในครั้งแรกร้อยละ 0 และไม่สามารถติดตามผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน แต่หลังการประยุกต์กระบวนการกลืนโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการปรับปรุงคุณภาพงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติในครั้งแรกและได้รับการตรวจซ้ำมีถึงร้อยละ 100 มีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในครั้งแรกและได้รับการคัดกรองซ้ำร้อยละ 100 และมีผลการคัดกรองวันโรคผิดปกติในครั้งแรกร้อยละ 0 จึงไม่มีการคัดกรองซ้ำจะเห็นได้ว่ามีสถิติของการคัดกรองซ้ำครบทุกคน

การประยุกต์กระบวนการกลืนโดยใช้โปรแกรม HOSxP ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ช่วยให้คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้ครบถ้วน ลดปัญหาจาก

งานประจำ และนำไปสู่การปฏิบัติงานใหม่ที่ดีกว่า ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงนี้อธิบายได้ว่าเกิดจากการที่คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงานเดิมและคิดขั้นตอนการทำงานใหม่ตามแนวคิดของหลักการกลืนที่ว่าหากใช้การจัดการแบบสไลนในการพัฒนาแล้วนั้น จะลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานแบบเดิมได้ (แสงระวี เทพรอด และคณะ, 2557) โดยสามารถลดกระบวนการหรือขั้นตอนที่ไม่เพิ่มคุณค่า ในขณะเดียวกัน ยังช่วยให้กระบวนการที่จำเป็นต้องคงอยู่ มีคุณค่าต่อผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น (พาณิ สัตตะกลิน, 2556) นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ของโปรแกรม HOSxP เข้ามาช่วยในการบันทึกและตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองแทนการบันทึกบนเอกสารที่เคยปฏิบัติมาก่อนที่ทำให้ตรวจสอบไม่ได้และไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งโปรแกรม HOSxP สร้างขึ้นโดยบริษัทเอกชนและทำการสร้าง application template ที่เปิดให้ผู้ใช้งานไปพัฒนาเฉพาะระบบงานที่ต้องการและเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลของฮอสเอกซ์พีได้ (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2556) ด้วยการใช้คำสั่ง MySQL และคำสั่ง Report Designer ให้เหมาะสม โดยคำสั่ง MySQL เป็นคำสั่งพื้นฐานของระบบโปรแกรม HOSxP_PCU ที่ช่วยจัดการข้อมูลต่างๆ ในฐานข้อมูลได้ตามที่ผู้ใช้ต้องการ ขึ้นอยู่กับความเข้าใจในการใช้คำสั่งได้สอดคล้องกับข้อมูล ส่วนคำสั่ง Report Designer เป็นคำสั่งการสร้างรายงานที่สำคัญของโปรแกรม HOSxP ทำให้โปรแกรมนี้มีระบบรายงานที่แยกออกมาโดยเฉพาะ และแบบฟอร์มของรายงานต่างๆ จะถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลของโปรแกรม (บริษัททางกอกเมคคัล ซอฟต์แวร์ จำกัด, 2554) จากความเข้าใจในระบบ HOSxP คณะผู้วิจัยจึงนำมาใช้ออกแบบในการรายงานข้อมูลการคัดกรองโดยผ่านกระบวนการกลืน ทำให้ได้ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วันโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ครบถ้วนตามที่ต้องการ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้หลักการของสไลนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง (ชนิตา จิมวงษ์, จิราพร นิลสุ, และนภาพร วาณิชกุล, 2557) และงานวิจัยเรื่องการใช้หลักการสไลนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บเอกสาร และออกเลขหนังสือด้วยซอฟต์แวร์เสรี กรณีศึกษาสำนักงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (เพ็ญวิสาข์ เอกกะยอ และวัชรวิลี ตั้งคุปตานนท์, 2556) ที่พบว่าหลังการจัดการด้วย

หลักการสืบ สามารถลดขั้นตอนการดำเนินงาน และสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ดีขึ้น รวมถึงผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาการรายงานข้อมูลคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยโปรแกรม HOSxP (สมบัติ เหลืองโสมนภา และยศพล เหลืองโสมนภา, 2557) ที่พบว่าโปรแกรม HOSxP ที่พัฒนาขึ้น สามารถรายงานข้อมูลคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ครบถ้วนทั้งในระดับภาพรวมและรายบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าการประยุกต์กระบวนการสืบโดยใช้โปรแกรม HOSxP ทำให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ครบถ้วนทั้งการคัดกรองผู้ที่ยังไม่เคยรับการคัดกรอง และผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติในครั้งแรกและต้องได้รับการคัดกรองซ้ำ จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานในเรื่องการคัดกรองของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ในปัจจุบัน ดังนั้นจึงควรนำวิธีการที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพอื่น เพื่อช่วยให้สามารถจัดการข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วัณโรค และการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์กระบวนการสืบโดยใช้โปรแกรม HOSxP ในการพัฒนางานอื่นที่พบปัญหาคล้ายกับการคัดกรองของคลินิกยาด้านไวรัสในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ผู้ปฏิบัติการและผู้รับบริการ ทั้งนี้ควรศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติการในด้านความสะดวกและความง่ายในการปฏิบัติงานร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. ใน ประพันธ์ ภานุภาค, และคณะ (บ.ก.). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติปี พ.ศ. 2553*. หน้า 81-93. กรุงเทพฯ:

ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การคัดกรองโรค. ใน สุขเมธ องค์กรวรรณดี, ชื่นนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, รังสิมา โล่ห์เลขา, และเอกจิตรา สุขกุล. (บ.ก.). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557*. หน้า 100-109. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด. (2556). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานของคลินิกยาด้านไวรัส ปีงบประมาณ 2556* โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด.

คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด. (2557). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานของคลินิกยาด้านไวรัส ปีงบประมาณ 2557* โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด.

ธนิศา จิมวงษ์, จิราพร นิลสุ, และณภาพร วาณิชกุล. (2557). การประยุกต์ใช้หลักการของสืบเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(1), 121-135.

บริษัทบางกอกเมคคัล ซอฟต์แวร์ จำกัด. (2554). *การสร้างระบบรายงาน Report Designer ขั้นพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

พาณิ สัตตะกลิน. (2556). *คุณภาพบริการสุขภาพกับระบบสืบ*. สืบค้น วันที่ 1 พฤษภาคม 2558, จาก http://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book56_3/hospital.html

เพ็ญวิสาข์ เอกกะขอ, และวัชรวิไล ตั้งคุปตานนท์. (2556). การใช้หลักการสืบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บเอกสาร และออกเลขหนังสือด้วยซอฟต์แวร์เสรีกรณีศึกษา สำนักงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *Graduate Research Conference 2012 Khon Kaen University*. สืบค้น วันที่ 1 พฤษภาคม 2558, จาก <http://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/hmo23.pdf>

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2556). *ฮอสเอกซ์พี*. สืบค้น
วันที่ 16 กันยายน 2556, จาก [http://th.wikipedia.
org/ฮอสเอกซ์พี](http://th.wikipedia.org/ฮอสเอกซ์พี)

สมบัติ เหลืองโสมนภา, และยศพล เหลืองโสมนภา. (2557).
การพัฒนาการรายงานข้อมูลคัดกรองภาวะซึมเศร้า
โดยโปรแกรม HOSxP_PCU. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 75-83.

แสงระวี เทพรอด, และคณะ. (2557). การพัฒนา
ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
คลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. ใน *เอกสารการนำเสนอ
ในการประชุมวิชาการประจำปี สังคมศาสตร์
มนุษยศาสตร์ และศึกษาศาสตร์ ประจำปี พ.ศ.
2556* หัวข้อ “เอเชียรุ่งโรจน์: วิฤติหรือโอกาส
สำหรับไทย”. สืบค้น วันที่ 1 พฤษภาคม 2558,
จาก [http://www.sh.mahidol.ac.th/pictures/
download/sh_20130606104049.pdf](http://www.sh.mahidol.ac.th/pictures/download/sh_20130606104049.pdf)

ผลของการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบบูรณาการการสะท้อนคิด ต่อการพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล Effect of Integrated Reflective Therapeutic Communication Report on Improving Nurse Student's Reflection

อริญญา บุญธรรม, ม.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) * โสภณสิริ ยุทธวิสุทธิ์, ศศ.ม. (แนะแนวและการให้คำปรึกษา) *
Aranya Boontham, M.Ed. (Educational Psychology) * Sopinsiri Yoothavisute, M.Ed. (Guidance of Psychology) *
ธัญญาพร บัวเหลือง, พย.บ. ** เชษฐา แก้วพรม, ป.ศ. (การพยาบาล) ***
Thanyaporn Bualuang, B.N.S. ** Chetha Kaewprom, Ph.D. (Nursing) ***
คมวิวัฒน์ รุ่งเรือง, ศษ.ด. (การวิจัยและพัฒนาการศึกษา) ****
Komwat Rungruang, D.Ed. (Research and Development in Education) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบบูรณาการการสะท้อนคิด ต่อการพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2556 จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบฟอร์มการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด 3 รูปแบบ ได้แก่ แบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม และ 2) แบบวัดพฤติกรรมสะท้อนคิดที่มีค่าความเชื่อมั่น .92 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired *t*-test และ one-way ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ

ผลการวิจัยพบว่าหลังการเขียนรายงานฯ ตามแบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสะท้อนคิดสูงกว่าก่อนการเขียนรายงานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.381, p < .001$; $t = 11.184, p < .001$ และ $t = 12.363, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มที่เขียนรายงานฯ ตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม มีพฤติกรรมสะท้อนคิดสูงกว่ากลุ่มที่เขียนรายงานฯ ตามแบบฟอร์มเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = .38, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าอาจารย์พยาบาลควรนำรูปแบบการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิมไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดของนักศึกษา

คำสำคัญ : การสะท้อนคิด รายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด นักศึกษาพยาบาล

- * พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
** พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกลุ่มอำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness among three method therapeutic communication report writing: general therapeutic communication report writing, reflective therapeutic communication report writing, and integrating therapeutic communication report writing. The study was undertaken during practice in subject "Nursing Care of Persons with Mental illness". The subjects were 50 third-year nurse students, first group were sampling to general therapeutic communication report writing, the second were sampling to reflective therapeutic communication report writing, and the third were sampling to integrating therapeutic communication report writing. Research instruments were; 1) guide line for three method therapeutic communication report writing; and 2) the scale of reflective behaviors with the Cronbach's alpha coefficients of .92. The intervention was implemented and the data were collected from January to February 2014. Statistics used for data analysis were paired *t*-test, one-way ANOVA, and multiple comparison by Scheffé method.

The findings reveal that, after engaging in three method therapeutic communication report writing; 1) three groups of nurse students reported significant increase in reflective behaviors ($t = 8.381, p < .001$; $t = 11.184, p < .001$ and $t = 12.363, p < .001$, respectively); and 2) the third group of nurse students reported a more score of reflective behaviors than the first group ($MD = .38, p < .05$).

This study suggested that nurse educators should use guide line of integrating therapeutic communication report writing to enhance students' reflection skills.

Keywords : Reflection skills, Therapeutic communication report, Nurse student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสะท้อนคิด (reflection) เป็นกระบวนการทางปัญญาที่บุคคลนำประสบการณ์ที่พบในชีวิตประจำวัน มาคิดทบทวนโดยเชื่อมโยงกับความคิด ความรู้สึก มีการตรวจสอบกับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจนั้นอย่างถ่องแท้ ตลอดจนกำหนดแผนการนำความรู้ใหม่ไปใช้วางแผนหรือตัดสินใจแก้ปัญหาในอนาคต ผลการสะท้อนคิดจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาตนเอง พัฒนางาน และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Beam, O'Brien, & Neal, 2010) จะเห็นว่าการสะท้อนคิดเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจใหม่จากประสบการณ์ (experiential learning) กระบวนการสะท้อนคิดยังช่วยให้บุคคลนั้นเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง (Horton-Deutsch & Sherwood,

2008) ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ มีความเอื้ออาทร (Lauterbach & Becker, 1996) ช่วยให้เกิดกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Usher, Tollefson, & Francis, 2001) และช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา (Enuku & Evawoma-Enuku, 2013) ตลอดจนช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ เช่น ทักษะการตั้งคำถามเชิงคิดวิเคราะห์ ทักษะการสืบค้นข้อมูล ความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ตลอดเวลา (Towndrow & Ling, 2008)

การสะท้อนคิดเป็นหนึ่งในทักษะทางปัญญาที่ถูกกำหนดไว้ในผลลัพธ์การเรียนรู้ 1 ใน 6 ด้าน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education: TQF) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เนื่องจากการปฏิบัติ

การพยาบาลในสถานการณ์จริง มีความแตกต่างจากในห้องเรียน และสถานการณ์ในการปฏิบัติงานในแต่ละขณะมักไม่ใช่สถานการณ์ที่เหมือนเดิม เนื่องจากผู้ป่วยมีความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างกันตามบริบทในการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นจึงไม่เพียงแต่อาศัยทักษะปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น แต่ยังต้องให้ทักษะการคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหา และพัฒนาการพยาบาลให้เหมาะสม การสะท้อนคิดจึงเป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล การเรียนการสอนที่จะส่งเสริมให้มีการสะท้อนคิดสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การเขียนบันทึก (journal writing) การสนทนา (dialogue) การวิเคราะห์อุบัติการณ์ (incident analysis) การอ่านงานเขียนอย่างพิถีพิถัน (reading with reflection) การเขียนบัตรคำ (talking cards / index cards) การเขียนแผนผังความคิด (reflection mapping) การวิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจ (decision-making analysis) การสนทนาโต๊ะกลม (reflection roundtables) กระบวนการกลุ่มแบบหมวกหกใบ (six hats) นอกจากนี้ยังมีอีกหลากหลายวิธี ซึ่งบางวิธีใช้สำหรับการสะท้อนคิดในตัวบุคคล หรือการสะท้อนตนเอง (self reflection / individual reflection) บางวิธีใช้สำหรับทำเป็นคู่ (reflection with partners) หรือทำเป็นกลุ่มเล็ก (reflection in small groups and teams) (มนสิวิ จำปาเทศ, 2556)

การสื่อสารเพื่อการบำบัด เป็นทักษะสำคัญของการฝึกภาคปฏิบัติในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต เนื่องจากการพยาบาลจิตเวชเป็นงานเกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ของผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้ตัวของพยาบาลที่มีความคิดและความรู้ลึกเป็นเครื่องมือสำคัญ เริ่มตั้งแต่การที่พยาบาลเข้าไปพบผู้ป่วยด้วยท่าทางอบอุ่น เป็นมิตร ใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้การยอมรับให้ข้อมูล ให้กำลังใจ ให้การดูแล ตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตนเอง มีกำลังใจ มีความเข้มแข็ง สามารถพัฒนาตัวเองไปในทางที่ดี (ทัศนบุญทอง, 2554) การเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด ถือเป็นประสบการณ์ที่เป็นข้อกำหนดในการฝึก

ภาคปฏิบัติในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์ให้นักศึกษาได้มีโอกาสพบทบทวนการสื่อสารที่ตนเองใช้ในการบำบัดผู้ป่วยว่าเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง และเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเอง นอกจากนี้ยังทำให้อาจารย์สามารถสะท้อนการสื่อสารที่นักศึกษาใช้ในการบำบัดจากการเขียนรายงานของนักศึกษา ทำให้นักศึกษาเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง และเห็นแนวทางในการพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น แต่จากการสัมภาษณ์อาจารย์ในภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่าในการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้แบบฟอร์มเดิมนั้น นักศึกษามักให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ว่าเทคนิคที่ตนเองใช้นั้นเป็นเทคนิคอะไร แต่มักละเลยการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ละเลยการทบทวนความคิดและความรู้สึกของตนเอง รวมถึงละเลยการวิเคราะห์ตนเอง ทำให้บรรลุมติประสงค์ของการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดน้อยกว่าที่ควรเป็น อันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษายาบาล

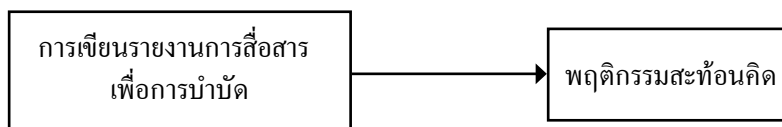
การนำวิธีการพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิดมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการเตรียมบุคลากรพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะช่วยให้นักศึกษาพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองแล้วยังทำให้นักศึกษาเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และเปิดโอกาสให้ได้ทบทวนและประเมินสิ่งที่ปฏิบัติไปแล้ว รวมทั้งได้แนวทางที่ดีขึ้นในการปฏิบัติครั้งต่อไป (Eylar, 2002) ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้นำกรอบแนวคิดการสะท้อนคิด 6 ขั้น ของ Gibbs (Gibbs' Reflective Cycle) (Gibbs, 1988 cited in Chong, 2009) มาใช้เป็นแนวทางในการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด เนื่องจากมีขั้นตอนที่ละเอียด ชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ตนเอง รวมถึงสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคต โดยมุ่งหวังว่าการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อ

การบำบัดที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการสะท้อนคิด จะเป็น การเรียนการสอนอีกรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้นักศึกษามีความไวต่อข้อมูล ความรู้สึก มีความตระหนักรู้ในตนเอง เปลี่ยนประสบการณ์เป็นความรู้ซึ่งมีฐานมาจากการปฏิบัติจริง เพื่อนำความรู้ใหม่นั้นไปปรับใช้ในสถานการณ์ต่อไป อันจะส่งผลต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาตนเองของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มเดิม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มสะท้อนคิด
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการเขียนรายงานการสื่อสาร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหลายกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the multiple groups, pretest-posttest quasi-experimental research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ห้อง ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2556 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา พย.1320 ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (2 หน่วยกิต) จำนวน 100 คน โดยนักศึกษา

เพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม

4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลหลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มที่ใช้แบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม นักศึกษามีพฤติกรรมสะท้อนคิดสูงกว่าก่อนการเขียนรายงานฯ

2. หลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ใช้แบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม มีพฤติกรรมสะท้อนคิดแตกต่างกัน

แต่ละคนฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และในชุมชน แหล่งฝึกละ 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช เวรเช้าในสัปดาห์แรกของการปฏิบัติงาน ซึ่งได้รับมอบหมายให้ส่งรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับอาจารย์ 1 คน ในคณะผู้วิจัย โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 12-14 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 50 คน ซึ่งนักศึกษามีคะแนนในวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 14 คน ได้รับมอบหมายให้ใช้แบบฟอร์มเดิม กลุ่มที่ 2 จำนวน 12 คน ได้รับมอบหมายให้ใช้แบบฟอร์มสะท้อนคิด และกลุ่มที่ 3 จำนวน 12 คน

ได้รับมอบหมายให้ใช้แบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม แต่เนื่องจากผลการประเมินของนักศึกษาและอาจารย์ผู้ตรวจรายงานฯ พบว่าสอดคล้องกันคือ แบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิมเป็นแบบฟอร์มที่ช่วยพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิดได้มากกว่าอีก 2 แบบฟอร์ม ดังนั้น นักศึกษากลุ่มที่ 4 จำนวน 12 คน จึงได้รับมอบหมายให้ใช้แบบฟอร์มเดียวกับกลุ่มที่ 3 (รวมจำนวน 24 คน) ส่วนนักศึกษาอีก 50 คนเป็นนักศึกษาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช เวรเช้าในสัปดาห์ที่ 2 ของการปฏิบัติงาน ซึ่งได้รับมอบหมายให้ส่งรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับอาจารย์ที่ไม่ได้อยู่ในคณะผู้วิจัย เมื่อนักศึกษากลุ่มนี้ฝึกปฏิบัติงานในชุมชน จะได้รับประสบการณ์การเขียนรายงานการเยี่ยมบ้านแบบสะท้อนคิด โดยใช้ขั้นตอนการสะท้อนคิด 6 ขั้นของ Gibbs (1988 cited in Chong, 2009) ตามที่รายวิชากำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยแบบฟอร์มการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1 แบบฟอร์มการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบเดิม ประกอบด้วยตาราง 2 ช่อง คือ ช่องบทสนทนาแบบประโยคต่อประโยค ระหว่างนักศึกษากับผู้ป่วย และช่องบทวิเคราะห์

1.2 แบบฟอร์มการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบสะท้อนคิด เป็นแบบฟอร์มที่

คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดให้นักศึกษาเล่าการสนทนาโดยสรุป และหยิบยกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาวิเคราะห์โดยใช้ขั้นตอนการสะท้อนคิด 6 ขั้น ของ Gibbs (1988 cited in Chong, 2009) เป็นกรอบในการเขียนรายงาน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1) การเล่าเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก ไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบ

2) การบอกเล่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น

3) การบอกผลกระทบของเหตุการณ์ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางบวกหรือทางลบ

4) การวิเคราะห์เหตุการณ์และผลกระทบ โดยเชื่อมโยงกับเนื้อหาวิชา

5) การสรุปความรู้ความเข้าใจใหม่ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ข้างต้น

6) การบอกแนวทางในการนำความรู้ใหม่ที่ได้ไปใช้ในอนาคต

1.3 แบบฟอร์มการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบเดิม เป็นแบบฟอร์มที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยบทสนทนาแบบประโยคต่อประโยค ระหว่างนักศึกษากับผู้ป่วย และการหยิบยกบางสถานการณ์มาวิเคราะห์โดยใช้ขั้นตอนการสะท้อนคิด 6 ขั้น ของ Gibbs (1988 cited in Chong, 2009)

แบบฟอร์มการเขียนรายงานฯ ทั้ง 3 รูปแบบมีลักษณะแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของแบบฟอร์มการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด 3 รูปแบบ

ส่วนประกอบของรายงาน	แบบฟอร์มเดิม	แบบฟอร์มสะท้อนคิด	แบบฟอร์มบูรณาการ การสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	มี	มี	มี
2. การเขียนเล่าการสนทนาโดยสรุป	ไม่มี	มี	ไม่มี
3. การเขียนบทสนทนาแบบประโยค ต่อประโยค ระหว่างนักศึกษากับ ผู้ป่วย	มี	ไม่มี	มี
4. การวิเคราะห์บทสนทนา	มี	ไม่มี	ไม่มี
5. การวิเคราะห์เหตุการณ์โดยใช้ 6 คำถาม ตามกรอบการสะท้อนคิด 6 ขั้นตอน	ไม่มี	มี	มี

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมสะท้อนคิดที่คณะผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมสะท้อนคิดของเชษฐา แก้วพรม (2556) จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยทำเลย ทำนานๆ ครั้ง ทำบ่อยๆ และทำเป็นประจำ มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2539) ได้แก่ มีพฤติกรรมสะท้อนคิดในระดับน้อย (1.00-1.50 คะแนน) มีพฤติกรรมสะท้อนคิดในระดับปานกลาง (1.51-2.50 คะแนน) มีพฤติกรรมสะท้อนคิดในระดับสูง (2.51-3.50 คะแนน) และมีพฤติกรรมสะท้อนคิดในระดับสูงมาก (3.51-4.00 คะแนน) นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 50 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .92

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันปฐมนิเทศ ราชวิชา แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธี

ดำเนินการวิจัยให้ทราบ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงว่า ข้อมูลที่ได้จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และไม่มีผลกระทบใดๆ เช่น การประเมินผลการเรียน จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

2. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ทำแบบวัดพฤติกรรมสะท้อนคิด ก่อนการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดฉบับที่ 1

3. คณะผู้วิจัยดำเนินการเรียนการสอนในการฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยจิตเวช ตามคู่มือการจัดการเรียนการสอนราชวิชา พย.1320 ปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ยกเว้นการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจะใช้แบบฟอร์มการเขียนรายงานฯ ที่แตกต่างกัน โดยอาจารย์ผู้ตรวจรายงานฯ จะเน้นทุกกลุ่มว่าต้องบันทึกการสนทนาทันทีหลังสิ้นสุดการสนทนาเพื่อการบำบัดแต่ละครั้ง เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยให้ทุกกลุ่มเขียนรายงานฉบับที่ 1 ส่งอาจารย์ผู้ตรวจรายงานฯ และรับกลับคืนไปแก้ไขก่อนการเขียนฉบับต่อไป รวมการเขียนรายงานคนละ 3 ฉบับ และแก้ไข

รายงานคนละ 3 ครั้ง ในระหว่างการตรวจรายงาน หากอาจารย์สงสัยหรือไม่เข้าใจในสิ่งที่นักศึกษาเขียน จะให้นักศึกษาตอบคำถามในรายงานฉบับแก้ไข และหากนักศึกษาสงสัยหรือไม่เข้าใจในสิ่งที่อาจารย์เขียน นักศึกษาสามารถมาพบอาจารย์ได้พร้อมรายงาน

4. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ทำแบบวัดพฤติกรรมสะท้อนคิด หลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดฉบับที่ 3

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดระหว่างก่อนกับหลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดก่อนและ

หลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ใช้แบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffé)

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดระหว่างก่อนกับหลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม พบว่าหลังการเขียนรายงานฯ นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสะท้อนคิดสูงกว่าก่อนการเขียนรายงานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.381, p < .001$; $t = 11.184, p < .001$ และ $t = 12.363, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม ($n = 50$)

รูปแบบการเขียนรายงาน	ช่วงเวลา	$\bar{X}$	SD	t	p
ตามแบบฟอร์มเดิม ($n = 14$)	ก่อนการเขียนรายงานฯ	2.35	.47	8.381	< .001
	หลังการเขียนรายงานฯ	3.17	.58		
ตามแบบฟอร์มสะท้อนคิด ($n = 12$)	ก่อนการเขียนรายงานฯ	2.47	.44	11.184	< .001
	หลังการเขียนรายงานฯ	3.43	.36		
ตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม ($n = 24$)	ก่อนการเขียนรายงานฯ	2.33	.52	12.363	< .001
	หลังการเขียนรายงานฯ	3.55	.26		

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดหลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ใช้แบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสะท้อนคิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.250, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่ากลุ่มที่เขียนรายงานฯ ตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม มีพฤติกรรมสะท้อนคิดสูงกว่ากลุ่มที่เขียนรายงานฯ ตามแบบฟอร์มเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = .38, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล หลังการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ใช้แบบฟอร์มเดิม แบบฟอร์มสะท้อนคิด และแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม (n = 50)

ข้อมูล	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1.458	2	.729	4.250	.020
ภายในกลุ่ม	8.060	47	.171		
ทั้งหมด	9.518	49			

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มเดิม ตามแบบฟอร์มสะท้อนคิด และตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม (n = 50)

ความแตกต่างเป็นรายคู่	Mean Difference (MD)	Std. Error (SE)	p
แบบฟอร์มเดิม - แบบฟอร์มสะท้อนคิด	.13	.16	.717
แบบฟอร์มเดิม - แบบฟอร์มบูรณาการฯ	.38	.13	.027
แบบฟอร์มสะท้อนคิด - แบบฟอร์มบูรณาการฯ	.25	.14	.227

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. การมอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดทั้ง 3 รูปแบบ ช่วยพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาได้ เพราะการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดทั้ง 3 รูปแบบ ทำให้นักศึกษาได้กลับมาทบทวนและวิเคราะห์การสนทนาของตนเองที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วย ซึ่งจัดเป็นการสะท้อนคิดต่อกิจกรรมที่ได้กระทำไปแล้ว จากประสบการณ์ของคณะผู้วิจัยในการตรวจรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ผ่านมา พบว่านักศึกษาจำนวนไม่น้อยที่ไม่ตระหนักถึงวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยเข้าใจเพียงว่าถ้าเขียนบทสนทนาได้ถูกต้องตามหลักการ จะทำให้เป็นบทสนทนาที่ดีและได้คะแนนดี จึงทำให้นักศึกษาไม่ได้เขียนรายงานตามบทสนทนา

ที่เกิดขึ้นจริง อาจมีการตัดหรือเติมเนื้อหาบางส่วน ซึ่งทำให้นักศึกษาไม่ตระหนักรู้ในตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้นักศึกษาเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดส่งอาจารย์ในการวิจัยครั้งนี้ อาจารย์จะเน้นว่าให้นักศึกษาแต่ละคนเลือกบทสนทนาที่ทำให้เกิดการเรียนรู้มากที่สุด มาเขียนส่งอาจารย์ 3 ฉบับ ซึ่งการสนทนาที่ทำให้เกิดการเรียนรู้มากที่สุดไม่ได้หมายความว่า เป็นการสนทนาที่นักศึกษาทำได้ดีที่สุด หรือเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด เพราะคงเป็นไปได้ยากที่นักศึกษาซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในด้านนี้จะสามารถสนทนากับผู้ป่วยได้อย่างดีที่สุด เนื่องจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันมากบ้างน้อยบ้าง ทำให้ความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียวที่เรียนมาในชั้นเรียนไม่อาจนำมาใช้ได้โดยตรง แต่รายงานการสนทนาเพื่อการบำบัดที่มีคุณค่า หมายถึง รายงานที่สะท้อนให้นักศึกษาวิเคราะห์ตัวเองได้มากที่สุด เกิดการเรียนรู้มากที่สุด เห็นข้อดีและข้อที่ควร

พัฒนาของตนเองได้มากที่สุด เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการสื่อสารเพื่อการบำบัดในครั้งต่อไป รวมถึงทำให้นักศึกษาเห็นแนวทางการพัฒนาตนเองต่อไป จากการสัมภาษณ์ นักศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าทุกครั้งหลังจากที่นักศึกษาพูดคุยกับผู้ป่วย นักศึกษาจะบันทึกการสนทนาทันที และทบทวนตนเองว่าการสนทนาครั้งนี้ นักศึกษาเกิดการเรียนรู้มากน้อยเพียงใด ควรนำมาเขียนรายงานเพื่อสะท้อนการเรียนรู้สู่อาจารย์หรือไม่ จึงนับได้ว่ากว่าจะมีรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดส่งอาจารย์ 3 ฉบับ รวมกลับไปวิเคราะห์เพิ่มเติมหลังอาจารย์ตรวจและส่งคืนอีก 3 ครั้งแล้ว นักศึกษาต้องผ่านการสนทนากับผู้ป่วย และกลับมาวิเคราะห์ตัวเองในทุก ๆ วันที่ฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการประเมินตนเองและพิจารณาตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง (ทัศนา บุญทอง, 2554)

2. การเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ 6 คำถาม ตามกรอบการสะท้อนคิด 6 ขั้น ของ Gibbs เป็นแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์ ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิดได้มากขึ้นกว่าการวิเคราะห์ โดยไม่มีคำถามดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มที่เขียนรายงานฯ ตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม มีพฤติกรรมสะท้อนคิดสูงกว่ากลุ่มที่เขียนรายงานฯ ตามแบบฟอร์มเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของแบบฟอร์มการเขียนรายงาน พบว่าส่วนที่แตกต่างกันคือแบบฟอร์มเดิมไม่มีการวิเคราะห์เหตุการณ์โดยใช้ 6 คำถาม ตามกรอบการสะท้อนคิด 6 ขั้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการตอบคำถาม 6 ข้อ ตามกรอบการสะท้อนคิด 6 ขั้น ในการวิเคราะห์แต่ละสถานการณ์นั้น เป็นการบันทึกการเรียนรู้ซึ่งนักศึกษาจะต้องผ่านกระบวนการคิดทบทวนและวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดรอบคอบ (Koole et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของเชษฐา แก้วพรม (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลด้วยการเขียนบันทึกการเรียนรู้ในรายวิชาการสอนและการให้

คำปรึกษาทางสุขภาพ ซึ่งมอบหมายให้นักศึกษาเขียนบันทึกการเรียนรู้โดยใช้แนวคิด reflective cycle ของ Gibbs เป็นกรอบในการเขียน หลังสิ้นสุดการเรียนภาคทดลองแต่ละสัปดาห์การเรียนรู้จำนวน 5 ครั้ง พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสะท้อนคิดและระดับการสะท้อนคิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของเชษฐา แก้วพรม, อรัญญา บุญธรรม, ลลนา ประทุม, และโสภณศิริ ยุทธวิสุทธิ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการเขียนบันทึกสะท้อนคิด ซึ่งมอบหมายให้นักศึกษาเขียนบันทึกสะท้อนคิด โดยใช้แนวคิด reflective cycle ของ Gibbs เป็นกรอบในการเขียน จำนวน 7 ครั้ง สรุปได้ว่าการเขียนบันทึกสะท้อนคิดเป็นกิจกรรมการเรียนรู้การสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และช่วยพัฒนาทักษะทางปัญญา สอดคล้องกับผลการประเมินการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาในกลุ่มที่ 2 และ 3 ที่มีการใช้ 6 คำถาม ตามกรอบการสะท้อนคิด 6 ขั้น มาวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่าทำให้นักศึกษาเห็นตัวเองชัดเจนทั้งด้านจุดดีและจุดด้อย ทำให้มีแนวทางในการพัฒนาตัวเอง และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

3. การเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยกำหนดให้นักศึกษาเขียนบทสนทนาแบบประโยคต่อประโยค ทำให้นักศึกษาหิบบกสถานการณ์ในระหว่างการสนทนาวิเคราะห์ได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเมื่อนำรายงานฯ ของนักศึกษากลุ่มที่เขียนตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม กับกลุ่มที่เขียนตามแบบฟอร์มสะท้อนคิด ซึ่งกำหนดให้ใช้ 6 คำถาม ตามกรอบการสะท้อนคิด 6 ขั้น มาเปรียบเทียบจำนวนสถานการณ์ที่นำมาวิเคราะห์ พบว่านักศึกษากลุ่มที่เขียนรายงานฯ ตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม หิบบกสถานการณ์มาวิเคราะห์ในรายงานแต่ละฉบับในจำนวนที่มากกว่ากลุ่มที่เขียนตามแบบฟอร์มสะท้อนคิด ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดแบบสรุปสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามที่กำหนดให้นักศึกษากลุ่มที่เขียนตามแบบฟอร์มสะท้อนคิดทำนั้น ทำให้นักศึกษาขาดโอกาสในการทบทวนทุกพฤติกรรมระหว่างการสนทนา

แต่การเขียนบทสนทนาแบบประโยคต่อประโยคตามที่กำหนดให้นักศึกษากลุ่มที่เขียนตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิมทำนั้น ทำให้นักศึกษาได้ทบทวนและวิเคราะห์ทุกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง การบันทึกการเรียนรู้ตามหัวข้อที่กำหนดนี้ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคิดที่ต่อเนื่องและคงทนได้ (Kooles et al., 2011) นอกจากนั้น หากสถานการณ์ใดที่มักจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ แต่นักศึกษาคาดไม่ถึง และไม่ได้หยิบยกมาวิเคราะห์ ซึ่งอาจเนื่องมาจากนักศึกษายังมีข้อมูลที่ใช้เป็นฐานในการบ่มเพาะความคิดน้อย ในการตรวจรายงานของนักศึกษากลุ่มที่เขียนตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม ซึ่งมีบทสนทนามาระหว่างนักศึกษากับผู้ป่วยแบบประโยคต่อประโยคนี้ ทำให้อาจารย์สามารถเขียนคำถามเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษากลับไปค้นคว้าความรู้เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาวิธีคิดและขยายการเรียนรู้ให้มากขึ้น ซึ่งการถามคำถามและการสะท้อนกลับของผู้สอนเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยพัฒนาคุณภาพการสะท้อนคิดของนักศึกษา (กนกนุษ ชื่นเลิศสกุล, 2544) การหยิบยกสถานการณ์ในการสนทนาแต่ละครั้งมาสะท้อนคิด จะช่วยเปลี่ยนประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงเป็นความรู้ เพื่อนำไปใช้ในการสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชในครั้งต่อไป ยิ่งเกิดการสะท้อนคิดในสถานการณ์การสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชหลาย ๆ ครั้ง ก็จะช่วยส่งผลให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์การสนทนาที่ผ่านมา ซึ่งช่วยให้ได้ความรู้จากการปฏิบัติสะสมไว้ และสามารถดึงมาใช้เป็นแนวทางในการสนทนาเพื่อการบำบัดในครั้งต่อไป อันจะส่งผลให้การสนทนาเพื่อการบำบัดของนักศึกษามีประโยชน์มากขึ้น ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจเพิ่มขึ้น และลดความวิตกกังวลในการสนทนากับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรนำรูปแบบการเขียนรายงานการสื่อสารเพื่อการบำบัดตามแบบฟอร์มบูรณาการการสะท้อนคิดกับแบบฟอร์มเดิม ไปใช้ในวิชา พย.1320 ปฏิบัติการพยาบาล

บุคคลที่มีปัญหาทางจิต เพื่อพัฒนากระบวนการสะท้อนคิดของนักศึกษา พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง และสร้างความรู้ใหม่จากประสบการณ์จริง เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้วยตนเอง

1.2 อาจารย์พยาบาลสาขาอื่น ๆ ควรนำการใช้ 6 คำถาม ตามกรอบการสะท้อนคิด 6 ชั้น ของ Gibbs มาเป็นแนวทางในการเขียนรายงานสรุปการเรียนรู้ หรือในการประชุมปรึกษาทางพยาบาล โดยหยิบยกสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งจากการปฏิบัติการพยาบาลมาให้นักศึกษาฝึกคิดวิเคราะห์ โดยใช้ 6 คำถาม ตามกรอบการสะท้อนคิด 6 ชั้น เป็นตัวกระตุ้นการคิด ทั้งนี้เพื่อพัฒนากระบวนการสะท้อนคิดของนักศึกษา พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง และสร้างความรู้ใหม่จากประสบการณ์จริง เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้วยตนเอง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิธีการพัฒนาพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลด้วยวิธีการอื่น ๆ แทนการเขียนรายงาน เช่น การสะท้อนคิดผ่านการสนทนาระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา การสะท้อนคิดผ่านการประชุมปรึกษาทางพยาบาล

2.2 ควรศึกษาถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้การจัดการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิดมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กนกนุษ ชื่นเลิศสกุล. (2544). การเรียนรู้โดยผ่านการสะท้อนคิด: การศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 35-48.
- เชษฐา แก้วพรม. (2556). การพัฒนาทักษะสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลด้วยการเขียนบันทึกการเรียนรู้ในรายวิชาการสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2), 12-20.
- เชษฐา แก้วพรม, อรัญญา บุญธรรม, ลลนา ประทุม, และ ไชยณัฐ ฤทธิวิสุทธิ. (2557). ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการเขียนบันทึกสะท้อนคิด. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(3), 101-112.

- ทัศน นูญทอง. (2554). เอกสารการสอนชุดวิชา การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2539). การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่า. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 2(1), 64-70.
- มนัสวี จำปาเทศ. (2556). การเรียนการสอนที่ส่งเสริมการสะท้อนคิด. สืบค้น วันที่ 12 มีนาคม 2556, จาก <http://www.bnc.ac.th/kmassetblog/index.php?topic=64.0>
- Beam, R. J., O'Brien, R. A., & Neal, M. (2010). Reflective practice enhance public health nurse implementation of nurse-family partnership. *Public Health Nursing*, 27(2), 131-139.
- Chong, M. C. (2009). Is reflective practice a useful task for student nurses?. *Asian Nursing Research*, 3(3), 111-120.
- Enuku, C. A., & Evawoma-Enuku, U. (2013). The need to incorporate reflective practice into nursing education curriculum in Nigeria. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 1(2), 57-62.
- Eyler, J. (2002). Reflecting on service: Helping nursing students get the most from service-learning. *Journal of Nursing Education*, 41(10), 453-456.
- Horton-Deutsch, S., & Sherwood, G. (2008). Reflection: An educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 946-954.
- Koole, S., et al. (2011). Factors confounding the assessment of reflection: A critical review. *BMC Medical Education*, 11, 104.
- Lauterbach, S. S., & Becker, P. H. (1996). Caring for self: Becoming a self-reflective nurse. *Holistic Nursing Practice*, 10(2), 57-68.
- Towndrow, P. A., & Ling, T. A. (2008). Promoting inquiry through science reflective journal writing. *Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education*, 4(3), 279-283.
- Usher, K., Tollefson, J., & Francis, D. (2001). Moving from technical to critical reflection in journaling: An investigation of students' ability to incorporate three levels of reflective writing. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(1), 15-19.

พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

The Use of Herbs and Indigenous Food Crop Behaviors for Blood Glucose Reduction among Type 2 Diabetic Patients at Subdistrict Health Promoting Hospital, Ongkharak Hospital Network, Nakhonnayok Province

ปรียาภรณ์ สวัสดิ์ศรี, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง *
Preeyaporn Sawatsri, Advanced Practice Nurse (APN) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 165 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ในแต่ละข้อมากกว่า .50 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.79 2) สมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ รังจืด ปอบิด ใบเคยหอม แห้ว และฟ้าทะลายโจร 3) ผักพื้นบ้านที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ตำลึง มะระขี้นก กระเพรา มะระจีน และผักบุ้ง และ 4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรับประทานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 74.23 วิธีการรับประทานคือ นำมาปรุงเป็นอาหาร คิดเป็นร้อยละ 72.16 ความถี่ในการรับประทานคือ 1-2 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.49 เกือบทั้งหมดไม่เกิดผลข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 95.88 และแหล่งที่มาคือ เป็นพืชที่ขึ้นเองตามธรรมชาติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.61

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสรรพคุณและผลข้างเคียงของสมุนไพรและผักพื้นบ้านแก่ผู้ป่วยเบาหวาน สนับสนุนให้มีการปลูกพืชสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน และแนะนำการใช้สมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
คำสำคัญ : สมุนไพร ผักพื้นบ้าน การลดระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study the use of herbs and indigenous food crop behaviors for blood glucose reduction among type 2 diabetic patients in diabetic clinic, subdistrict health promoting hospital, Ongkharak hospital network, Nakhonnayok Province. Subjects were 165 type 2 diabetic patients who were selected using purposive sampling method. The research instrument was the use of herbs and indigenous food crop behaviors questionnaire, with the index of item-objective congruence over .50. The data were collected from November 2013 to January 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results showed that: 1) the majority of the subjects consumed both herb and indigenous food crop (58.79%); 2) the top 5-herb used were laurel clock vine, east indian screw tree, pandanus palm, coscinium usitatum, and kariyat; 3) the top 5-indigenous food crop used were ivy gourd, bitter cucumber, holy basil, balsam apple, and swamp morning glory; and 4) most subjects consumed both herb and indigenous food crop for over 1 year (74.23%) by cooking (72.16%), with the frequency of 1-2 days a week (49.49%). Most of participants had no side effect from using herbs and indigenous food crops (95.88%), and the large source of herbs and indigenous food crop was in a nature (53.61%).

Findings of this study suggest that the accurate knowledge regarding the benefits and side effects of herbs and indigenous food crop should be informed. The herb and indigenous food crop for blood glucose reduction cultivation should be supported. In addition, the combination of appropriate use of herb as a complementary therapy and a modern medicine should be provided.

Keywords : Herbs, Indigenous food crop, Blood glucose reduction, Type 2 diabetic patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด หากผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังตามมา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากโรค ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเดินทาง ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยรวม

ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเท้า การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาเม็ดหรืออินซูลินระดับน้ำตาลในเลือดตลอดชีวิต ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ให้เข้ากับวิถีชีวิตของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ (กัญญา สุขะมั่ง, 2551) โดยเฉพาะเมื่อต้องรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน บางคนมีความคิดและความเชื่อว่าการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งน่าเบื่อ ยุ่งยาก ได้รับความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการใช้ยา มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วย

เบาหวาน พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาไม่ถูกต้องหลายประการ เช่น การใช้ยาไม่ถูกขนาด การปรับขนาดยาเอง การรับประทาน ยาผิดเวลา การลืมรับประทานยาหรือฉีดยา การหยุดยาเอง การซื้อยามารับประทานเอง การนำยาของผู้อื่นมารับประทาน รวมทั้งการใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ (กลีพัตรา ไชยศรี, ศศิมา กุสุมา ณ อรุชยา, วิมลรัตน์ กุวัรวาธุติพานิช, และธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์, 2556) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวาน พยายามแสวงหาวิธีการรักษาทางเลือกอื่น ด้วยความหวังที่จะรักษาโรคให้หายขาด ดังนั้น การใช้สมุนไพรจึงเป็นอีก ทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน

สมุนไพร มีความหมายตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ว่าหมายถึง พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิม จากพืชหรือสัตว์ ที่ใช้หรือแปรรูป ผสม ประชุมเป็นยาหรือ อาหาร เพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา ป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายมนุษย์หรือสัตว์ นอกจากนี้ จะใช้เป็นยาแล้ว พืชสมุนไพรหลายชนิดยังใช้ประโยชน์ เป็นอาหาร ใช้เตรียมเป็นเครื่องดื่ม ใช้เป็นอาหารเสริม เป็นส่วนประกอบในเครื่องสำอาง ใช้แต่งกลิ่น แต่งสีอาหารและ ยา ตลอดจนใช้เป็นยาฆ่าแมลงอีกด้วย ในทางตรงกันข้าม มีสมุนไพรจำนวนไม่น้อยที่มีพิษ ถ้าใช้ไม่ถูกวิธีหรือใช้ เกินขนาดจะมีพิษถึงตายได้ ดังนั้น การใช้สมุนไพรจึงควร ใช้ด้วยความระมัดระวังและใช้อย่างถูกต้อง (กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง สาธารณสุข, 2556)

ในตำราการแพทย์แผนไทย สมุนไพรสามารถรักษา โรคต่างๆ ได้หลายโรคในกลุ่มอาการของโรคเรื้อรัง โรคเบาหวานเป็นโรคหนึ่งที่สามารถใช้สมุนไพรในการรักษา ได้ (ดารณี อ่อนชมจันทร์, 2552) ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัย พบว่ามีสมุนไพรไทยหลายชนิดที่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ บางชนิดเป็นพืชผักพื้นบ้านที่ใช้ รับประทานเป็นอาหารในชีวิตประจำวัน (พันธิ์ตรี มะลิสุวรรณ, 2546) ซึ่งพืชผักสมุนไพรที่นิยมนำมาใช้โดยมีรายงาน การวิจัยที่ทดลองฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ มะระจีน มะระขี้นก หอมใหญ่ กระเทียม ตำลึง บอระเพ็ด กระเพรา ว่านหางจระเข้ ข้าวพาลู หญ้าหนวดแมว ไมยราบ

เดยหอม ลูกใต้ใบ มะยม แห้ว (เปลือกไข่เน่า) ขลู่ ฟ้าทะลายโจร มะตูม หม่อน เห็ดหลินจือ ทองพันชั่ง ฝรั่ง มะรุม มะแว้งต้น สะเดาดิน อบเชย ส่วนพืชสมุนไพรที่ รายงานการวิจัยระบุว่าไม่มีฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาล ในเลือด มีเพียงประสิทธิผลการบดเคี้ยวในการใช้สมุนไพร เท่านั้น ได้แก่ มะละกอ ถั่วลิสง น้ำขี้เหล็ก (มัลลิกา เสงมา, 2551) โดยเฉพาะขี้เหล็ก มีการทดสอบความเป็นพิษ เรื้อรังของใบขี้เหล็กในหนูขาวเป็นเวลา 6 เดือน โดยป้อน ผงขี้เหล็กแขวนตะกอนในน้ำทางหน้าท้องแก่หนูขาว 5 กลุ่ม พบว่าขี้เหล็กทำให้เซลล์ตับของสัตว์ทดลองเสื่อม และทำให้ตายได้ (ปราณี ขวลิตรารัง และคณะ, 2544 อ้างถึงใน มัลลิกา เสงมา, 2551) นอกจากนี้ยังมีพืชสมุนไพร ที่มีสรรพคุณในการรักษาโรคตามตำรายา แต่ไม่มีรายงาน การวิจัยเกี่ยวกับฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดและ ประสิทธิภาพในการใช้ ได้แก่ สวาน้องอก เป๊าะดำปิง กระท้อน ปลาไหลเผือก กระเจี๊ยบแดง โหระพา กระชาย มะนาว โด่ไม่รู้ล้ม พุทราจีน สบู่แดง หญ้านางแดง ขมิ้นชัน (มัลลิกา เสงมา, 2551)

จากการปฏิบัติงานตรวจรักษาโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือข่าย โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก 4 แห่ง พบว่าผู้ป่วย เบาหวานบางคนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในช่วงที่คงที่ได้ กล่าวคือ มีระดับน้ำตาลในเลือด สูงขึ้นหรือต่ำลงกว่าครั้งก่อนหน้ามาก จากการซักประวัติ เพิ่มเติม ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรควบคู่ไปกับ ยาแผนปัจจุบัน บางคนทดลองรับประทานสมุนไพร โดยหยุด รับประทานยาหรือลดขนาดของยาลดระดับน้ำตาลใน เลือดลง เพราะต้องการทราบว่าการรับประทานสมุนไพรให้ ผลในการลดระดับน้ำตาลในเลือดได้จริงหรือไม่ แต่บางคน ปกปิดข้อมูลการใช้สมุนไพรของตน ทำให้ผู้ศึกษาไม่ทราบว่า แท้จริงแล้ว ระดับน้ำตาลในเลือดในขณะนั้นเป็นผล มาจากการรับประทานยาแผนปัจจุบันหรือจากสมุนไพร นอกจากนี้ยังพบว่าบางคนมีผลการตรวจการทำงานของ ตับผิดปกติจากการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งได้ตรวจสืบค้น หาสาเหตุอื่นเพิ่มเติมแล้วไม่พบความผิดปกติ แต่จาก การสอบถามพบว่าผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรติดต่อกันมา

เป็นเวลาหลายปี

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะช่วยประกอบการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ได้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ลดการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้สมุนไพรอย่างผิดวิธีลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทางเลือกในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง รวมทั้งเป็นการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดนครนายก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลองค์กรักษ์ 4 แห่ง ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 จำนวน 287 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) โดยกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มร้อยละ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกคือ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ 1) ประสบการณ์ความรู้ในการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด 2) การได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน 3) แหล่งความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและผักพื้นบ้าน 4) ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน 5) ชนิดของสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่รับประทาน 6) ระยะเวลาในการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน 7) วิธีการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน 8) ความถี่ของการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน 9) การเกิดผลข้างเคียงจากสมุนไพรและผักพื้นบ้าน และ 10) แหล่งที่มาของสมุนไพรและผักพื้นบ้าน จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน แพทย์แผนไทย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ หากดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) โดยในแต่ละข้อได้ค่ามากกว่า .50

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับ

ผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในทีมบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยพบกลุ่มตัวอย่างในวันออกให้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างรอรับการตรวจรักษาในช่วงเวลา 8:00-8:30 น. โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที ทั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.60 มีอายุอยู่ในช่วง

60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือ สมรสแล้วและอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 71.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-4 คิดเป็นร้อยละ 83 ยังประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 54.50 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.30 และระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวานคือ 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.40

2. พฤติกรรมการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือด

2.1 ประสพการณ์ความรู้ในการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้าน การได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน และแหล่งความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและผักพื้นบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่ามีการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านที่รับประทานแล้วสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ คิดเป็นร้อยละ 56.40 โดยเคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน คิดเป็นร้อยละ 66.10 และแหล่งความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่พบมากที่สุดคือ จากกลุ่มเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 40.70

2.2 ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.79 รองลงมาคือ ไม่รับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน คิดเป็นร้อยละ 33.94 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านในการลดระดับน้ำตาลในเลือด (n = 165)

ลักษณะพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับประทาน	97	58.79
ไม่รับประทาน	56	33.94
เคยรับประทาน	12	7.27

2.3 ชนิดของสมุนไพรที่รับประทาน พบว่าสมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานมาก 5 อันดับแรก

ได้แก่ รากเจต ปอบิด ใบเตยหอม หั้ม และฟ้าทะลายโจร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชนิดของสมุนไพรที่รับประทานในการลดระดับน้ำตาลในเลือด (n = 97) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สมุนไพร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รางจืด	5	5.15
ปอปัด	5	5.15
ใบเตยหอม	4	4.12
แห้ว	3	3.09
ฟ้าทะลายโจร	2	2.06
หญ้าหวาน	2	2.06
หญ้าหนวดแมว	2	2.06
แป๊ะตำปิ้ง	2	2.06
ใบกระเทียม	2	2.06
ชาสมุนไพรผสม	1	1.03
น้ำสมุนไพรสกัด	1	1.03
แคปซูลสมุนไพรงาดำ	1	1.03
แคปซูลถั่วเหลืองสกัด	1	1.03
แคปซูลสาหร่ายทะเล	1	1.03
รากเตยหอม	1	1.03
ใบไผ่	1	1.03
ชาอู่หลง	1	1.03
หญ้าปักกิ่ง	1	1.03
ไมยราบ	1	1.03

2.4 ชนิดของผักพื้นบ้านที่รับประทาน พบว่า ผักพื้นบ้านที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานมาก 5 อันดับแรก

ได้แก่ ตำลึง มะระขี้นก กระเพรา มะระจีน และผักบุ้ง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชนิดของผักพื้นบ้านที่รับประทานในการลดระดับน้ำตาลในเลือด (n = 97) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผักพื้นบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำลึง	49	50.51
มะระขี้นก	37	38.14
กระเพรา	31	31.95
มะระจีน	31	31.95
ผักบุ้ง	20	20.61
มะเฟืองเปราะ	14	14.43
โหระพา	12	12.37
ขี้พลู	9	9.27
สะเดา	8	8.24
ดอกแค	4	4.12
มะรุม	4	4.12
หัวปลี	4	4.12
ข่า	4	4.12
ตะไคร้	4	4.12
ใบบัวบก	4	4.12
สายบัว	3	3.09
มะเฟืองพวง	3	3.09
กระชาย	3	3.09
ใบขี้เหล็ก	3	3.09
ใบมะยม	3	3.09
ยี่ห่วย	2	2.06
ถั่วพู	2	2.06
ยอดบวบ	1	1.03
แฟง	1	1.03
ผักกะเจด	1	1.03
เม็ดมะรุมแห้ง	1	1.03
เม็ดแมงลัก	1	1.03
กระเทียมสด	1	1.03

2.5 ระยะเวลาในการรับประทาน วิธีการรับประทาน ความถี่ของการรับประทาน การเกิดผลข้างเคียง และ แหล่งที่มาของสมุนไพรและผักพื้นบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรับประทานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 74.23 วิธีการรับประทานคือ นำมาปรุง เป็นอาหาร คิดเป็นร้อยละ 72.16 ความถี่ในการรับประทาน คือ 1-2 วันต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.49

การเกิดผลข้างเคียง พบว่าเกือบทั้งหมดไม่เกิดผลข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 95.88 ส่วนอาการที่พบจากการเกิด ผลข้างเคียง เช่น มีลมจุก เมื่ออาหาร ท้องผูก ท้องเสีย ปากแห้ง คอแห้ง จุกเสียดหน้าอก และแหล่งที่มาคือ เป็นพืชที่ขึ้นเอง ตามริมรั้ว ร่องน้ำ ท้องนา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.16 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการรับประทาน วิธีการรับประทาน ความถี่ของการรับประทาน การเกิดผลข้างเคียง และแหล่งที่มาของสมุนไพรและผักพื้นบ้าน

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการรับประทาน (n = 97)		
น้อยกว่า 1 เดือน	4	4.12
1-6 เดือน	10	10.31
7-12 เดือน	11	11.34
ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป	72	74.23
(Min = 1, Max = 70, $\bar{X}$ = 15.28, SD = 20.53)		
วิธีการรับประทาน (n = 97) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ปรุงเป็นอาหาร	70	72.16
รับประทานสดๆ	42	43.30
ต้มเอาน้ำดื่ม	16	16.49
ชงเป็นชาดื่ม	13	13.40
แคปซูลสมุนไพร	9	9.28
ยาลูกกลอน	3	3.09
อื่นๆ	2	2.06
ความถี่ของการรับประทาน (n = 97)		
1-2 วันต่อสัปดาห์	48	49.49
3-4 วันต่อสัปดาห์	13	13.40
5-6 วันต่อสัปดาห์	4	4.12
ทุกวัน	32	32.99

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการรับประทาน วิธีการรับประทาน ความถี่ของการรับประทาน การเกิดผลข้างเคียง และแหล่งที่มาของสมุนไพรและผักพื้นบ้าน (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเกิดผลข้างเคียง (n = 97)		
ไม่เกิดผลข้างเคียง	93	95.88
เกิดผลข้างเคียง	4	4.12
แหล่งที่มา (n = 97) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ตัวเอง	52	53.61
ซื้อ	50	51.55
ปลูกเอง	35	36.08
ผู้อื่นนำมาให้	5	5.15

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้

1. ประสพการณ์ความรู้ในการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้าน การได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน และแหล่งความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและผักพื้นบ้าน

ประสพการณ์ความรู้ในการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งทราบว่า มีสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่รับประทานแล้วสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการทางเลือกอื่นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกเหนือจากการรับประทานยาแผนปัจจุบัน ซึ่งบางคนรับประทานมาเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา จึงมีการแสวงหาความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร แล้วนำมารับประทานเอง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้และคำแนะนำเรื่องการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านมาก่อน และมีความคิดว่าการใช้สมุนไพรสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญา และวิยะกาญจน์ วรวิภัทร (2550)

ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาหาความรู้จากตำรายาสมุนไพรต่างๆ หรือผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร เนื่องจากมีแรงจูงใจที่สำคัญคือ ผู้ป่วยต้องการลดระดับน้ำตาลในเลือด และเชื่อว่าการใช้สมุนไพรได้ผลดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนมีความรู้ในประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณทางยาของสมุนไพรคือ ทราบว่าการรับประทานผักพื้นบ้านที่มีเส้นใย จะทำให้รับประทานอาหารอิ่มเร็วและไม่ต้องรับประทานอาหารอื่นมาก

ส่วนแหล่งความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและผักพื้นบ้านนั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำจากกลุ่มเพื่อนมากที่สุด เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท เพื่อนผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบอกต่อกันแบบปากต่อปาก ไม่มีรายละเอียดที่ชัดเจนของการใช้สมุนไพรอย่างถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา เหมมา (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้พืชสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความรู้และข้อมูลการใช้พืชสมุนไพรจากเพื่อนผู้ป่วยเบาหวาน

ด้วยกัน ร้อยละ 66.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญา และวิยะกาญจน์ วรวิภัทร (2550) ที่พบว่าความรู้ในการใช้สมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างได้รับ มาจากการบอกเล่าของผู้อื่นเป็นหลัก

2. ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานสมุนไพร และผักพื้นบ้านเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรม การรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.79 รับประทานสมุนไพรและ ผักพื้นบ้านร่วมกับการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา เหมมา (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้พืชสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันถึง ร้อยละ 96.50 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ มีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และต้องการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนให้ใกล้เคียงกับเกณฑ์ ปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี ประทุมแย้ม และนุริดา จิง (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วย เบาหวาน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัด ปราจีนบุรี และการศึกษาของเลิสมณฑนฉัตร อัครวาทิน, สุรางค์ เมรานนท์, และสุทิดา ชัดติยะ (2554) ที่ศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณี ศึกษาผู้ป่วย ตำบลม่วงงาม อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพการกินอาหารอื่น ๆ ร่วมด้วย นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ามีการรับประทาน บางส่วนเคยรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน แต่เลิก รับประทานแล้วเพราะคิดว่าไม่ได้ผล ไม่สะดวกที่ต้องมา ต้มดื่ม เคี้ยวไม่ไหว และไม่สามารถจัดหาสมุนไพรและ ผักพื้นบ้านมารับประทานได้อย่างต่อเนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น น้ำท่วม ไม่มีจำหน่าย และพบว่ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่รับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านเพื่อรักษาโรคอื่น เช่น ลดความดันโลหิต ลดไขมันในเลือด บำรุงร่างกาย

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ทำให้ทราบ ข้อมูลเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยเบาหวานบางคนนอกจากจะ รับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านแล้ว ยังรับประทาน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีราคาแพง ร่วมกับการรับประทาน

ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด จนเกิดอาการของภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำ บางคนต้องการทดลองใช้ตามคำบอกเล่า ชักชวนของญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน โดยไม่ทราบ สรรพคุณด้านอื่นหรือพิษของสมุนไพรที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้ง ไม่ทราบการใช้สมุนไพรอย่างถูกวิธี กล่าวคือ ผู้ป่วย บางคนรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านโดยไม่ทราบ วิธีการปรุงยาตามตำรับยาอย่างถูกต้อง และการดื่ง สรรพคุณยาจากพืชชนิดนั้นๆ อย่างถูกวิธี บางคนซื้อ ยาสมุนไพรที่มีการโฆษณาชวนเชื่อตามตลาดนัดมา รับประทานทั้งแบบยาต้มและยาลูกกลอน บางคนใช้วิธีการ เคี้ยวใบกระเทียมซึ่งเป็นพืชที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท มาใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยที่ยังไม่มีการวิจัยหรือ ข้อมูลที่แสดงถึงการมีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จัดเป็นการใช้พืชสมุนไพรอย่างผิด หลักการรักษา และส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเอง

3. ชนิดของสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่รับประทาน ชนิดของสมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างนิยมนำมารับประทาน 5 อันดับแรก ได้แก่ รากชะเอม ฝรั่ง ใบบัวบก ใบบัว และฟ้าทะลายโจร ส่วนผักพื้นบ้านที่กลุ่มตัวอย่างนิยมนำมารับประทาน 5 อันดับแรก ได้แก่ ตำลึง มะระขี้นก กระเพรา มะระจีน และผักบุ้ง ซึ่งสมุนไพรและผักพื้นบ้านดังกล่าว ยกเว้นผักบุ้ง ได้มี การศึกษาวิจัยถึงสรรพคุณแล้วว่าสามารถลดระดับน้ำตาลใน เลือดได้ ส่วนผักบุ้งนั้นมิใช่ประโยชน์แต่ทำให้เส้นใยอาหาร มากกว่าสรรพคุณทางยา ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของมัลลิกา เหมมา (2551) ที่พบว่าพืชสมุนไพร ที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ขวานงอก แป๊ะตำปึง ใบบัวบก ใบบัว และมะขาม นอกจากนี้ ผลการวิจัย ครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางคนมีการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้าน ร่วมกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป

4. ระยะเวลาในการรับประทาน วิธีการรับประทาน ความถี่ของการรับประทาน การเกิดผลข้างเคียง และแหล่งที่มา ของสมุนไพรและผักพื้นบ้าน

ระยะเวลาในการรับประทานสมุนไพรและ ผักพื้นบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาใน การรับประทานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป กล่าวคือ เป็นสมุนไพรหรือ

ผักพื้นบ้านที่สามารถนำมาปรุงเป็นอาหารและรับประทานสดๆ ได้ จึงมีระยะเวลาในการรับประทานยาวนาน ส่วนระยะเวลาที่น้อยที่สุดคือ 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นสมุนไพรหรือผักพื้นบ้านที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานแล้วไม่เห็นผล ไม่หายหรือมีความยุ่งยากในการจัดหา/จัดเตรียมในการรับประทาน อีกทั้งบางคนรับประทานแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา เหมมา (2551) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 59.30 มีระยะเวลาในการนำพืชสมุนไพรมาใช้อยู่ระหว่าง 1-6 เดือน และใช้มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 15.30

ส่วนวิธีการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านนั้น พบว่าวิธีการรับประทาน 5 อันดับแรก ได้แก่ นำมาปรุงเป็นอาหาร รับประทานสดๆ ดมเอาน้ำดื่ม ชงเป็นชาดื่ม และรับประทานในรูปแคปซูลสมุนไพร ซึ่งสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างนิยมนำสมุนไพรและผักพื้นบ้านมาปรุงเป็นอาหารหรือรับประทานสดๆ นั้น อาจเป็นเพราะว่าสมุนไพรและผักพื้นบ้านสามารถนำมาประกอบเป็นอาหารในครัวเรือนโดยทั่วไปอยู่แล้ว และบางอย่างเป็นผักสวนครัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา เหมมา (2551) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างนิยมนำพืชสมุนไพรมาใช้โดยการกินสด นำมาต้ม ชงดื่ม และเป็นอาหาร และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญา และวิยะกาญจน์ วรวิภัทร (2550) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีต้ม รับประทานสด รวมทั้งนำมาปรุงอาหาร

สำหรับความถี่ของการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างนิยมนำมารับประทาน 1-2 วันต่อสัปดาห์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดหาพืชสมุนไพรมารับประทานได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากบางชนิดต้องซื้อหา หากเป็นพืชที่ปลูกไว้หรือขึ้นเองก็มักโตไม่ได้ขนาดที่จะเก็บมารับประทาน อีกทั้งบางพื้นที่ประสบกับอุทกภัย ทำให้สมุนไพรและผักพื้นบ้านตาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา เหมมา (2551) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรอย่างต่อเนื่องทุกวัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา อุตยานินทร์, เสาวนันทน์ บำเรอราช, และกาญจนา นิมสนุทธ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการลดระดับ

น้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอห้วยแถลง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรทุกวัน

เมื่อพิจารณาการเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เกิดผลข้างเคียง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่นำมาใช้นั้น ส่วนใหญ่ขึ้นเองตามธรรมชาติหรือปลูกไว้รับประทานเอง เวลาที่จะนำมารับประทานสามารถนำมาปรุงเป็นอาหารและรับประทานสดๆ ได้ทันที ไม่ต้องผ่านกรรมวิธีที่ยุ่งยากหรือผสมสารเคมีต่างๆ ซึ่งจะรับประทานหมดวันต่อวัน ไม่เหลือค้างให้เกิดการเน่าเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา เหมมา (2551) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นจากการใช้พืชสมุนไพร และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา อุตยานินทร์ และคณะ (2556) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้สมุนไพร

นอกจากนี้ ในเรื่องแหล่งที่มาของสมุนไพรและผักพื้นบ้านนั้น พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งเป็นพืชสมุนไพรที่ขึ้นเองตามริมรั้ว ร่องน้ำ ท้องนา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่นำมารับประทานนั้น เป็นพืชที่มีอยู่ในท้องถิ่นตามแต่ละพื้นที่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในเขตชนบท ย่อมมีวิถีชีวิตที่พึ่งพาธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีรายได้ต่ำ จึงนิยมนำมารับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่ขึ้นเองมากกว่าการซื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญา และวิยะกาญจน์ วรวิภัทร (2550) ที่พบว่าแหล่งของสมุนไพรที่นำมาใช้จะมีอยู่ในท้องถิ่น ทั้งในส่วนที่ขึ้นเองตามธรรมชาติและที่ปลูกไว้ในครัวเรือน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา เหมมา (2551) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมปลูกสมุนไพรไว้รับประทานเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ทราบสรรพคุณของสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดในด้านอื่นๆ รวมทั้งพืชหรือผลข้างเคียง

ของสมุนไพรที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น บุคลากรที่ให้การดูแล
ควรจัดการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสรรพคุณและ
ผลข้างเคียงของสมุนไพรแก่ผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งระยะเวลา
ในการรับประทานสมุนไพร และข้อควรระวังต่าง ๆ โดยอาจ
จัดทำเป็นเอกสารที่อ่านเข้าใจง่าย หรือการประชาสัมพันธ์
ให้ความรู้ทางเสียงตามสายในชุมชน

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
ไม่ทราบวิธีการใช้สมุนไพรอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะวิธี
การปรุงยาตามตำรับยาและการนำสรรพคุณยาจากพืช
ชนิดนั้น ๆ มาใช้ ดังนั้น บุคลากรที่ให้การดูแลควรอธิบาย
และสาธิตวิธีการปรุงยาสมุนไพรให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน
โดยอาจจัดในรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์
ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน

1.3 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคน
มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผักพื้นบ้านอย่างผิด ๆ
เช่น การเคี้ยวใบกระท่อมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด
การรับประทานสมุนไพรที่มีการโฆษณาชวนเชื่อโดยอวดอ้าง
สรรพคุณเกินจริง ดังนั้น บุคลากรที่ให้การดูแลควรสร้าง
ความตระหนักให้แก่ผู้ป่วย โดยอธิบายให้ทราบถึงความเสี่ยง
หรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาจยกตัวอย่างผู้ป่วยในชุมชน
ที่เกิดผลข้างเคียงจากการใช้สมุนไพร หรืออาจให้ผู้ป่วย
บอกเล่าประสบการณ์ของตนกับกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน

1.4 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
รับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้านหลายชนิดร่วมกับการ
รับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด จนเกิดอาการ
ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนั้น บุคลากรที่ให้การดูแล
ควรแนะนำผู้ป่วยเบาหวานให้รับประทานสมุนไพรเพียง
ชนิดใดชนิดหนึ่ง พร้อมทั้งควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
ด้วยตนเองหรือโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อยู่เสมอ และควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำตาล
ในเลือดต่ำ รวมทั้งการสังเกตอาการและการรักษาเบื้องต้น

1.5 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถ
จัดหาสมุนไพรและผักพื้นบ้านมารับประทานได้อย่างต่อเนื่อง
ดังนั้น บุคลากรที่ให้การดูแลควรสนับสนุนให้มีการปลูก
พืชสมุนไพรและผักพื้นบ้านที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาล

ในเลือดในชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร
ในชุมชน

1.6 บุคลากรที่ให้การดูแลควรเน้นย้ำผู้ป่วย
เบาหวานถึงการนำสมุนไพรและผักพื้นบ้านมาใช้ควบคู่
กับยาแผนปัจจุบันอย่างเหมาะสม ทั้งปริมาณและวิธีการใช้
ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาล
ในเลือดและตัวชี้วัดทางคลินิกอื่น ๆ รวมทั้งภาวะสุขภาพ
ของผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานสมุนไพรและผักพื้นบ้าน
ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน กับผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทาน
ยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลข้างเคียงของ
สมุนไพรและผักพื้นบ้านเมื่อรับประทานเป็นเวลานาน
เนื่องจากมีผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานสมุนไพรร่วมกัน
หลายชนิด

2.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนค่าใช้จ่าย
ทางการแพทย์ที่ใช้ในกระบวนการรักษาพยาบาล ระหว่าง
ผู้ป่วยกลุ่มที่รับประทานสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน
กับผู้ป่วยกลุ่มที่รับประทานยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว

2.4 ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผล
ของสมุนไพรและผักพื้นบ้านในท้องถิ่นชนิดอื่นเพิ่มเติม
ซึ่งอาจมีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคได้

เอกสารอ้างอิง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สุขภาพดีเริ่มต้น
ที่นี่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา
แห่งชาติ.

กัญญา สุยะมั่ง. (2551). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจ
ในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- กาญจนา ปัญญา, และวิยะกาญจน์ วรวิภัทร. (2550). การใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (รายงานผลการวิจัย). คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กลีพัตรา ไชยศรี, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, และรัชชัยี พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(3), 67-75.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (2552). สถานการณ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน. สืบค้น วันที่ 27 พฤษภาคม 2556, จาก <https://sites.google.com/site/craithaimed/Home/prakas/sthankarnphumipayyathxngthindan/sukhphaphlaeakarphaethyphunbanthiy>
- พัชรี ประทุมแย้ม, และนุรีดา จิง. (2554). การดูแลตนเองและการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. สืบค้น วันที่ 5 สิงหาคม 2557, จาก <http://www.thaimed.buu.ac.th/file%20download/research/3.pdf>
- พันธิตร์ มะลิสุวรรณ. (2546). *สมุนไพรบำบัดโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: ยูทีไลซ์.
- มัลลิกา เหมมา. (2551). *การใช้พืชสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เลิศมณฑนฉัตร อัครวาทีน, สุรางค์ เมรานนท์, และสุพิติ ขัตติยะ. (2554). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาผู้ป่วย ตำบลม่วงงาม อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 5(1), 103-112.
- วิภา อุทยานินทร์, เสาวนันทน์ บำเรอราช, และกาญจนา นิมสนุท. (2556). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน: ข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการเบาหวานในอำเภอห้วยแถลง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(1), 11-24.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30, 607-610.

ผลของโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
ในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
Effects of Pre-discharge Program for Surgical Wound Care and
Infection Prevention among Patients in the Private Surgery Ward of
Buddha Sothorn Hospital, Chachoengsao Province

ศันสนีย์ กำภูก, พย.บ. *

Sunsanee Thamutok, B.N.S. *

สิริลักษณ์ ทองทรย์อนันต์, พย.บ. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **

Sirilux Tongsubanan, M.N.S. (Adult Nursing) **

ฐานิดาวาลค์ วันทเนยกุล, วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา) **

Thanidawan Wanthaneeyakul, M.S. (Counseling Psychology) **

พรฤดี นิธิรัตน์, Ph.D. (Health Behavior and Education) ***

Pornruedee Nitirat, Ph.D. (Health Behavior and Education) ***

ประภาพร มโนรัตน์, ส.ด. (สาธารณสุข) ****

Prapaporn Manorath, Ph.D. (Public Health) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ตึกพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา อายุ 15 ปีขึ้นไป มีแผลผ่าตัดที่ต้องดูแลต่อที่บ้าน จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อ วิถีทัศน์ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดที่มีค่าความเชื่อมั่น .57 แบบวัดทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดที่มีค่าความเชื่อมั่น .70 และแบบประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ repeated one-way ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า ฉบับที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 2.50, p < .001$) และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 2.87, p < .001$) แต่ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 3.16, p < .001$) และดีกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 2.23, p < .05$)

3. หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อไปใช้ เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการดูแลแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และลดโอกาสการติดเชื้อที่แผล

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแลแผล แผลผ่าตัด การติดเชื้อที่แผล

Abstract

This quasi-experimental study was based on a one group pretest-posttest design. It aimed to evaluate the effects of the pre-discharge program for surgical wound care and infection prevention on knowledge about and attitude toward surgical wound care among patients in the private surgery ward of Buddha Sothorn Hospital, Chachoengsao Province. Samples were 30 patients aged over 15 years old who admitted in the private surgery ward and had a clean or clean-contaminated surgical wound that needed continuous care at home by patients themselves before the suture removal. Before the samples were discharged from the hospital, they were required to participate in the 2-section program for surgical wound care and infection prevention. Data collection tools developed by a researcher team consisted of a questionnaire to evaluate knowledge about surgical wound care ($KR-20 = .57$) and a questionnaire to evaluate attitude toward surgical wound care ($\alpha = .70$). Also, an evaluation form to determine wound infection was used. The intervention was conducted from December 2014 to February 2015. Data were collected before and after implementing the program as well as in 2 weeks later. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, repeated one-way ANOVA, and multiple comparison by Bonferroni method.

The results revealed that:

1. After participating in the program and in 2-week follow up, samples' knowledge about surgical wound care was significantly higher than before participating in the program ($MD = 2.50, p < .001$ and $MD = 2.87, p < .001$, respectively). However, samples' knowledge after participating in the program and in 2-week follow up were not significantly different.

2. Before and after participating in the program, samples' attitude toward surgical wound care was not significantly different. In contrast, in 2-week follow up, samples' attitude toward surgical wound care was significantly higher than those before ($MD = 3.16, p < .001$) and after participating in the program ($MD = 2.23, p < .05$).

3. After implementing the program, there was no incidence of surgical wound infection among the samples.

This study suggested that the pre-discharge program for surgical wound care and infection prevention should be fostered in the hospital in order to promote surgical wound care among patients and reduce the incidence of surgical wound infection.

Keywords : Wound care program, Surgical wound, Wound infection

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ผิวหนังและมีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นต่างๆ ทำให้เกิดบาดแผล ความรุนแรงของบาดแผลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ การบาดเจ็บเกิดได้ตั้งแต่ผิวหนังชั้นนอก (epidermis) ผิวหนังชั้นในหรือชั้นหนังแท้ (dermis) เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) ชั้นพังพืดและกล้ามเนื้อ (fibrous tissue and muscle) กระดูก (bone) และอวัยวะภายใน (visceral organs) (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2549) เมื่อเกิดมีบาดแผลร่างกายจะมีกลไกซ่อมและสร้างเนื้อเยื่อโดยธรรมชาติซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนของร่างกายจนเกิดการหายของแผลที่สมบูรณ์ (นภารัตน์ บัวศรีใส, 2555) อย่างไรก็ตามมีหลายปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้บาดแผลหายเร็วยิ่งขึ้น ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ อาหาร การรักษาความสะอาดของบาดแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การจัดให้ส่วนที่เป็นแผลได้พัก การหลีกเลี่ยงจากความเครียด และการไม่สูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าการหายของบาดแผลขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันการติดเชื้อที่บาดแผล ซึ่งการติดเชื้อคือการที่มีเชื้อโรคจำนวนมากที่บาดแผล โดยเชื้อโรคจะดึงเอาออกซิเจนไปทำให้การสังเคราะห์ใยเนื้อเยื่อบริเวณแผลช้าลง หรือหากอันตรายกว่านั้น เชื้อโรคบางชนิดจะปล่อยสารพิษออกมาสู่แผล ทำให้กระบวนการหายของแผล การป้องกันการติดเชื้อทำได้โดยการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาและการดูแลแผลให้สะอาด หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง ควรไปใช้บริการในสถานพยาบาล (ศูนย์อนามัยที่ 11, 2556)

หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีภาระงานหลัก

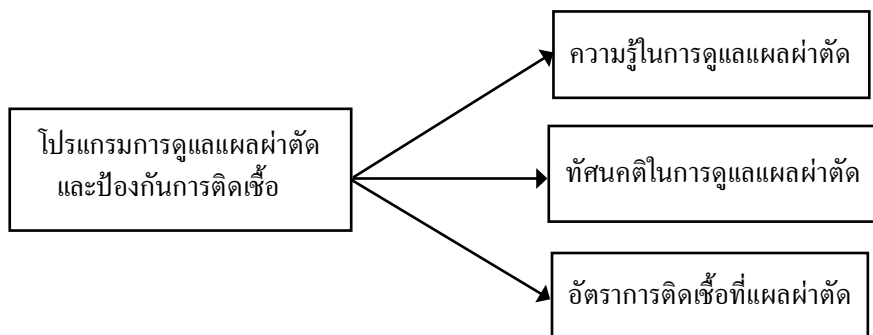
คือ การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทุกระบบ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่มีแผลผ่าตัด ดังนั้น การดูแลแผลผ่าตัดที่ถูกต้องและป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นเรื่องสำคัญ จากสถิติการรับผู้ป่วยย้อนหลังตั้งแต่ปี 2555-2557 จำนวนผู้ป่วยที่มีบาดแผลติดเชื้อร้อยละ 92.40, 94.36 และ 95.37 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีรายงานการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในปี 2555-2557 จำนวนทั้งสิ้น 47 ราย ในจำนวนนี้เป็นการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 5.20 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ (National Nosocomial Infection Surveillance: NNIS) ที่กำหนดให้การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและแผลสะอาดกึ่งปนเปื้อนน้อยกว่าร้อยละ 0.50 (งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2557)

ความรู้และทัศนคติในการดูแลบาดแผลมีความจำเป็นอย่างยิ่งและมีความสำคัญอย่างมาก การได้รับความรู้ทำให้มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น ส่วนทัศนคติเป็นความคิด ความรู้สึกภายในของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นส่วนที่สำคัญในการกำหนดการแสดงออกและทิศทางพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งอาจมีทั้งทางบวกและทางลบ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (โยธิน พลประถม, 2551) มีงานวิจัยหลายชิ้นสนับสนุนว่าการมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (สังคมนนทพิพัฒน์, วัชรพงษ์ เรือนคำ, และพัชรา ก้อยชูสกุล, 2557; สุนทร บุญบำรุง, 2557; อนุกุล พลศิริ, 2551) ดังนั้น หากสามารถปรับทัศนคติเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในการดูแลแผลและการป้องกันการติดเชื้อ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประยุกต์ใช้ความรู้ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น สำหรับ

ผู้ป่วยที่ยังต้องกลับไปดูแลแผลที่บ้าน การให้ความรู้และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผลต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร ในขณะที่ยังมีแผลผ่าตัดที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่เจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยไม่สามารถติดตามและดูแลได้นั้น การให้ความรู้กับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย นับเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องตระหนัก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้อง ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลแผลผ่าตัด ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อการเพิ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โดยโปรแกรมนี้ออกแบบให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยนำไปใช้ปฏิบัติได้อย่างครบถ้วน เป็นแนวทางเดียวกัน และเกิดประสิทธิผลดี โดยคาดหวังให้เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลแผลผ่าตัดหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการติดเชื้อ ที่จะทำให้แผลผ่าตัดหายช้า และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้สูญเสียเวลา มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ป่วยตึกพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่มีแผลผ่าตัดสะอาดและแผลผ่าตัดสะอาดกึ่งปนเปื้อน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ป่วยตึกพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อ ระยะเวลาการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลการทดลอง 2 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดของผู้ป่วยตึกพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดดีกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลอง ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ตึกพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา อายุ 15 ปีขึ้นไป มีแผลผ่าตัดสะอาด (clean wound) หรือแผลผ่าตัดสะอาดกึ่งปนเปื้อน (clean-contaminated wound) ที่ต้องดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่เพียงลำพังคนเดียว 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อ เป็นโปรแกรมที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน และกิจกรรมการปรับทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัด 2) รูปภาพแผลผ่าตัด 3) ภาพพลิกเรื่อง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อมีแผลผ่าตัด 4) แผ่นพับการดูแลแผลผ่าตัด และ 5) วิดีทัศน์เรื่องการปรับทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัด ซึ่งผลิตจากการใช้แนวคิดบุคคลต้นแบบ (role model) ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1986) มาช่วยปรับทัศนคติให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดว่าเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ใช่เรื่องที่น่าเบื่อ ไม่ใช่ภาระ และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนคือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน หากตอบผิดและตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ระดับน้อย (0-2 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง (3-6 คะแนน) และมีความรู้ระดับมาก (7-10 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัด ซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติไม่ดี (6-12 คะแนน) มีทัศนคติกลางๆ (13-21 คะแนน) และมีทัศนคติดี (22-30 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ซึ่งคณะผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของฉวีชญา พลาชีวะ (2542) จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ประเมินโดยคณะผู้วิจัยและรอยโรคที่ปรากฏ และการวินิจฉัยของแพทย์ศัลยกรรม โดยมีเกณฑ์ในการประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดดังนี้

ถ้ามีอาการและอาการแสดงข้อ 1-5 รวมกัน ถือว่ามีการติดเชื้อ

ถ้ามีอาการและอาการแสดงข้อ 6 เพียงข้อเดียว ถือว่ามีการติดเชื้อ

ถ้าแพทย์ศัลยกรรมวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ ถือว่ามีการติดเชื้อ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลพุทธโสธร ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความชัดเจนของเนื้อหา รวมทั้งความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .57 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .70 การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คณะผู้วิจัยศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และแจ้งให้ทราบว่าจะข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดและแบบวัดทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัด ก่อนการทดลอง (pre-test) จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2557 จากงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลพุทธโสธร

4. คณะผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน ใช้เวลา 15-20 นาที โดยให้กลุ่มตัวอย่างดูรูปภาพแผลผ่าตัดที่มีลักษณะดีและแผลผ่าตัดที่มีลักษณะไม่ดี โดยอธิบายเพิ่มเติมว่าแผลผ่าตัดที่มีลักษณะดีจะต้องไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน และไม่มีสารคัดหลั่งใดๆ เช่น น้ำเหลืองหนอง จากนั้นอธิบายถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

เมื่อมีแผลผ่าตัด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล โดยระบุตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมที่ควรรับประทานและอาหารที่ไม่ควรรับประทาน การรับประทานยา การดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน และการหลีกเลี่ยงการยกของหนัก โดยใช้ภาพพลิก จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดิทัศน์เรื่องการปรับทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัด ก่อนสิ้นสุดกิจกรรมพยาบาลพูดให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลแผลผ่าตัดของตนเอง

ครั้งที่ 2 การทบทวนความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน ใช้เวลา 10-15 นาที เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้และต้องไปดูแลแผลผ่าตัดต่อที่บ้าน คณะผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดที่บ้านอีกครั้ง พร้อมทั้งให้กำลังใจในการดูแลแผลผ่าตัดและแจกแผ่นพับการดูแลแผลผ่าตัด

5. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดและแบบวัดทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัด หลังการทดลอง (post-test) และนัดผู้ป่วยมาติดตามตามแผนการรักษา หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาติดตามแผลผ่าตัดตามแผนการรักษา ซึ่งอยู่ในช่วงเวลา 7-10 วัน หลังการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดและแบบวัดทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัด เพื่อติดตามผลการทดลอง (follow up) จากนั้นคณะผู้วิจัยประเมินการติดเชื้อของแผลผ่าตัดโดยใช้แบบประเมิน

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้ในการดูแลบาดแผล และข้อมูลทัศนคติในการดูแลบาดแผล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลบาดแผลและทัศนคติในการดูแลบาดแผล ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated one-way ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ส่วนการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุอยู่ในช่วง 56-75 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 ($\bar{X} = 51.37, SD = 19.66$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 73.30
2. ความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด พบว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งระดับความรู้มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 96.70 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนในระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n = 30)

ระดับความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	-	-	-	-	-	-
ปานกลาง	12	40.00	1	3.30	-	-
มาก	18	60.00	29	96.70	30	100.00
	Min = 3, Max = 10 $\bar{X} = 6.56, SD = 1.90$		Min = 4, Max = 10 $\bar{X} = 9.06, SD = 1.36$		Min = 8, Max = 10 $\bar{X} = 9.43, SD = .77$	

3. ทักษะในการดูแลแผลผ่าตัด พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการดูแลแผลผ่าตัดดี คิดเป็นร้อยละ 83.30 และมีทักษะกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 16.70 ซึ่งทักษะมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการดูแลแผลผ่าตัดดี

คิดเป็นร้อยละ 90 และมีทักษะกลางๆ คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนในระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีทักษะในการดูแลแผลผ่าตัดดี คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะในการดูแลแผลผ่าตัด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n = 30)

ระดับทักษะในการดูแลแผลผ่าตัด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี	-	-	-	-	-	-
กลางๆ	5	16.70	3	10.00	-	-
ดี	25	83.30	27	90.00	30	100.00
	Min = 19, Max = 30 $\bar{X} = 25.40, SD = 3.29$		Min = 16, Max = 30 $\bar{X} = 26.33, SD = 3.60$		Min = 22, Max = 30 $\bar{X} = 28.56, SD = 1.81$	

4. การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 28.170, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดสูงกว่า

ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 2.50, p < .001$) และพบว่าระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 2.87, p < .001$) แต่ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ($n = 30$)

ช่วงเวลา	$\bar{X}$	Hypothesis df	F	p
ก่อนการทดลอง	6.56	2	28.170	< .001
หลังการทดลอง	9.06			
ระยะติดตามผล	9.43			

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ($n = 30$)

ความแตกต่างเป็นรายคู่	Mean Difference (MD)	Std. Error (SE)	p
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	2.50	3.68	< .001
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	2.87	3.68	< .001
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	.37	3.88	.965

5. การเปรียบเทียบทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.710, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5 เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัด

ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 3.16, p < .001$) และดีกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 2.23, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ($n = 30$)

ช่วงเวลา	$\bar{X}$	Hypothesis df	F	p
ก่อนการทดลอง	25.40	2	12.710	< .001
หลังการทดลอง	26.33			
ระยะติดตามผล	28.56			

ตารางที่ 6 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ($n = 30$)

ความแตกต่างเป็นรายคู่	Mean Difference (MD)	Std. Error (SE)	p
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	.93	.77	.698
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตามผล	3.16	.77	< .001
หลังการทดลอง - ระยะติดตามผล	2.23	.77	.015

6. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด พบว่าหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน กลับมาตัดไหมตามแผนการรักษา และไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (อัตราการติดเชื้อ = 0)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา ตะพานนท์ (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง โดยหนึ่งในกิจกรรมสำคัญของโปรแกรม

คือ การสอนความรู้เป็นรายบุคคลเรื่อง แผลกดทับ ปัจจัยการเกิด ลักษณะของแผลกดทับ และแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสอนสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระดูกที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่จิง) ยังสนับสนุนผลการวิจัยในทางเดียวกันคือ หลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (อัสญาณ์ มงคล และกนกอร พูนเปี่ยม, 2554) และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศไต้หวัน ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลบาดแผลสำหรับผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะการดูแลบาดแผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chen, Wang,

Chen, Smith, Huang, & Huang, 2013) อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการที่พบว่าทำให้โปรแกรมทำให้ความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นนั้น อธิบายได้ว่ากิจกรรมสำคัญของโปรแกรมคือ การให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดแบบตัวต่อตัวระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีการสื่อสารสองทาง ทำให้ผู้ป่วยสามารถซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจและจำได้ แม้เวลาจะผ่านไป 2 สัปดาห์แล้ว กลุ่มตัวอย่างก็ยังมีการคงอยู่ของความรู้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดดีกว่าก่อนการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง ผู้ป่วยมีทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าการได้รับโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด แต่ยังไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนทัศนคติไปจากเดิมได้ทันที ซึ่งเป็นไปได้ว่าโปรแกรมที่ออกแบบมานั้นมีช่วงเวลาสั้นไป จึงไม่อาจสร้างความคิดด้านบวกให้เกิดขึ้นได้ ณ เวลานั้น ทั้งนี้ เพราะทัศนคติเป็นความคิด ความรู้สึกภายในของบุคคลที่ประเมินสิ่งต่างๆ รอบตัว ทั้งบุคคล สถานที่ สิ่งของ เหตุการณ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแสดงความรู้สึกว่าเป็นบวก เป็นลบ หรือเฉยๆ ทัศนคติถูกกำหนดจากประสบการณ์ในอดีตและในปัจจุบันของบุคคล ปัจจัยทางสังคม และการเรียนรู้การสร้างหรือปรับเปลี่ยนทัศนคติจึงแทบไม่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาสั้นๆ (Cherry, 2015) ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมณกร ศรีแปะบัว (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเท้า และพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง การสร้างความตระหนัก และการพัฒนาทักษะการดูแลเท้า 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสร้างความมั่นใจในการดูแลเท้า และ 3) การโทรศัพท์กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษา

พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลเท้าและพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ นั่นคือ ระยะที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน และต้องดูแลแผลผ่าตัดด้วยตนเอง ผลการวิจัยกลับพบว่าระยะติดตามผล ผู้ป่วยมีทัศนคติในการดูแลแผลผ่าตัดดีกว่าก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยได้รับประสบการณ์จากการเข้าร่วมโปรแกรม โดยเฉพาะการชมวิดิทัศน์ที่มีผู้ป่วยรายอื่นมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลแผลในลักษณะการให้ข้อมูลทางบวก ซึ่งมีผลต่อการลดการรับรู้อุปสรรคในการดูแลแผลผ่าตัดของผู้ป่วย รวมถึงการช่วยให้เห็นว่าการดูแลแผลผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องใส่ใจเมื่อกลับบ้านไปดูแลแผลด้วยตนเอง ประกอบกับผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ในการดูแลแผลด้วยตนเอง จึงช่วยสร้างทัศนคติทางบวกแก่ผู้ป่วยได้อย่างมาก

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 หลังการทดลอง ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด พบว่าหลังการทดลอง แผลผ่าตัดของผู้ป่วยทั้ง 30 คน ไม่มีการติดเชื้อ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยมีความรู้และมีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแผลผ่าตัดที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลแผลผ่าตัด ทำให้ส่งผลต่อการหายของแผลและการป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของจินพิชญ์ชา มะम्म, พิชัย จันทรสวัสดิ์, ศรพร เนียมฤทธิ์, และไพรัช ไบกรูธ (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะการดูแลต่อการหายของแผลในผู้ป่วยแผลกดทับ โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้และการสาธิตการทำความสะอาดแผล ร่วมกับการใช้คู่มือในการดูแลแผลกดทับ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ อัตราการหายของแผลในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดนี้มีระยะเวลาการเก็บข้อมูลเพียง 3 เดือน จึงควรเก็บข้อมูลรายปีอีกครั้ง เพื่อการสรุปผลการวิจัยที่ชัดเจน

การวิจัยครั้งนี้อาจเชื่อได้ว่าโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และทัศนคติของผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลแผลที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้มีข้อจำกัดในการแปลผลการวิจัยที่พบซึ่งถือเป็นจุดอ่อนของงานวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรขยายผลการใช้โปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อไปใช้กับผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดที่มารับบริการที่จุดบริการอื่นๆ ของโรงพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมสามารถสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแผลผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลแผลผ่าตัดอย่างเหมาะสม และลดโอกาสการติดเชื้อที่แผลได้

1.2 ควรนำโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อไปพัฒนาต่อยอด หรือประยุกต์ให้เหมาะสมกับการดูแลแผลในลักษณะอื่น เช่น แผลกดทับ แผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาโดยนำโปรแกรมการดูแลแผลผ่าตัดและป้องกันการติดเชื้อไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม

2.2 ควรทำการศึกษาเชิงลึกเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมตามแนวความคิดการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยศึกษาทั้งในผู้ป่วยที่เคยเข้าร่วมโปรแกรมและพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

จินพิชญ์ชา มะมม, พิษัย จันท์สวัสดิ์, ศรพร เนียมฤทธิ์, และไพรัช ไบครุ. (2556). ผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะการดูแลต่อการหายของแผลในผู้ป่วยแผลกดทับ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 21 (7 ฉบับพิเศษ), 609-619.

ณัฐชา พลาชีวะ. (2542). ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อความรู้และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

นภารัตน์ บัวศรีโส. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบาดแผลชนิดเปิดของพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2549). สรีรวิทยาการหายของบาดแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมที่มีรูปตัดที่ผิดปกติระหว่างช่องอวัยวะในร่างกายและผิวหนัง และที่มีแผลเรื้อรัง. หน้า 7-11. มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ.

ปนัดดา ตะปานนท์. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง. สืบค้น วันที่ 15 กันยายน 2557, จาก <http://www.intranet.rajburi.org/dept/medillus/km/poster%20pdf2552/030.pdf>

มณกร ศรีแปะบัว. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเท้า และพฤติกรรมในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

โยธิน พลประถม. (2551). ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของพนักงานสายปฏิบัติการร้านสาขา บริษัท ซี.พี. เซเว่น อีเลฟเว่น จำกัด (มหาชน) กรณีศึกษา: เขตปฏิบัติการภาคเหนือของกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

- ศูนย์อนามัยที่ 11. (2556). *บาดแผลให้หายเร็ว*. สืบค้น วันที่ 10 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.hpc11.go.th/intranet/index.php?topic=849.msg3946#msg3946>.
- สังคม นนท์พิพัฒน์, วัชรพงษ์ เรือนคำ, และพัชรา ก้อยชูสกุล. (2557). ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคหนองพิษของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 10(1), 53-71.
- สุนทร บุญบำรุง. (2557). พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(2), 82-92.
- อัศญาณ์ มงคล, และกนกอร พูนเปี่ยม. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสอนสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตา (corneal ulcer)*. สืบค้น วันที่ 1 ธันวาคม 2557, จาก www.metta.go.th/nursemain/files/r to r รุ่น 3/ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสอนสุขศึกษาผู้ป่วยแผลติดเชื้อที่กระจกตา.pdf
- อนุกุล พลศิริ. (2551). ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วารสารวิจัยรามคำแหง*, 11(ฉบับพิเศษ 1), 49-60.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice Hall.
- Chen, Y. C., Wang, Y. C., Chen, W. K., Smith, M., Huang, H. M., & Huang, L. C. (2013). The effectiveness of a health education intervention on self-care of traumatic wounds. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2499-2508.
- Cherry, K. (2015). *Attitudes*. สืบค้น วันที่ 1 ธันวาคม 2557, จาก <http://psychology.about.com/od/socialpsychology/a/attitudes.htm>

ผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Effects of Integrative Thai and Alternative Medicine Rehabilitative Program on Motor Power and Activity Daily Living in Stroke Patients

อรรัตน์ จันทรเพ็ญ, พ.บ. (แพทยศาสตร์) *

Orarat Chanpen, M.D. (Medicine) *

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปส.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) **

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Methodology in Cognitive Science) **

พานิ วสนาก, พย.บ. ***

สุธีรา อนุศาสนรักษ์, พท.บ. (แพทย์แผนไทย) ***

Panee Vasanat, B.N.S. ***

Sucheera Anusasanarak, B.TTM. (Bachelor of Thai Traditional Medicine) ***

ณัฐจรรยา บุญทา, พย.บ. ***

เย็นภัทร์ คำแดงยอดไธย, พท.ป.บ. (แพทย์แผนไทยประยุกต์) ***

Natthajanya Boonta, B.N.S. ***

Yenpat Khamdaengyodtai, B.ATTM. (Bachelor of Applied Thai Traditional Medicine) ***

กานต์คณิน ปรางเสาวภา, กก.บ. (กายภาพบำบัด) ****

นุสรา ประเสริฐศรี, ปส.ด. (การพยาบาล) *****

Kankhanin Prangsawapha, B.PT. (Bachelor of Physical Therapy) *****

Nusara Prasertsri, Ph.D. (Nursing) *****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ และแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่น .96 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนกรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีระดับนัยสำคัญ one group repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

* ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

*** กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

**** งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 1.16, p < .001$; $MD = 2.08, p < .001$ และ $MD = 2.52, p < .001$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง 2 และ 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อสูงกว่าหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = .92, p < .01$ และ $MD = 1.36, p < .001$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อสูงกว่าหลังการทดลอง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = .44, p < .001$) พบว่าหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 49.20, p < .001$; $MD = 57.20, p < .001$ และ $MD = 62.32, p < .001$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง 2 และ 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 7.96, p < .001$ และ $MD = 13.08, p < .001$ ตามลำดับ) และหลังการทดลอง 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าหลังการทดลอง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 5.12, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมไปเป็นทางเลือกในการจัดให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมของการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การฟื้นฟู

Abstract

This quasi-experimental, one group, pre-test/post-test, prospective study was designed to determine the effect of the integrative between Thai alternative medicine and alternative medicine program on patients' motor power and activities of daily living (ADL) function. Participants were 25 stroke patients who were treated at Sakaeo Crown Prince Hospital and permitted discharge. Measures included demographic data, motor power assessment scale and Barthel Index-ADL (Thai version), reliability was test (Cronbach's alpha = .96). The intervention was conducted from October 2014 to July 2015. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, one group repeated measure ANOVA, and multiple comparison by Bonferroni method.

The research found that motor power mean scores at 1 month, 2 months, and 3 months after received intervention were significantly differences ($MD = 1.16, p < .001$; $MD = 2.08, p < .001$, and $MD = 2.52, p < .001$, respectively). The mean score of motor power after received intervention at 2 and 3 months was significantly higher than at 1 month ($MD = .92, p < .01$, and $MD = 1.36, p < .001$, respectively), and the mean score of motor power after received intervention at 3 months was significantly higher than at 2 months ($MD = .44, p < .001$). The ADL mean scores at 1 month, 2 months, and 3 months after received intervention were significantly differences ($MD = 49.20, p < .001$; $MD = 57.20, p < .001$, and $MD = 62.32,$

$p < .001$, respectively). The ADL mean scores after received intervention at 2 and 3 months was significantly higher than at 1 month (MD = 7.96, $p < .001$, and MD = 13.08, $p < .001$, respectively), and the ADL mean scores after received intervention at 3 months was significantly higher than at 2 months (MD = 5.12, $p < .01$).

This research findings suggest that should take the program as the option to providing rehabilitation services for stroke patients in hospital that availability of integrative Thai and alternative medicine.

Keywords : Stroke, Thai medicine, Alternative medicine, Rehabilitation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ เป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกสูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง ในแต่ละปีประชากรทั่วโลกจะเสียชีวิต อันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 5.70 ล้านคน ส่วนโรคมะเร็งซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 เสียชีวิตราว 7 ล้านคน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2556) สัมพันธ์กับข้อมูล ขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ที่รายงานว่าสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือด สมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุ ระหว่าง 15-59 ปี โดยในแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2558 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือด สมองถึง 6.50 ล้านคน ในประเทศไทย จากสถิติกระทรวง สาธารณสุข พ.ศ. 2544-2554 พบการเพิ่มขึ้นของจำนวน การตายจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย 2.10 เท่า (จาก 9,233 คน ในปี 2544 เป็น 19,283 คน ในปี 2554) และพบการเพิ่มขึ้นของจำนวนการป่วยจากโรคหลอดเลือด สมองในประเทศไทยเป็น 3 เท่า (จาก 62,757 คน ในปี 2544 เป็น 196,159 คน ในปี 2553) (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2555) จากข้อมูลสาเหตุการตายที่สำคัญของจังหวัดสระแก้ว พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2554-2556 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือด สมองจำนวน 204 ราย, 173 ราย และ 223 ราย คิดเป็น อัตรา 37.50, 31.64 และ 40.67 ต่อแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศที่อัตราการตายจากโรคหลอดเลือด

สมองในปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 31.30 ต่อแสนคน (กระทรวง สาธารณสุข, 2557)

โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเป็นแล้วมีอัตราการเสียชีวิต สูง หากได้รับการรักษาได้ทันทั่วถึงก็ยังคงมีความพิการหลงเหลือ อยู่ เกิดเป็นผลสืบเนื่องระยะยาวจากความทุพพลภาพของ สภาพร่างกาย ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย (Brewer, Horgan, Hickey, & Williams, 2013) ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถ ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับการด้อย สมรรถภาพ และรัฐบาลต้องใช้งบประมาณสูงในการดูแลรักษา ทั้งต้นทุนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังการศึกษา ต้นทุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นผู้ป่วยในของศูนย์สรีรศาสตร์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายแพทยแห่งชาติ พบว่ามีวันนอนเฉลี่ย 37 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายละ 120,306.49 บาท แบ่งเป็นต้นทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพ 112,814.58 บาท (ร้อยละ 93.77) และ ต้นทุนค่ารักษาทางการแพทย์ 7,491.91 บาท (ร้อยละ 6.23) ทั้งนี้ ต้นทุนการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อการเพิ่มขึ้น ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 1 คะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 7,761.73 บาท (ดิฐพงศ์ เจริญวิวัฒน์กุล และปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2551) นอกจากนี้จะมีค่าใช้จ่าย ที่สูงแล้ว ยังมีอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการเนื่องจาก สถานบริการที่มีศักยภาพสามารถฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้นั้น มีเพียงสถานบริการด้านโรคหลอดเลือดสมอง ระดับตติยภูมิและสูงกว่า ซึ่งยังกระจายไม่ครบทุกจังหวัด แม้แต่จังหวัดที่มีศูนย์ฟื้นฟูดังกล่าวก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่อง เตียง วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร ดังนั้น หากมีรูปแบบ

การดูแลฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกอื่นที่สามารถช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้เร็ว ส่งผลให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว

โรงพยาบาลวัฒนานคร (สาขาแพทย์แผนไทย) เริ่มเปิดบริการผู้ป่วยในเมื่อเดือนกรกฎาคม 2553 รับดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการเหลืออยู่จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูสภาพในปี พ.ศ. 2553-2556 มีจำนวน 10 ราย, 40 ราย, 39 ราย และ 41 ราย ตามลำดับ รูปแบบการบริการเกิดจากทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในลักษณะ home ward คือ การดูแลผู้ป่วยที่สามารถรักษาที่บ้านและใช้เตียงที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วยเหมือนในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลและรักษาพยาบาล ในปี 2557 โรงพยาบาลวัฒนานคร (สาขาแพทย์แผนไทย) วางระบบเป็นศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสระแก้ว รับผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลในพื้นที่/จังหวัดใกล้เคียงและประเทศเพื่อนบ้าน โดยพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูให้ชัดเจนและได้มาตรฐานมากขึ้นด้วยโปรแกรมผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีระยะเวลา 1, 2 และ 3 สัปดาห์ ตามระดับกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาวิจัยถึงผลของโปรแกรมดังกล่าวอย่างชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity daily living: ADL) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังเข้ารับการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในเดือนที่ 1, 2 และ 3

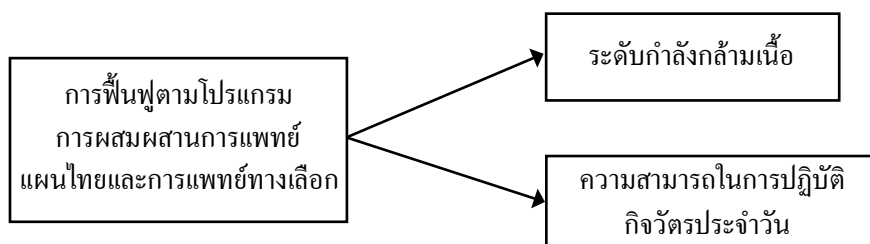
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังเข้ารับการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในเดือนที่ 1, 2 และ 3

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังเข้ารับการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเดือนที่ 1, 2 และ 3 มีความแตกต่างกัน

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนกับหลังเข้ารับการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเดือนที่ 1, 2 และ 3 มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสระแก้ว และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนกันยายน 2558 และได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับบ้านได้ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 วัน หรือไม่เกิน 6 เดือน และ/หรือแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้ารับการรักษาฟื้นฟู 2) มีความดันโลหิตค่าบนไม่เกิน 170 mmHg และความดันโลหิตค่าล่างไม่เกิน 100 mmHg 3) มีกำลังกล้ามเนื้อน้อยกว่าระดับ 5 และ 4) มีญาติเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยมีดังนี้ 1) มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่กำลังรุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูงเกิน มีอาการซึม อ่อนเพลีย จิตใจหดหู่ รับประทานไม่ได้ นอนไม่หลับ 2) มีอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น ชัก อาเจียนพุ่ง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หอบหายใจลำบาก หน้าซีดริมฝีปากเขียว หน้าเขียว ชีพจรเบา 3) มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 4) ผล DTX มากกว่า 200 mg/dl หรือน้อยกว่า 70 mg/dl 5) มีภาวะหอบหืดที่ต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนและ/หรือการพ่นยา 6) มีภาวะติดเชื้อและ 7) อยู่ในภาวะไม่พร้อมสำหรับการฟื้นฟู ทั้งนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างตามการวิเคราะห์สถิติวัดซ้ำแบบหนึ่งกลุ่มด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 จำนวนครั้งของการวัดเท่ากับ 4

ได้จำนวนตัวอย่าง 17 คน และคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อทดแทนในกรณีสูญหายด้วยสูตร จำนวนตัวอย่างที่ปรับ = จำนวนตัวอย่าง / (1 - จำนวนตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย) (อรุณ จิรวรรณกุล, 2556) ทั้งนี้ กำหนดให้จำนวนตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหายเท่ากับ 30% ดังนั้น จำนวนตัวอย่างที่ปรับเท่ากับ 25 คน

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยให้สอบถามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ว่าสนใจจะเข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่โรงพยาบาลวัฒนานคร (สาขาแพทย์แผนไทย) หรือไม่ หากผู้ป่วยสนใจจะรับไว้เป็นกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นโปรแกรมที่ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลวัฒนานคร (สาขาแพทย์แผนไทย) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการรักษาตามระยะของโรคมาแล้ว โปรแกรมนี้สามารถใช้กับผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาที่โรงพยาบาลวัฒนานคร ใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงกำลังกล้ามเนื้อระดับ 0-2 ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ช่วงกำลังกล้ามเนื้อระดับ 2-3 ใช้เวลา 2 สัปดาห์ และช่วงกำลังกล้ามเนื้อระดับ 3-4 ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้รับประทานยาสมุนไพร 2) การนวดฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพร 3) การฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า และ 4) การทำกายภาพบำบัด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ชนิดของโรคหลอดเลือด

สมองที่เป็น และระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ ใช้ประเมินกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 5 โดยประเมินกำลังกล้ามเนื้อทั้งแขนและขา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้ผลการประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อขาเป็นผลลัพธ์ของการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแขนจะได้รับผลกระทบมากกว่าขา การฟื้นฟูตัวของขาจึงเร็วกว่าแขน จึงนิยมประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อขามากกว่าแขน (Kishner, 2014)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งคณะผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย (บุษกร โสหารฐ, ปานจิต วรณภีระ, จินตนา ปาลนิช, และกัญญารัตน์ คำจูน, 2551) ประกอบด้วยข้อคำถามหมวดการดูแลตนเอง การขับถ่าย และการเคลื่อนไหว รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .96 และในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นซ้ำด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .93

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยพยาบาลในคณะผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ซึ่งมีประสบการณ์ในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามโปรแกรมของโรงพยาบาลวัฒนานคร (สาขาแพทย์แผนไทย) และมีความเข้าใจในการใช้แบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างดี การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ดำเนินการพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าจะได้ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม นอกจากนี้ยังชี้แจงว่าในระหว่างดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่าง

มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะให้การรักษายาบาลเพื่อจัดการกับภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

2. ผู้ดำเนินการขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

3. ผู้ดำเนินการประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง (pre-test)

4. ผู้ดำเนินการจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยทำการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง จากนั้นดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมทั้ง 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้รับประทานยาสมุนไพร ซึ่งเป็นยาที่ปรุงเฉพาะรายโดยแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลวัฒนานคร (สาขาแพทย์แผนไทย) ตามลักษณะธาตุเจ้าเรือนและสมุฏฐานวินิจัย (การวินิจัยโรคตามทฤษฎีแผนแพทย์ไทย) โดยการจ่ายยาจะจ่ายตามระดับกำลังกล้ามเนื้อที่แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) ช่วงต้น (เทียบระดับกำลังกล้ามเนื้อ 0-2) จะรักษาโดยให้ “ยารสสุขุม” เป็นเวลา 2-3 วัน เพื่อปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และปรับเป็นให้ “ยารสสุขุมร้อน” เมื่อระดับความดันโลหิตปกติ 2) ช่วงกลาง (เทียบระดับกำลังกล้ามเนื้อ 2-3) จะเน้นการให้ “ยารสสุขุมร้อน” และเพิ่มยาบำรุงเส้นตามสภาพผู้ป่วยแต่ละคน และ 3) ช่วงปลาย (เทียบระดับกำลังกล้ามเนื้อ 3-5) จะเน้นการรักษาโดยให้ “ยารสร้อน”

กิจกรรมที่ 2 การนวดฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพร ในแต่ละวัน ผู้ป่วยจะได้รับการนวดฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพรโดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ภายใต้การกำกับของแพทย์แผนไทย โดยการนวดมี 2 รูปแบบ คือ การนวดแบบสัมผัส ใช้กับผู้ป่วยที่มีกำลังกล้ามเนื้อระดับ 0 และการนวดแบบราชสำนัก ใช้กับผู้ป่วยที่มีกำลังกล้ามเนื้อระดับ 1 ขึ้นไป การนวดฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพรใช้เวลาวันละ 1½ ชั่วโมง ทั้งนี้ จำนวนวันที่ใช้ขึ้นอยู่กับลักษณะโปรแกรมดังนี้ 1) โปรแกรม 3 สัปดาห์ จะนวดฟื้นฟู

สภาพและประคบสมุนไพรทุกวันในสัปดาห์ที่ 1 วันเว้นวัน ในสัปดาห์ที่ 2 และวันเว้น 2 วัน ในสัปดาห์ที่ 3 2) โปรแกรม 2 สัปดาห์ จะนวดฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพรวันเว้นวัน ในสัปดาห์ที่ 1 และวันเว้น 2 วัน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3) โปรแกรม 1 สัปดาห์ จะนวดฟื้นฟูสภาพและประคบสมุนไพรวันเว้น 2 วัน

กิจกรรมที่ 3 การฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้า โดยแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการฝังเข็ม ทำสัปดาห์ละ 2 วัน ๆ ละ 20 นาที ซึ่งจำนวนเข็มขึ้นอยู่กับการพิจารณาของโรค

กิจกรรมที่ 4 การทำกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัด ทำสัปดาห์ละ 2 วัน ๆ ละ 30-60 นาที ขึ้นอยู่กับสภาพและระดับกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย

5. ผู้ดำเนินการประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง (post-test) 1, 2 และ 3 เดือน ตามลำดับ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนกรกฎาคม 2558

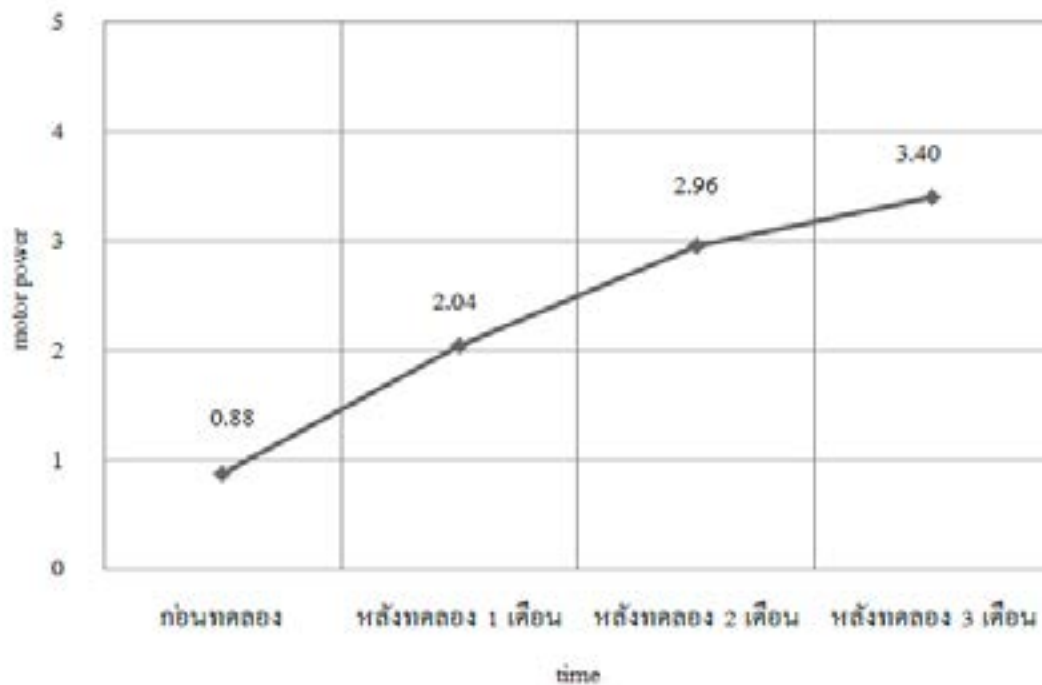
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมัธยฐาน ข้อมูลระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน วิเคราะห์

ด้วยสถิติ one group repeated measures ANOVA โดยพิจารณาค่านัยสำคัญเพื่อทดสอบสมมติฐานจากสถิติ Greenhouse-Geisser เนื่องจากค่า Sphericity น้อยกว่า .05 และค่า Epsilon (adjusted degree of freedom) ของ Greenhouse-Geisser น้อยกว่า .75 (Wikipedia, 2015) โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

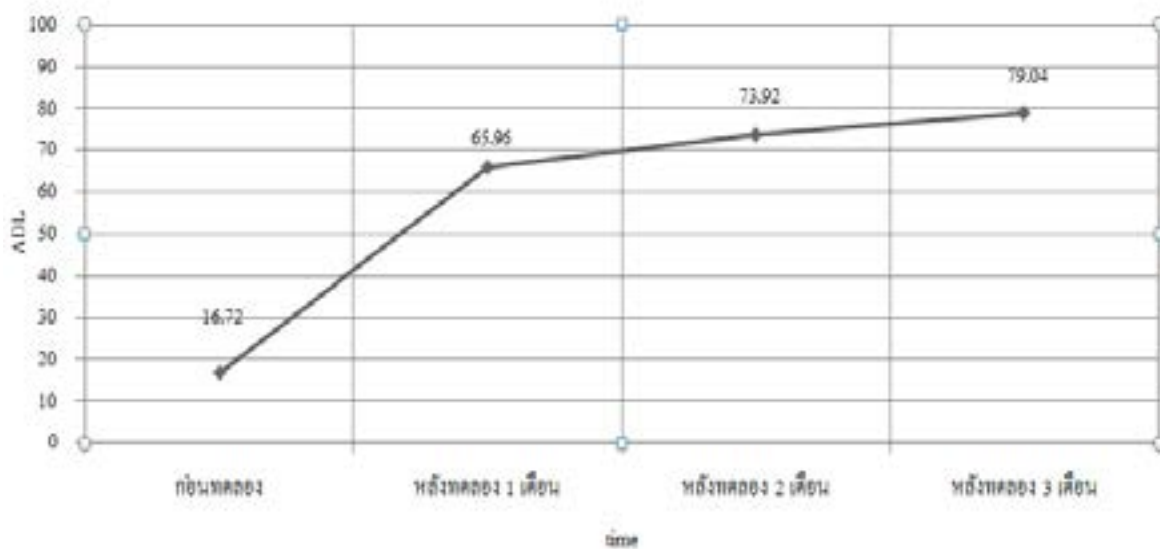
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64 มีอายุเฉลี่ย 57 ปี (ต่ำสุด 41 ปี สูงสุด 80 ปี) เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก คิดเป็นร้อยละ 56 และโรคหลอดเลือดสมองตีบ คิดเป็นร้อยละ 44 และมีคามัธยฐานระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงวันที่ได้รับการฟื้นฟูร่างกายเท่ากับ 14 วัน

2. ระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน เท่ากับ .88 (SD = 1.17), 2.04 (SD = 1.34), 2.96 (SD = 1.51) และ 3.40 (SD = 1.47) ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน เท่ากับ 16.72 (SD = 20.20), 65.96 (SD = 21.69), 73.92 (SD = 21.45) และ 79.04 (SD = 20.34) ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของระดับกำลังกล้ามเนื้อ (motor power)



ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

3. การเปรียบเทียบระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 59.715, p < .001$ และ $F = 172.006, p < .001$ ตามลำดับ) และมีค่า Observed power เท่ากับ 1.00 ซึ่งหมายความว่า ผลการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวอย่างและขนาดอิทธิพลของความแตกต่างเพียงพอต่อการส่งผลให้มีนัยสำคัญทางสถิติจริง (Hair Jr, Black, Babin, & Anderson, 2010) ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่าหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 1.16, p < .001$; $MD = 2.08, p < .001$ และ $MD = 2.52, p < .001$ ตามลำดับ) พบว่าหลังการทดลอง 2 และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อสูงกว่าหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($MD = .92, p < .01$ และ $MD = 1.36, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อสูงกว่าหลังการทดลอง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = .44, p < .001$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันนั้น พบว่าหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 49.20, p < .001$; $MD = 57.20, p < .001$ และ $MD = 62.32, p < .001$ ตามลำดับ) พบว่าหลังการทดลอง 2 และ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันสูงกว่าหลังการทดลอง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 7.96, p < .001$ และ $MD = 13.08, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันสูงกว่าหลังการทดลอง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($MD = 5.12, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน ($n = 25$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Observe power
ระดับกำลังกล้ามเนื้อ						
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	93.200	1.703	54.721	59.715	< .001	1.000
ความคลาดเคลื่อน	37.800	72.000	.525			
รวม	131.030	73.703	55.240			
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน						
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	61505.390	1.392	44189.655	172.006	< .001	1.000
ความคลาดเคลื่อน	8581.660	33.404	256.908			
รวม	70087.050	34.796	44446.563			

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน (n = 25)

ความแตกต่างเป็นรายคู่	Mean difference (MD)	Std. Error (SE)	p
ระดับกำลังกล้ามเนื้อ			
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 1 เดือน	1.16	.17	< .001
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 2 เดือน	2.08	.27	< .001
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 3 เดือน	2.52	.26	< .001
หลังการทดลอง 1 เดือน - หลังการทดลอง 2 เดือน	.92	.20	.001
หลังการทดลอง 1 เดือน - หลังการทดลอง 3 เดือน	1.36	.19	< .001
หลังการทดลอง 2 เดือน - หลังการทดลอง 3 เดือน	.44	.10	< .001
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 1 เดือน	49.20	3.92	< .001
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 2 เดือน	57.20	4.09	< .001
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 3 เดือน	62.32	4.24	< .001
หลังการทดลอง 1 เดือน - หลังการทดลอง 2 เดือน	7.96	1.32	< .001
หลังการทดลอง 1 เดือน - หลังการทดลอง 3 เดือน	13.08	1.84	< .001
หลังการทดลอง 2 เดือน - หลังการทดลอง 3 เดือน	5.12	1.40	.007

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการทดลอง 2 และ 3 เดือน สูงกว่าหลังการทดลอง

1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยระดับกำลังกล้ามเนื้อและค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการทดลอง 3 เดือน สูงกว่าหลังการทดลอง 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นตัวได้เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ให้การดูแล แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ใช้ในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ฟื้นตัวตามระยะเวลา กล่าวคือ ยาสมุนไพรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรหรือสมุนไพร เพื่อช่วยกระตุ้นและเสริมธาตุไฟ และปรับลม ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีธาตุไฟ และธาตุลมหย่อน (บุษบา ประภาสพงศ์ และคณะ, 2554) ทำให้ธาตุไฟและธาตุลมกลับมาบริบูรณ์ ทั้งนี้ องค์ความรู้

ในศาสตร์แพทย์แผนไทยพิจารณาโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคลมอัมพฤกษ์หรือลมอัมพาต ต้นเหตุของปัญหา เกิดจากความไม่สมดุลของทิศทางการไหลของลมในร่างกายนั่นคือ ลมเบื้องสูงได้แก่ ลมอุทกฐกมาวาตา ที่พัดขึ้น เบื้องบน จากเหนือสะดือถึงศีรษะ และลมเบื้องต่ำ ได้แก่ ลมอโรกมาวาตา ที่พัดลงเบื้องล่าง ตั้งแต่ใต้สะดือถึงปลายเท้า ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีทิศทางการไหลของลม ทั้งสองสลับทิศกัน ทำให้เลือดถูกพัดเป็นฟองและร้อนดังไฟ มีการคั่งของเลือดมีอาการทางระบบประสาท เช่น จุกแน่น ชัก มือกำ เท้างอ ลิ้นและขาเกร็งเกร็ง พูดไม่ได้ เมื่อได้รับ ยาสมุนไพรสมุนไพรหรือร้อน จะช่วยปรับทางเดินของลม ให้เบาลง กระจ่ายการเดินของลม กระตุ้นธาตุไฟ จึงทำให้ การไหลเวียนลมและการทำงานของธาตุไฟกลับมาดังเดิม ซึ่งรวมถึงการทำงานของกล้ามเนื้อ ส่วนการนวดที่เพิ่มพูนสภาพ จะช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เส้นประสาท และเพิ่มการไหลเวียนเลือด ในขณะที่การประคบสมุนไพร จะเพิ่มการไหลเวียนเลือด และลดการปวด การเกร็งของ กล้ามเนื้อ (สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ การทำงานของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นประสาทพื้น คินสภาพ ส่วนการฝังเข็มนั้นทำเพื่อกระตุ้นระบบประสาท ระบบซอมิโน และปมประสาทอัตโนมัติข้างลำคอตอนบน โกล์ท่ายทอย (cervical sympathetic ganglion) ซึ่งมี หน้าที่ควบคุมหลอดเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงสมอง ทำให้ หลอดเลือดขยายตัวหรือหดตัวโดยให้มีปริมาณเลือด ไหลเวียนในหลอดเลือดเพียงพอตามที่สมองต้องการ การกระตุ้นไฟฟ้าด้วยความถี่สูงจะทำให้มีการปรับตัวของ ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอดเลือดในสมองขยายตัว สมองส่วนที่ขาดเลือดก็จะมีเลือดไปเลี้ยงใหม่ นอกจากนี้ การกระตุ้นไฟฟ้าที่กล้ามเนื้อแขน ขา ปาก และลิ้น ยังเป็น การป้องกันกล้ามเนื้อลีบจากการขาดเส้นประสาทสั่งการ ลงมา และอาจช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ รวมทั้งช่วยบรรเทา ภาวะการกลืนลำบาก พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว อากาธา หรือ อากาธกรรอน ส่วนการทำกายภาพบำบัดเป็นการฟื้นฟู

การเคลื่อนไหว โดยการฝึกการทำงานของกล้ามเนื้อ จะช่วย ให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น และการฝึก การทรงตัวทำให้มีความสมดุลของท่าทางมากขึ้น (วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล, 2552) ซึ่งผลการวิจัย ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่าผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการรักษา ทางเลือก มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันแรกได้รับการรักษา หลังการรักษา 1 เดือน และ หลังการรักษา 3 เดือน ที่ดีขึ้น (เสาวภา เต็ดขาค, 2558)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไปจัดให้ บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน โรงพยาบาลที่มีความพร้อมของการผสมผสานการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่มี ศูนย์ฟื้นฟูหรือหน่วยดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง โดยจัดให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่อง รูปแบบการวิจัยที่เป็นการทดลองในกลุ่มเดียว จึงควรทำ การศึกษาต่อไปโดยใช้รูปแบบการทดลองในสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง เพื่อให้เห็นผลของการใช้โปรแกรม ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ข้อมูลรายงานการตาย กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น วันที่ 8 สิงหาคม 2557, จาก http://bso.moph.go.th/E-book/statistic54/2.3_54pdf
- ดิฐพงศ์ เจริญวิวัฒน์กุล, และปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2551). ต้นทุนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแบบผู้ป่วยใน. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ, 18*(3), 85-89.

- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2556). Stroke: An overview. ใน รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ชีรธร พูลเกษม, กนกวรรณ บุญญพิสิฐ, และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (บ.ก.). *ตำราประสาทวิทยาคลินิก*. หน้า 142-148. กรุงเทพฯ: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.
- บุษกร โลหารขุน, ปานจิต วรรณภิระ, จินตนา ปาลิวนิช, และกัญญรัตน์ คำจุน. (2551). ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน Modified Barthel Index ฉบับภาษาไทย. *พุทธชินราชเวชสาร*, 25(3), 842-851.
- บุษบา ปรภาสพงศ์, และคณะ. (2554). *พระคัมภีร์วิชาการ ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวัฒนธรรมของชาติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ.
- วิยะดา ศักดิ์ศรี, และสุรัตน์ ชنانภาพไพศาล. (2552). *คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2555). *รายงานการพยากรณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ตำราผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 372 ชั่วโมง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เสาวภา เต็ดขาด. (2558). ผลของรูปแบบการฟื้นฟูสภาพโดยใช้การรักษาทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 135-141.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- Brewer, L., Horgan, F., Hickey, A., & Williams, D. (2013). Stroke rehabilitation: Recent advances and future therapies. *An International Journal of Medicine*, 106(1), 11-25.
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). Upper Saddle River: Pearson Education.
- Kishner, S. (2014). *Motor recovery in stroke*. Retrieved August 8, 2014, from <http://emedicine.medscape.com/article/324386-overview>
- Wikipedia. (2015). *Mauchly's sphericity test*. Retrieved August 8, 2015, from https://en.wikipedia.org/wiki/Mauchly's_sphericity_test

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค
ระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาระยะยาว
Effects of Self-efficacy for Disease Self-management Promoting Program on
Disease Control Behaviors, Blood Pressure Level, and Quality of Life among
People with Hypertension: A Longitudinal Study

ชดช้อย วัฒนะ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์) *

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) *

จงรักษ์ สุกกิจเจริญ, วท.ม. (การพยาบาล) **

Chongruk Suprakitcharoen, M.S.N. **

ณัฐวรรณ รังวงศ์ประยูร, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **

Natawan Rugwongprayoon, M.N.S. (Adult Nursing) **

ปริญญา แร่ทอง, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ***

Parinya Raetong, M.N.S. (Gerontological Nursing) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค ระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ที่มีสิทธิประกันสุขภาพและอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดใกล้เคียง ที่มารับบริการ ณ ศูนย์การแพทย์คูคต สาขาลำลูกกา 21 และสาขาเชียร รังสิต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย การติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค คู่มือการจัดการตนเอง เรื่อง “อยู่อย่างมีความสุขกับโรคเรื้อรัง” เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรค และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่น .91 และ .93 ตามลำดับ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกรกฎาคม 2553 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test การทดสอบไคสแควร์ และ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3) หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และ 4) หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าในการศึกษาระยะยาว ควรมีการกระตุ้นติดตามเป็นระยะ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม และควรควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความดันโลหิตในการศึกษาระยะยาว

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค พฤติกรรมการควบคุมโรค
ระดับความดันโลหิต คุณภาพชีวิต ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this clinical trial was to determine the effects of a Self-efficacy for disease self-management promoting program on disease control behavior, blood pressure level, and quality of life among people with hypertension in long-term period. Subjects were 255 hypertensive patients who had health insurance and lived in Pathumthani province and the near area, who came for follow-up visit at Kukot Medical Center, Lumlookka 21 branch, and Zeer Rangsit branch, Lumlookka subdistrict, Pathumthani province. They were randomly assigned to the experimental and control group using simple random sampling technique. The experimental group received the treatment from the family medicine team using the treatment guideline of the Royal College of Physicians of Thailand and home health care by the nurses from health promotion department, and the Self-efficacy for disease self-management promoting program. The control group received the treatment from the family medicine team using the treatment guideline of the Royal College of Physicians of Thailand and home health care by the nurses from health promotion department. The research instruments composed of the Self-efficacy for disease self-management promoting program and the patients manual; living well with chronic disease. Data were collected using the sphygmomanometer, the disease control behavior questionnaire and SF-36, Thai version questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient were .91 and .93, respectively. The research implementation and data collection were conducted from June 2009 to July 2010. Data were analyzed using frequency, percentage,

mean, standard deviation, independent *t*-test, Chi-square test, repeated measure ANOVA, and multiple comparisons by Bonferroni method.

Results revealed that: 1) at 6-month after entering the program, the experimental group had statistically significant higher score of disease control behaviors and quality of life than baseline ($p < .05$) and had no statistically significant difference in systolic and diastolic blood pressure level compared to baseline; 2) at 12-month after entering the program, the experimental group had no statistically significant different score of disease control behaviors, quality of life, and systolic blood pressure than baseline; whereas the experimental group had statistically significant lower level of diastolic blood pressure than baseline ($p < .05$); 3) at 6-month after entering the program, the experimental group had statistically significant higher score of disease control behaviors and quality of life ($p < .001$ and $p < .05$, respectively), and had statistically significant lower diastolic blood pressure level than the control group ($p < .05$); whereas the systolic blood pressure level was not different; and 4) at 12-month after entering the program, the experimental group had statistically significant higher score of disease control behaviors and quality of life ($p < .001$), and had statistically significant lower diastolic blood pressure level than the control group ($p < .05$); whereas the systolic blood pressure level was not different.

Results suggested that the reinforcement strategies for disease control and factor influencing blood pressure in long term period study should be considered.

Keywords : Self-efficacy for disease self-management promoting program, Disease control behavior, Blood pressure level, Quality of life, People with hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญสำหรับประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุด ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) ซึ่งพบร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารที่มีไขมันสูง การมีไขมันในหลอดเลือดสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เพศ และอายุที่มากขึ้น จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูง 11.50 ล้านคน ที่สำคัญคือ ร้อยละ 60 ในเพศชาย และร้อยละ 40 ในเพศหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

โรคความดันโลหิตสูงมาก่อน โดยร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา มีเพียงร้อยละ 25 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

โรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ หัวใจล้มเหลวหรือหัวใจวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดแดงส่วนปลายผิดปกติ และจอประสาทตาเสื่อม จากการศึกษาล่าสุดพบว่าคนที่เป็

กระทรวงสาธารณสุข, 2551) เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

จากรายงานการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พฤติกรรมที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งจะกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลาง (Norman, Victor, & Kaplan, 2009) มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยการรับประทานอาหารไขมันประเภทอิ่มตัวสูงเป็นประจำ ทำให้เพิ่มระดับของไลโปโปรตีนในเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคการตีบตันของหลอดเลือดซึ่งมีสารกาเฟอีนที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) โดยศูนย์ควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจให้ทำงานมากขึ้น และกระตุ้นศูนย์ประสาทวากัสทำให้เกิดการขยายและหดตัวของหลอดเลือด และความดันโลหิตสูงขึ้นได้ นอกจากนี้ การดื่มกาแฟในปริมาณมากจะมีผลทำให้นอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดความเครียด และก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมาได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) การขาดการออกกำลังกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน การตอบสนองของหลอดเลือด และการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของหลอดเลือด โดยที่สารแคทีโคลามีน (catecholamine) และผลรวมของความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายจะลดลง ทำให้มีความดันโลหิตลดลงได้ ส่วนในผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะส่งผลในทางกลับกัน โดยทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Chase, Sui, Lee, & Blair, 2009)

นอกจากนี้ พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ โดยการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีผลทำให้การออกซิเดชันของกรดไขมันลดลงทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ส่วนการสูบบุหรี่ส่งผลให้สารนิโคตินสามารถซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด

และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีน มีผลให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Wexler & Aukerman, 2006) โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวนต่อวัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 6.50 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ภาวะเครียด ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกกระตุ้นการหลั่งสารอีพิเนฟริน (epinephrine) จากต่อมหมวกไต และนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) จากปลายประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการบีบตัวของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและหลอดเลือด โดยเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด และกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Lucini, Di Fede, Parati, & Pagani, 2005)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ หากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกิดความเข้าใจถึงผลกระทบและอันตรายที่จะเกิดตามมา และมีการจัดการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างจริงจังคือ ในระยะแรกของโรคหรือในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมีอาการ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง รวมถึงการไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนและปรากฏอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; Fisher & Williams, 2005) ซึ่งเป้าหมายของการรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงคือ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ในผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี หรือมีโรคร่วม ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ไม่เกิน 130/80 mmHg เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่จะประสบความสำเร็จ ต้องเกิดจากผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเห็นความสำคัญและลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรคอย่างจริงจัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาควบคู่ไปด้วย ปัญหาสำคัญในการส่งเสริมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังปฏิบัติพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และขาดความต่อเนื่องด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับประทานยา (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552) โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะควบคุมโรคได้ และเข้าใจว่าบุคคลที่มีความสำคัญในการควบคุมโรคได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ปรับการรักษาและดูแลควบคุมโรคให้กับผู้ป่วย ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคด้วยตนเองจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลาย Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นกระบวนการ โดยบุคคลที่มียุทธศาสตร์มีส่วนสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในการจัดการกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งกำกับติดตามความก้าวหน้าของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่าบุคคลจะกระทำการพฤติกรรมหรือไม่เกิดจากการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอที่จะทำพฤติกรรมนั้น และขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ หากมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงและเห็นว่าทำแล้วจะเกิดประโยชน์ บุคคลจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ มีอิทธิพลต่อ

การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้ จำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถหรือสมรรถนะของตนเองในการปรับพฤติกรรม (Creer, 2000)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในต่างประเทศจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ Cochranellibrary, MEDLINE, PsycINFO, Nursing and Allied Health database พบว่ามีการวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 13 เรื่อง โดยโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้ (Chodosh et al., 2005) ส่วนการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่าโปรแกรมที่ใช้รูปแบบผสมผสานหลายกิจกรรม มีประสิทธิภาพในการช่วยให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมโรคด้วยตนเอง มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้น และสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ (ศรัณยุภา คล้ายสกุล, 2551; ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธาน, 2551; สุภัทสร ขมภู, 2551) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษามากกว่าสามส่วนสี่เป็นการศึกษาระยะสั้นไม่เกิน 4 เดือน ซึ่งผลของโปรแกรมอาจไม่ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน และแนวคิดการจัดการตนเอง โดยใช้รูปแบบที่ผสมผสานหลายกลวิธี เพื่อมุ่งปรับพฤติกรรมด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับพฤติกรรมในการควบคุมโรค และพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการควบคุมโรคระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการควบคุมโรคระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) และทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) ซึ่งการที่บุคคลจะจัดการตนเองได้เหมาะสมจะต้องมีความรู้

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ Creer (2000) ยังให้ความเห็นว่าการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีการจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้ดียิ่งขึ้น และร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพในการควบคุมโรคและการเจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพตามที่คาดหวัง การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้ 4 วิธี ได้แก่ 1) การที่บุคคลมีการกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จด้วยตนเอง จะช่วยให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และเชื่อว่าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ซึ่งเป็นวิธีที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2) การสังเกตประสบการณ์หรือความสำเร็จจากบุคคลอื่นหรือจากตัวแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแบบที่คล้ายคลึงกับตนหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายกัน จึงควรหาตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือได้รับผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลเช่นเดียวกับตัวแบบ 3) การได้รับการชักจูงโน้มน้าวด้วยคำพูดจากผู้ที่มีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น จะทำให้บุคคลเล็งสังสัยตนเองและเกิดกำลังใจ มีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้เกิดความสำเร็จ และ 4) การตัดสินใจความสามารถของตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะทางกายและอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกทางลบ และส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองลดลง โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะเครียดหรือเหนื่อยล้า กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงในแผนภาพที่ 1

และการจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค เป็นรายบุคคล

1.2 คู่มือการจัดการตนเองเรื่อง “อยู่อย่าง เป็นสุขกับโรคเรื้อรัง” ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เนื้อหา ในส่วนของการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรค การเฝ้าระวังและ ติดตามการควบคุมโรคด้วยตนเอง และการประเมินผล การควบคุมโรค

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว และประวัติ การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุม โรค ซึ่งพัฒนาโดยชดช้อย วัฒนะ, สุธน พรธิสาร, ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง (2552) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน และด้านการจัดการความเครียด รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยทำเลย (0 ครั้งต่อสัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ทำพอ ๆ กับไม่ทำ (3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) ทำบ่อย (5-6 ครั้งต่อสัปดาห์) และทำเป็นประจำ (7 ครั้งต่อสัปดาห์)

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (SF-36) โดยซื้อลิขสิทธิ์จาก Quality Metric ฉบับภาษาไทย และขอใช้ เครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งออก เป็น 8 มิติ (dimensions) ได้แก่ 1) มิติ physical functioning จำนวน 10 ข้อ 2) มิติ role limitations due to physical problems จำนวน 4 ข้อ 3) มิติ bodily pain จำนวน 2 ข้อ 4) มิติ general health perceptions จำนวน 5 ข้อ 5) มิติ social functioning จำนวน 2 ข้อ 6) มิติ vitality จำนวน 4 ข้อ 7) มิติ role limitations

due to emotional problems จำนวน 3 ข้อ และ 8) มิติ general mental health จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ และคำถามอิสระ 1 ข้อ (reported health transition) รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ แบบวัดได้รับการแปลเป็นภาษาไทย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรา ประมาณค่า การคำนวณคะแนนทำได้โดยการแปลงคะแนน ตามน้ำหนักที่ผู้สร้างกำหนด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0-100 โดยคะแนนสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตดี

2.4 เครื่องวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) ยี่ห้อ Medical HIOO รุ่น Model HM-1100 ตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยระบบควบคุมคุณภาพ และผ่านการสอบเทียบเครื่องมือก่อนนำไปใช้

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นั้น คณะผู้วิจัยนำโปรแกรม คู่มือการจัดการตนเอง และ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรง ถึงโครงสร้าง ความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแบบประเมิน พฤติกรรมการควบคุมโรคและแบบวัดคุณภาพชีวิตไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .91 และ .93 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และ รายละเอียดของกิจกรรมแต่ละครั้ง

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล ที่ได้จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ ใน การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อตัดสนใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. ผู้ช่วยวิจัยซึ่งได้รับการฝึกฝนในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะผู้วิจัย ประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค วัดระดับความดันโลหิตและเปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) และประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

4. คณะผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาเดียวกัน ดังนี้

4.1 กลุ่มทดลอง คณะผู้วิจัยดำเนินการให้ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของวิทยาลัยอายุรศาสตร์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมส่งเสริมสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชน ร่วมกับการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10-15 คน ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ดำเนินการในสัปดาห์แรก ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เนื้อหาหลักประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและเป้าหมายในการควบคุมโรค โดยใช้สไลด์และคู่มือการจัดการตนเอง

ครั้งที่ 2 การอภิปรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การเลือกเมนูอาหารในชีวิตประจำวันและในโอกาสพิเศษ 2) การวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคของตนเองที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค 3) การฝึกการตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 4) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อสู่เป้าหมาย 5) การนำเสนอตัวแบบที่ควบคุมโรคได้ดี 6) การโน้มน้าวให้มีการปรับการรับประทานอาหาร การปฏิบัติเพื่อสู่เป้าหมาย 5) การนำเสนอตัวแบบที่ควบคุมโรคได้ดี 6) การโน้มน้าวให้มีการปรับการรับประทานอาหาร

ให้เหมาะสมกับโรค โดยตั้งโจทย์สถานการณ์ให้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และ 7) การสะท้อนคิดร่วมกัน

ครั้งที่ 3 การอภิปรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การอภิปรายเกี่ยวกับการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพทั่วไป 2) การฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยวิธียิวดัดตนพื้นฐาน 15 ท่า โดยแจกเอกสารภาพประกอบให้ไปปฏิบัติต่อที่บ้าน 3) การวิเคราะห์ปัญหาในการออกกำลังกายที่ผ่านมา 4) การให้ตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกาย 5) การโน้มน้าวให้ออกกำลังกายให้ได้ตามเป้าหมาย และ 6) การสะท้อนคิดร่วมกัน

ครั้งที่ 4 การอภิปรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองด้านการใช้ยาและการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การเล่าประสบการณ์การเกิดความผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การแก้ไขปัญหาและสิ่งที่ได้เรียนรู้ 2) การกระตุ้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยวิเคราะห์ถึงสาเหตุและพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ทำให้เกิดปัญหา 3) การสังเกตอาการแสดงหรือสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง 4) การแลกเปลี่ยนปัญหาในการรับประทานยา 5) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแต่ละชนิดในเรื่องการออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง และข้อควรระวังในการใช้ 6) การตั้งเป้าหมายในการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ 7) การปรับพฤติกรรมมารับประทานยาให้ถูกต้อง และ 8) การกำหนดสถานการณ์ให้แก้ปัญหาและสรุปแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

ครั้งที่ 5 การอภิปรายกลุ่มย่อยและกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยการลดความเครียดในชีวิตประจำวัน 2) การอภิปรายเกี่ยวกับ

ผลกระทบของความเครียดต่อระดับความดันโลหิต
3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการจัดการความเครียด
4) การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการหายใจ (breathing relaxation technique) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) 5) การฝึกตั้งเป้าหมายในการจัดการความเครียด และ 6) การกำหนดสถานการณ์ให้แก้ปัญหาและสรุปแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แผนภูมิต้นไม้ (Wattana, 2006) มาเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายการควบคุมโรค และใช้เกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา ระดับการควบคุมโรคดังนี้ 1) ไบโม่สี่ขาว แสดงถึงการควบคุมโรคที่ดี หมายถึง มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg ในผู้ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย หรือน้อยกว่า 130/80 mmHg ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 2) ไบโม่สี่เหลือง แสดงถึงการควบคุมโรคในระดับพอใช้ หมายถึง มีระดับความดันโลหิต 130/80-149/99 mmHg ในผู้ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย หรือ 130/85-149/99 mmHg ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว และ 3) ไบโม่สี่แดง แสดงถึงการควบคุมโรคไม่ได้ หมายถึง มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 150/100 mmHg

4.2 กลุ่มควบคุม คณะผู้วิจัยดำเนินการให้ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมส่งเสริมสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชน

5. ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมและการควบคุมโรค วัดระดับความดันโลหิตและเปรียบเทียบกับเกณฑ์การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) และประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจร่างกายเพื่อประเมินความพร้อมก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง และหากมีอาการแพ้หรือข้อขัดแย้งระหว่างการดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยได้ประสานกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อการช่วยเหลือทันที และให้การพยาบาลอย่างเต็มศักยภาพ สำหรับ

กลุ่มควบคุมนั้น เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย จะได้รับการจัดกิจกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจ และได้รับคู่มือการจัดการตนเองเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกรกฎาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test และการทดสอบไคสแควร์ การเปรียบเทียบพฤติกรรม การควบคุมโรค ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมตลอดการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 163 คน คิดเป็นร้อยละ 63.92

ผลการวิจัย

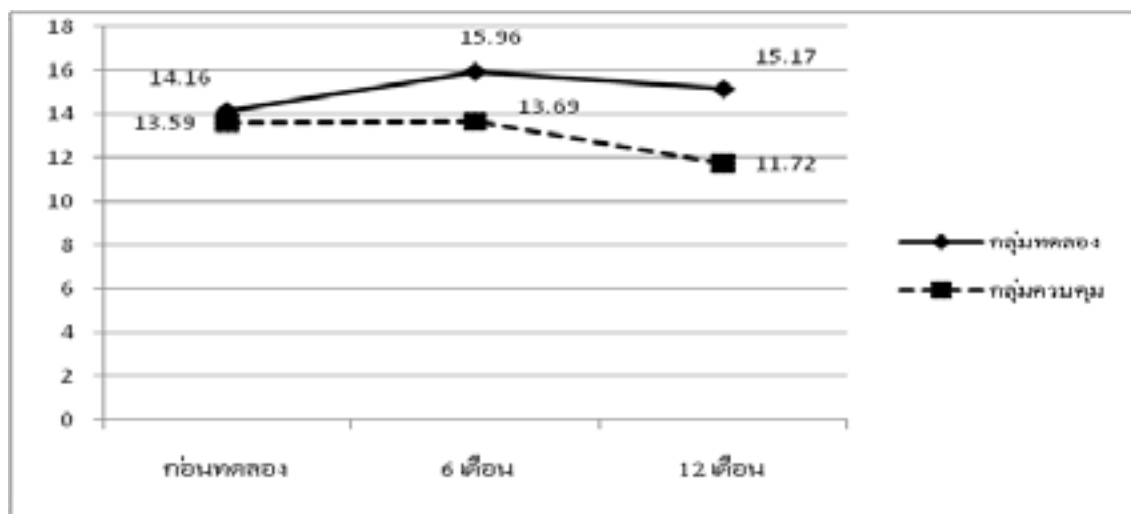
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.96 และ 61.32 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 50-75 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.31 และ 70.16 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.84 และ 46.23 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.54 และ 58.49 ตามลำดับ ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน คิดเป็นร้อยละ 55.77 และ 65.09 ตามลำดับ มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 45.19 และ 47.17 ตามลำดับ และทุกคนมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 69.23 และ 76.42 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าโปรแกรมและระยะเวลามีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 71.322, p < .001$ และ $F = 7.488, p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม

การควบคุมโรคไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน ($p > .05$) ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าหลังการทดลอง 12 เดือน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคต่ำกว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 และพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 33.267, p < .001$, และ $F = 47.357, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน ($n = 163$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	476.201	1	476.201	71.322	< .001
ความคลาดเคลื่อน	861.300	129			
ภายในกลุ่ม					
กลุ่ม*เวลา	101.367	2	50.678	7.488	.001
ความคลาดเคลื่อน	1746.076	258	6.768		



แผนภาพที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558

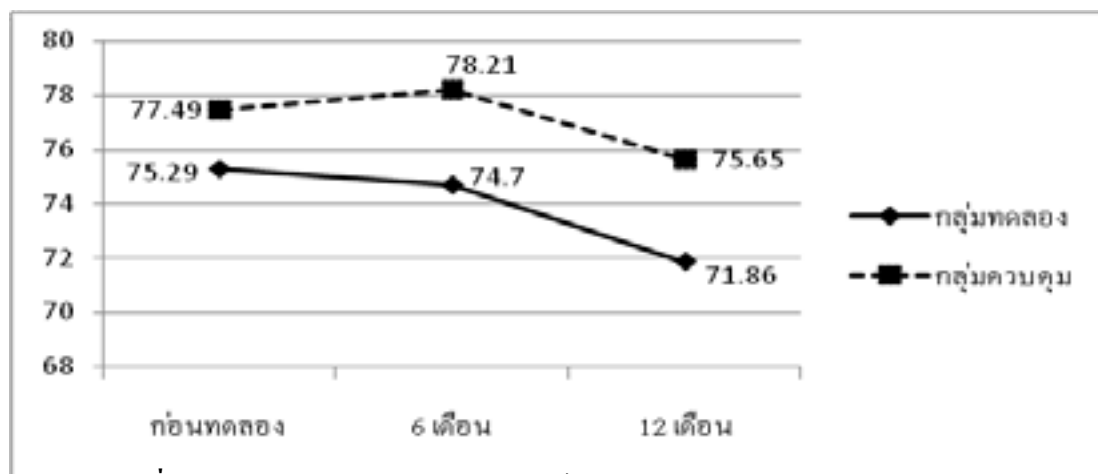
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	14.16	2.08	13.59	2.84	1.760	.186
หลังการทดลอง 6 เดือน	15.96	1.95	13.69	2.53	33.267	< .001
หลังการทดลอง 12 เดือน	15.17	2.15	11.72	3.26	47.357	< .001

3. การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าโปรแกรมและระยะเวลาไม่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่โปรแกรมและระยะเวลาไม่มีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.773, p < .01, F = 3.289, p < .05$ ตามลำดับ) พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจาก

ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้น พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 และพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.695, p < .05$ และ $F = 4.707, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

Diastolic pressure
(mmHg)



แผนภาพที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	75.29	10.92	77.49	7.97	1.460	.146
หลังการทดลอง 6 เดือน	74.70	10.03	78.21	9.97	4.695	.032
หลังการทดลอง 12 เดือน	71.86	10.32	75.65	12.15	4.707	.032

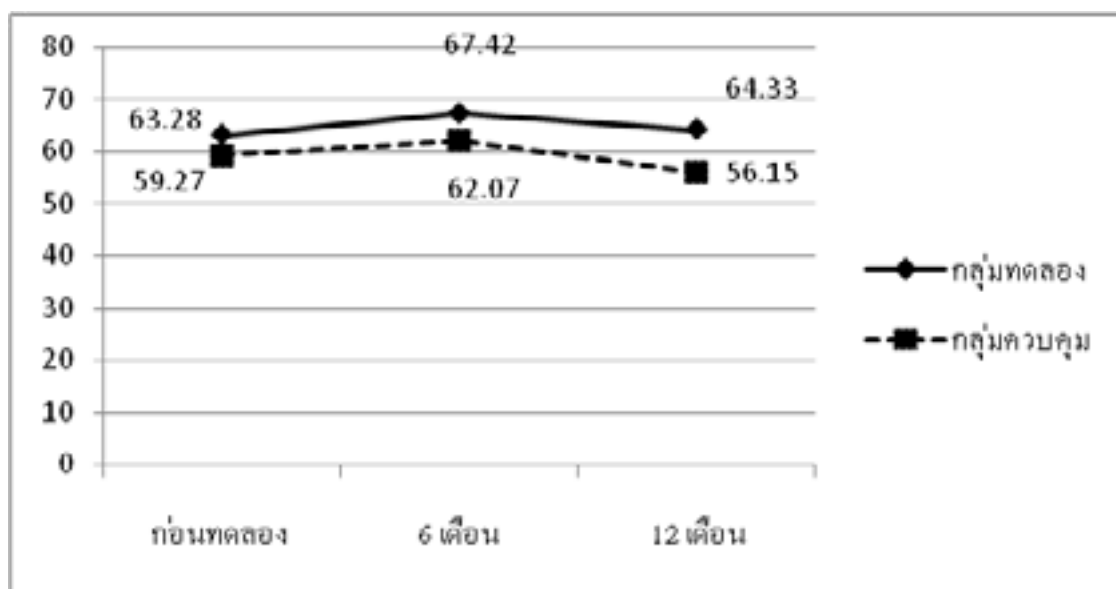
4. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าโปรแกรมและระยะเวลามีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 13.886, p < .001, F = 3.074, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการทดลอง 12 เดือน กลุ่มทดลอง

มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 6 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมนั้นพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในแผนภาพที่ 3 และพบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.746, p < .05$ และ $F = 15.998, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	3199.376	1	3199.376	13.886	< .001
ความคลาดเคลื่อน	34791.910	129	230.410		
ภายในกลุ่ม					
กลุ่ม*เวลา	1393.737	2	696.869	3.074	.048
ความคลาดเคลื่อน	68478.244	258	226.733		

คะแนนเต็ม 100



แผนภาพที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน (n = 163)

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	63.28	14.08	59.27	16.15	1.137	.288
หลังการทดลอง 6 เดือน	67.42	13.92	62.07	18.02	5.746	.018
หลังการทดลอง 12 เดือน	64.33	12.61	56.15	20.11	15.998	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุม โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการได้รับการรักษาโดย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ใช้รูปแบบการดูแล โรคเรื้อรังแบบครบวงจร ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิต สูงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคดีกว่าก่อน การเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไป ตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม การส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแนวคิด การจัดการตนเอง ด้วยการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย เพื่อให้เกิด ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความรุนแรง ผลเสียหรือผลกระทบ จากการเจ็บป่วย และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ตนเองรวมทั้งได้ร่วมกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้เทคนิคการชักจูงด้วยคำพูด เทคนิคการเล่าเรื่อง ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค และการชี้ ให้เห็นวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้เป็นโรคความดัน โลหิตสูง ในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค นอกจากนี้ ในการอภิปรายกลุ่ม คณะผู้วิจัยได้เสนอค่าระดับความดัน โลหิต รวมทั้งระดับไขมันในเลือด ที่เป็นค่าเป้าหมายที่ แสดงถึงความสำเร็จในการควบคุมโรค และให้มีการประเมิน ตนเองเมื่อเทียบกับเป้าหมาย มีการอภิปรายเกี่ยวกับ ปัญหาหรือข้อสงสัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนใน การควบคุมโรค ได้ฝึกการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรค ของตนเอง และมีการใช้คู่มือในการบันทึกผลเพื่อเปรียบ เทียบกับเป้าหมาย รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุม โรคได้แก่ การเลือกชนิดอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ยังเป็นการส่งเสริมให้เกิด ความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติจากการที่ประสบผลสำเร็จ จากการกระทำด้วยตนเอง นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้มี การกระตุ้นติดตามโดยการแจ้งผลการควบคุมโรคเป็นระยะ

พร้อมทั้งสะท้อนให้เห็นผลการปฏิบัติในการควบคุมโรค โดยให้มีการประเมินตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ที่สามารถ ควบคุมโรคได้ดี ได้เล่าวิธีการปฏิบัติตนให้กลุ่มรับฟัง สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และใช้แผนภูมิ ดันไม้ที่แสดงสัญลักษณ์ของสีใบไม้ที่แสดงการควบคุมโรค ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกิด ความคาดหวังว่าจะมีความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ เป้าหมาย และเกิดความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เหมือนตัวแบบ

การวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ว่าการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วย การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การสังเกตตัวแบบ หรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำแนะนำ หรือการชักจูงด้วยคำพูด รวมทั้งการกระตุ้นสภาวะทาง สรีระและอารมณ์ สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม นั้น นำไปสู่การควบคุมโรคได้ดีขึ้น และการวิจัยยังสนับสนุน แนวคิดของ Creer (2000) ที่ว่าการส่งเสริมการจัดการ ตนเองต้องเริ่มจากการให้บุคคลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของศิริวัฒน์ วงพุทธานุ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดัน โลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ ศรัณญา คล้ายสกุล (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรม การกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดัน โลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน พบว่าการส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมโดยใช้รูปแบบการจัดการตนเอง มีประสิทธิภาพ ในการปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีคุณภาพ ชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น เป็นผล

มาจากการที่รับรู้ว่าคุณเองสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น จากผลของระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหลังการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพ โดยเห็นว่า ความรุนแรงของโรคที่ประสบอยู่ลดน้อยลง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wattana (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองใน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเอง และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยให้ความรู้ เป็นกลุ่มย่อย การอภิปรายกลุ่มย่อย และการติดตาม เยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งมี คุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 6 เดือน

สำหรับผลการเปรียบเทียบการควบคุมโรคความดัน โลหิตสูง จำแนกตามระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก พบว่าหลังการทดลอง 6 เดือน และ 12 เดือน กลุ่มทดลองมี ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่มีระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็น ไปตามสมมติฐานการวิจัยบางส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะยาว ซึ่งคณะผู้วิจัยไม่ได้ จัดระบบติดตามกระตุ้นการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับบริบทของสถานที่ดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นสังคม เมืองและกึ่งเมือง ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มไม่ค่อย สม่าเสมอ ต้องเปลี่ยนกลุ่มโดยไปเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มอื่น ในบางครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความคุ้นเคยกับสมาชิก ในกลุ่ม และบางคนไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นหรือซักถาม เมื่ออยู่ในกลุ่มใหม่ แม้ว่าคณะผู้วิจัยจะแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่า สามารถโทรศัพท์มาสอบถามได้เมื่อมีปัญหา แต่พบว่ามี เพียงบางส่วนเท่านั้นที่โทรศัพท์มาสอบถามปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมยังได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมส่งเสริมสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งเป็นการดูแล ที่มีมาตรฐาน ประกอบกับในการศึกษาระยะยาวนั้น อาจมี การปรับขนาดยาในการรักษาระหว่างการวิจัยสำหรับ

ผู้ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งคณะผู้วิจัย ไม่ได้มีการติดตามเรื่องการปรับขนาดยาดังกล่าว ที่อาจมี ผลต่อระดับความดันโลหิตในการวิจัยครั้งนี้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามโปรแกรมด้วยข้อจำกัด ของลักษณะชุมชนที่เป็นชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ข้อมูล ที่ได้บางส่วนจึงไม่สมบูรณ์ ทำให้ถูกคัดออกจากการวิจัย รวมทั้งแบบแผนความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ต้อง ไปเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มอื่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การวิจัย และมีความจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการสาธารณสุข สามารถ นำโปรแกรมที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้ เหมาะสมกับบริบท โดยควรเพิ่มการกระตุ้นติดตาม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยควรศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและความสอดคล้อง กับความต้องการของชุมชน และความสะดวกในการเข้าร่วม กิจกรรม

1.2 ควรสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เทศบาล หรือโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการฝึกทักษะการส่งเสริม สมรรถนะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพื่อเป็น แนวทางในการนำไปพัฒนางานด้านการส่งเสริมการควบคุม โรคเรื้อรังในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาซ้ำ โดยควบคุมปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อระดับความดันโลหิต และติดตามผลการควบคุม โรคในระยะยาว

2.2 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ โรคเรื้อรังในชุมชนโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การประสานงานด้านการรักษาและการจัดกิจกรรม

ส่งเสริมการควบคุมโรคมีความต่อเนื่อง โดยให้ผู้รับผิดชอบงานในคลินิกโรคเรื้อรังได้มีส่วนร่วมในโปรแกรม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชดช้อย วัฒนะ, สุชน พรธิสาร, ณัฐวรรณ รัทวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง. (2552). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล. (2552). ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ศรัณญา คล้ายสกุล. (2551). ผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิตและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ. (2551). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551. สืบค้น วันที่ 8 ธันวาคม 2554, จาก <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
- สุกัสนัย ชมภู. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Chase, N. L., Sui, X., Lee, D. C., & Blair, S. N. (2009). The association of cardiorespiratory fitness and physical activity with incidence of hypertension in men. *American Journal of Hypertension*, 22(4), 417-424.
- Chodosh J., et al. (2005). Meta-analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*, 143(6), 427-438.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Prinrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.
- Fisher, N., & Williams, G. (2005). Hypertensive vascular disease. In Kasper, D., Fauci, F., Longo, D., Braunwald, E., Hauser, S., & Jameson, J. L. (Eds.). *Harrison's principle of internal medicine*. pp. 1463-1481. New York: McGraw Hill.
- Lucini, D., Di Fede, G., Parati, G., & Pagani, M. (2005). Impact of chronic psychosocial stress on autonomic cardiovascular regulation in otherwise healthy subjects. *Hypertension*, 46(5), 1201-1206.

Norman, M., Victor, M., & Kaplan, R. G. (2009). *Kaplan's clinical hypertension*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Wattana, C. (2006). *Effects of the diabetes self-management program on knowledge of diabetes, glycemic control, cardiovascular disease risk, and quality of life among people with type 2 diabetes* (doctoral dissertation). Chiang Mai University.

Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonpharmacologic strategies for managing hypertension. *American Family Physician*, 73(11), 1953-1956.

จุดประกายเทคนิคการเขียนตำราสำหรับผู้เขียนมือใหม่ Techniques on Writing Books for Inspiring Beginners

พริยลักษณ์ ศิริสุกุลลักษณ์, พย.ด. (พยาบาลศาสตร) *

Piriyalux Sirisupluxana, Ph.D. (Nursing) *

อมรตา อาชาพิทักษ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) **

Amornta Archapitak, M.N.S. (Adult Nursing) **

กุลธิดา พาณิชกุล, พย.ด. (พยาบาลศาสตร) ***

Kultida Panidchakul, Ph.D. (Nursing) ***

การเขียนตำราเป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ของผู้เขียน ตำราที่ดีควรสอดแทรกประสบการณ์และองค์ความรู้ที่ได้จากการทำวิจัยลงไปในเรื่องที่เขียนด้วย จะช่วยให้การถ่ายทอดเนื้อหา มีความชัดเจน สมบูรณ์ ผู้อ่านสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้หรือต่อยอดการสร้างองค์ความรู้ใหม่ได้ ทุกครั้งที่เขียนงาน ต้องคำนึงเสมอว่าจะเขียนเรื่องอะไร ผู้อ่านเป็นใคร และเขียนอย่างไร จึงจะทำให้ผู้อ่านเกิดความรู้ ความเข้าใจ อยากติดตาม และเรียนรู้ในเรื่องที่กำลังถ่ายทอดได้ ซึ่งผู้เขียนตำรามือใหม่ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ 1) การสร้างแรงจูงใจในการเขียนตำราให้สำเร็จ 2) ความกล้าที่จะเริ่มต้นทำสิ่งใหม่ๆ 3) การจัดตารางเวลาการทำงานให้ชัดเจน และ 4) การมีวินัยในตนเองให้สามารถทำตามแผนที่กำหนดไว้

แม้จะทราบกันโดยทั่วไปว่าการเขียนตำราเป็นการถ่ายทอดศาสตร์ที่เป็นองค์ความรู้ หลักการ หรือทฤษฎี และประสบการณ์ของผู้เขียนที่ต้องการถ่ายทอดไปยังผู้อ่านดังที่อานันท์ กาญจนพันธุ์ นักเขียนผู้มีผลงานการเขียนตำราด้านสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา ซึ่งเป็นที่รู้จักกัน

แพร่หลายในกลุ่มนักอ่าน ได้ให้ข้อคิดไว้จากการบรรยายหัวข้อ “เทคนิคการเขียนตำรา” ในการประชุมวิชาการของสถาบันพระบรมราชชนก ว่า “ในการเขียนตำรา ผู้เขียนต้องตระหนักว่าจะเขียนเรื่องอะไร เขียนให้ใครอ่าน และเขียนอย่างไรจึงจะทำให้ผู้อ่านเกิดความรู้ ความเข้าใจ อยากติดตามเนื้อหา และได้เรียนรู้ในเรื่องที่ผู้เขียนกำลังถ่ายทอด และงานเขียนนั้นต้องแสดงถึงอัตลักษณ์ตัวตนของผู้เขียน” (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2558) ดังนั้น งานเขียนที่ดีต้องอาศัยศิลปะการเขียน เพื่อนำศาสตร์ที่ผู้เขียนต้องการถ่ายทอดไปสู่ผู้อ่านเสมือนกับผู้อ่านนั่งเรียนหรือนั่งพูดคุยอยู่กับผู้เขียน การเขียนในแต่ละศาสตร์อาจมีลีลาการนำเสนอที่แตกต่างกัน เช่นงานเขียนทางสังคมศาสตร์ต้องมีการเรียงร้อยถ้อยคำ โดยเน้นความสละสลวยของเนื้อหาและภาษาที่ถ่ายทอด ในขณะที่งานเขียนด้านวิทยาศาสตร์จะเน้นกระบวนการพิสูจน์ความมีเหตุมีผล และผลลัพธ์ที่ปรากฏ (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2554) ผู้เขียนมือใหม่หลายคนที่ยากจะเป็นผู้เขียนตำรา มักเริ่มต้นด้วยการตั้งคำถามกับตัวเองว่า ถ้าต้องการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของตนผ่านงานเขียน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

ในบทความนี้ ผู้เขียนได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากการรับฟังการบรรยายของ ศ. ดร.อานันท์ กาญจนพันธุ์ ถึงจุดเริ่มต้นและเทคนิคในการเขียนตำรา่วมกับการทบทวนเอกสารในเรื่องเทคนิคการเขียนตำราต่างๆ และถ่ายทอดออกมาเป็นหลักการและเทคนิคการเขียนตำราสำหรับผู้เขียนมือใหม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านที่ต้องการกำลังใจและแนวทางในการผลิตผลงานการเขียนตำราและเอกสารคำสอน แต่ยังคงขาดประสบการณ์ ซึ่งเนื้อหาในบทความนี้จะช่วยให้ผู้อ่านจุดประกายเทคนิคการเขียนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับงานเขียนตำราที่ตรงกับศาสตร์ของท่านได้

เมื่อกล่าวถึงการเขียนตำรา ความรู้สึกของหลายคนอาจรู้สึกไม่ต่างจากผู้เขียนที่มีความรู้สึกไม่กล้าตัดสินใจ เริ่มต้น อาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการด้วยกัน เช่น กลัวผิด กลัวไม่ดี กลัวว่าจะเขียนไม่ถูกต้องตามหลักการเขียน กลัวไม่มีคุณภาพพอ กลัวไม่มีคนอ่าน รู้สึกว่าเป็นเรื่องยากที่จะเริ่มต้น และไม่มีเวลาเขียนเนื่องด้วยภาระงานที่มากมาย ทั้งในการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เนื่องจากผู้เขียนเป็นอาจารย์พยาบาล บทความวิจัยและบทความวิชาการที่เขียนส่วนใหญ่ มักเป็นเรื่องราวที่เขียนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ หรือเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยที่ใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ผสมผสานทั้งด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ จากการรับฟังการบรรยายถ่ายทอดประสบการณ์การเขียนตำราในแบบ ศ. ดร.อานันท์ กาญจนพันธุ์ ทำให้ผู้เขียนเกิดแรงบันดาลใจอยากเป็นผู้เขียนตำรามือใหม่ ด้วยคำกล่าวของท่านที่ว่า “ผู้เขียนตำราต้องเกิดความท้าทายตัวเอง ทำงานมานาน เราจะไม่มีผลงานทางวิชาการของตนเองบ้างหรือ เราต้องไม่ดูถูกตนเอง” ท่านได้เน้นย้ำว่า ผู้เขียนตำราจะต้องตกผลึกในสิ่งที่สอนก่อน จนคิดว่าเราสอนดี และอยากถ่ายทอดออกมาเป็นงานเขียน ดังนั้น ในฐานะผู้เขียนมือใหม่ จำเป็นต้องปรับทัศนคติและมุมมองให้ตนเองมีอารมณ์และความคิดที่ฮึกเหิม เกิดความรู้สึกท้าทายตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองว่าไม่มีอะไรยากเกินกว่าที่เราจะเริ่มต้น หากเราไม่เริ่มต้นเขียน เราคงไม่มีวันที่จะ

เรียนรู้ประสบการณ์การเขียนตำรา: สไตล้นักสังคมศาสตร์
กับพยาบาลศาสตร์

จากประสบการณ์การเขียนตำราของ ศ. ดร.อานันท์ กาญจนพันธุ์ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ภาควิชาสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ทฤษฎี สังคมและการพัฒนา และชาติพันธุ์วิทยา และได้รับเชิญ เป็นวิทยากรบรรยายในงานประชุมทางวิชาการทั้งในประเทศ และต่างประเทศ มีผลงานแต่งตำราหรือหนังสือเกี่ยวกับ มานุษยวิทยาจำนวนมาก ท่านคิดว่า การเขียนตำราเป็นงาน ที่ท้าทาย เป็นการถ่ายทอดสิ่งที่ผู้สอนบรรยายออกมาเป็น งานเขียน ดังนั้น ในระยะแรก ตำราของท่านได้มาจากการถอดเทปคำบรรยายในขณะที่ย่อสอน และนำเนื้อหา มาเรียบเรียง จัดเกล้า และถ่ายทอดงานเขียนมาเป็นตำรา ท่านแนะนำว่านี่อะไรก็ได้ให้เขียนลงไปก่อนตามความถนัด โดยเราต้องรู้สึกสนุกกับการปรับปรุงเนื้อหาการสอน ที่เลืกละน้อย จนพัฒนาเป็นเนื้อหาในตำรา และที่สำคัญคือ ผู้เขียนควรต้องท้าวใจควบคู่ไปกับงานการสอน การท้าวใจ 1 เรื่อง สามารถถอดประเด็นเนื้อหาเขียนเป็นตำราหรือ บทความวิชาการได้หลายมุมมอง และสามารถนำองค์ความรู้ ที่ได้จากการวิจัยมาเป็นฐานข้อมูลในการเขียนตำราได้อย่าง มากมาย ดังนั้น ผู้เขียนหน้าใหม่ควรเลือกประเด็นการเขียน ตำราจากเนื้อหาที่ผู้เขียนมีความชอบและถนัด มีองค์ความรู้ ตรงกับศาสตร์ที่เรียนและค้นคว้ามา ควรสร้างงานเขียนตำรา ในรูปแบบสำนวนที่เป็นเอกลักษณ์ตัวตนของผู้เขียนให้ มากที่สุด ซึ่งสั่งสมมาจากการประสบการณ์การสอนและการทำ วิจัย ศ. ดร.อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2558) ได้กล่าวไว้ว่า “งานเขียนคือ การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่ได้จาก การสอน” ดังนั้น ที่มาของเนื้อหาในตำรา ได้จากการเรียบเรียง

ถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ทางวิชาการที่สั่งสมจากการสอนและการทำวิจัย นอกจากนี้ ผู้เขียนควรศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากแหล่งอ้างอิงความรู้ที่น่าเชื่อถือและมีความทันสมัยอย่างต่อเนื่อง ท่านได้แนะนำแหล่งสืบค้นความรู้ได้แก่ Annual Reviews (connect with our experts) โดยเข้าไปที่ <http://www.annualreviews.org> ซึ่งผู้เขียนสามารถใช้เป็นแหล่งค้นคว้าในการทบทวนวรรณกรรม เอกสารที่เกี่ยวข้อง หรือใช้เทียบเคียงงานเขียนของผู้อื่นว่าเขียนเนื้อหาที่เราสนใจในลักษณะใด จะสามารถช่วยต่อยอดความคิดในงานเขียนของเราได้ นอกจากนี้ ท่านได้เน้นว่าการเขียนตำราอย่านำเสนอเนื้อหาความคิด (idea) แบบเหมารวม แต่ผู้เขียนต้องพยายามแยกแยะประเด็นเนื้อหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุและผล และสรุปเป็นความคิดรวบยอด มีการเชื่อมโยงเรื่องราวเนื้อหาที่เขียน โดยคำนึงถึง

เงื่อนไข บริบท และควรมีศิลปะในการถ่ายทอดงานเขียนเพื่อสื่อสารให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจ และมีจินตนาการ ความรู้สึก รวมไปถึงผู้เขียนได้

ศ. ดร.อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2558) ได้สรุปหลักการและเทคนิคการเขียนตำราตามประสบการณ์ของท่านไว้ว่า ผู้เขียนจำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการ 4 ข้อ ดังนี้ 1) การตั้งประเด็นคำถามหรือกำหนดหัวข้อการเขียน (problematization) 2) การเชื่อมโยงประเด็นสำคัญที่ต้องการนำเสนอความคิดและหลักทางทฤษฎี (conceptualization) 3) การแสดงความชัดเจนในบริบท เงื่อนไข ที่ต้องการนำเสนอ (contextualization) และ 4) การใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้เขียนมาขยายความเรื่องที่เขียนให้ชัดเจน โดยมีแนวคิดทฤษฎีเป็นพื้นฐานในการอธิบายอยู่เบื้องหลัง (operationalization) โดยหลักการเขียนตำราทางสังคมศาสตร์ แสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 หลักการเขียนตำราทางสังคมศาสตร์ (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2558)

ผู้เขียนท่านต่อมาที่นำมาอ้างอิงเป็นแบบอย่างคือ รศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี ท่านเริ่มก้าวสู่ชีวิตการเขียนตำรา และผลงานทางวิชาการด้วยเหตุผลที่เป็นอาจารย์สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่งเป็น สถาบันที่ให้ระบบการเรียนการสอนทางไกล ผู้เรียนและผู้สอน อยู่ไกลกัน ดังนั้น การผลิตตำราหรือเอกสารการสอนที่ให้ผู้เรียนใช้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-directed learning) จึงเป็นความท้าทายของท่าน ที่จะเขียนตำราอย่างไรให้ผู้เรียน สามารถใช้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองให้ประสบความสำเร็จได้ ในฐานะอาจารย์พยาบาล ท่านกล่าวว่างานเขียนที่ดีของ นักปฏิบัติการพยาบาล ย่อมสะท้อนและแสดงถึงคุณภาพ มาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเช่นกัน ดังนั้น ผู้เขียนจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับหลักการ กระบวนการ

และเทคนิคการเขียนที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้งานเขียนนั้นมีคุณค่า สามารถตอบสนองการเรียนรู้ของผู้อ่านได้ตรงตาม วัตถุประสงค์ของผู้เขียน นอกจากนี้ ท่านได้อธิบายหลักการเขียนตำราไว้ว่า การเขียนตำราจำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการ 3 ประการ ดังนี้ 1) ต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน (the purpose: why are you writing ?) 2) ต้องทราบว่าจะเขียนขึ้นเพื่อให้ใครเป็นผู้อ่าน (the audience: who are you writing for ?) และ 3) จะเขียนเนื้อหาอย่างไรให้ผู้อ่าน เข้าใจและบรรลุวัตถุประสงค์ในการอ่าน (the types of writing: how would you describe the writing ?) (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2554) โดยหลักการเขียนตำราทาง พยาบาลศาสตร์ แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 หลักการเขียนตำราทางพยาบาลศาสตร์ (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2554)

หลักการและแนวคิดการเขียนตำราของผู้เขียนทั้งสอง ท่านที่มีพื้นฐานมาจากสาขาสังคมศาสตร์กับพยาบาลศาสตร์ ช่วยสะท้อนให้เข้าใจแนวคิดการเขียนตำราได้ว่า ผู้เขียนต้องมีองค์ความรู้พื้นฐานในศาสตร์สาขาที่ตนถนัด ผสมผสานกับประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้จากการสอนและการวิจัย นอกจากนี้ต้องมีความชัดเจนในเนื้อหาและกลุ่มผู้อ่านที่ต้องการสื่อสาร และเลือกรูปแบบวิธีการสื่อสารงานเขียนให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้ในส่วนของการขั้นตอน combination ที่นำความรู้ที่ได้มาจัดทำเป็นบทความหรือตำรา และจัดเก็บความรู้ในรูปแบบเอกสาร ทำให้ความรู้ได้รับการแบ่งปันและเผยแพร่ได้อย่างแพร่หลาย (มงคลชัย วิริยะพินิจ, 2556)

ผู้เขียนตำราควรเตรียมตัวอย่างไร

ก่อนการเขียนตำรา ผู้เขียนควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. การสร้างแรงจูงใจในการเขียนตำรา แรงจูงใจที่จะให้การเขียนตำราได้สำเร็จจะต้องเป็นแรงจูงใจที่มีพลังมาก ต้องมีความอดทนจึงจะสามารถเอาชนะความเกียจคร้าน ท้อถอย และเบื่อหน่าย ซึ่งบั่นทอนทำให้เขียนตำราไม่สำเร็จ (ปรีชา ช้างขวัญยืน, 2556) แรงจูงใจจะต้องเกิดจากใจรัก และรู้สึกสนุกกับการเขียน ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพของงานที่เขียน

2. ความกล้าที่จะเริ่มต้นทำสิ่งใหม่ๆ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดความอยากเขียน หลายคนมีเพียงความคิดที่อยากเขียนแต่ไม่ได้ลงมือทำ เพราะขาดความกล้า ความกล้าเป็นเครื่องทำลายความกลัว ดังนั้น วิธีที่จะขจัดความกลัวและทำให้เกิดความกล้าคือการสร้างเจตคติที่จะเป็นกำลังใจแก่ตนเอง ผู้ที่เริ่มเขียนจะต้องหาคำพูดปลอบใจตนเองให้ทำงาน (ปรีชา ช้างขวัญยืน, 2556) ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ถ้าไม่เริ่มเขียนเล่มที่หนึ่ง ไหนเลยจะมีเล่มที่สอง สามตามมา คงเป็นไปได้”

“นี่อะไรได้ เขียนลงไปก่อน ถ้าไม่เขียนอีกไม่นานก็จะลืม เขียนเอาไว้อ่านเองก็ได้”

“หากเราไม่รีบเขียน คนอื่นจะแข่งเขียนหมด”

3. เวลา ผู้เขียนต้องมีความทุ่มเทในการทำงานให้ต่อเนื่อง ควรกำหนดตารางเวลาการทำงานให้ชัดเจน โดยแบ่งงานออกเป็นช่วงย่อยๆ ตั้งแต่ต้นจนจบ จากนั้นกำหนดเวลาที่จะทำงานช่วงย่อยๆ แต่ละส่วน โดยให้เวลาทั้งหมดรวมกันไม่เกินเวลาทั้งหมดที่จะใช้ทำงานจนสำเร็จ กำหนดเวลาสำหรับชดเชยความล่าช้าไว้ด้วย และบริหารจัดการให้มีเวลาทำได้ตามแผน

4. การมีวินัยในตนเอง ผู้เขียนต้องสร้างวินัยในตนเองให้สามารถบังคับ ควบคุมตนเองให้สามารถเขียนงานได้ตามแผนที่กำหนดไว้ (ปรีชา ช้างขวัญยืน, 2556)

เมื่อท่านผู้อ่านบทความนี้ เตรียมตัวและเตรียมใจพร้อมที่จะเป็นนักเขียนตำราหน้าใหม่แล้ว ท่านจำเป็นต้องรู้หลักการ เทคนิค และวิธีการเขียนตำรา เพื่อให้เกิดแนวทางในการนำไปฝึกปฏิบัติให้เป็นนักเขียนตำราที่มีคุณภาพต่อไป

หลักการ เทคนิค และวิธีการเขียนตำรา

ในการเขียนตำราให้มีคุณภาพ เนื้อหาอ่านง่าย และน่าสนใจติดตาม ผู้เขียนต้องกำหนดเนื้อหาและขอบเขตให้ชัดเจน ต้องทราบว่าจะเขียนขึ้นเพื่อให้ใครอ่าน และจะเขียนอย่างไรจึงจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจและบรรลุวัตถุประสงค์ของการอ่าน ในการนี้ จำเป็นต้องมีหลักการ เทคนิค และวิธีการเขียน ตามลำดับขั้นตอน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเลือกหัวข้อเรื่อง 2) การระดมความคิด 3) การวางโครงร่างตำรา และจัดกลุ่มให้เหมาะสม 4) การลงมือเขียน และ 5) การเขียนเนื้อหาในแต่ละย่อหน้าหรือแต่ละบท ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี, 2554; Creme & Lea, 2008)

1. การเลือกหัวข้อเรื่อง (select a title or topic that you are writing about) การเลือกหัวข้อเรื่อง นับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของงานเขียน ผู้เขียนจะต้องสามารถหาหัวข้อเรื่องที่ที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์มาเสนอ หัวข้อที่เลือกต้องทำให้ผู้เขียนสามารถมองเห็นถึงเนื้อหาสาระของเรื่องว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาเขียนหรือไม่ โดยผู้เขียนจะต้องประมวลความรู้และความคิดเกี่ยวกับเรื่องนั้น จนเห็นเป็นแนวทางในการดำเนินเรื่องให้ชัดเจน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงควรอยู่ในความสนใจของผู้อ่าน

ส่วนการตั้งชื่อเรื่องนั้น บางครั้งอาจมีเพียงประเด็นที่สนใจ แต่ยังไม่สามารถตั้งชื่อเรื่องที่ถูกใจได้ ก็เริ่มเขียนจากสิ่งที่คิดได้ไปก่อน ต่อมาเมื่อเขียนแล้วเสร็จ อาจมาตั้งชื่อเรื่องในภายหลัง เพื่อให้สอดคล้องหรือครอบคลุมประเด็นที่เขียนโดยการตั้งชื่อเรื่องควรต้องดึงดูดความสนใจของผู้่าน การตั้งชื่อเรื่องสามารถตั้งเป็นประโยคบอกเล่าหรือประโยคคำถามก็ได้ (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2554; อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2558)

หลักสำคัญในการเลือกหัวข้อเรื่องที่เขียน มีดังนี้ (ปรีชา ช้างขวัญยืน, 2556)

1.1 เลือกเรื่องที่คุณเขียนมีความรู้ มีความถนัด และให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ ความถนัดและความสนใจเป็นพิเศษของผู้เขียน จะเป็นแรงบันดาลใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้เขียนมีความมานะพยายาม ทำให้มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเขียนสูง ผู้เขียนที่เพิ่งจะเริ่มเขียน จึงควรเริ่มจากเรื่องที่คุณมีความถนัดและสนใจเป็นพิเศษ มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ ส่วนประกอบที่สำคัญของงานเขียนคือ ข้อมูลต่างๆ ซึ่งหากผู้เขียนเองมีความรู้และประสบการณ์ที่เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งอยู่กับตัว จะดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์สำหรับงานเขียนของตนเองได้ง่าย

1.2 เลือกเรื่องที่คุณเขียนสามารถกำหนดความยาวของเนื้อหา ทราบว่าเนื้อหาใดสำคัญหรือมากน้อยเพียงใด หรือเรื่องที่หาข้อมูลได้ง่าย ซึ่งหมายถึงข้อมูลที่ตีพิมพ์แล้ว โดยข้อมูลในการเขียนตำราจะเป็นความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบจนเป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการ

1.3 เลือกเรื่องที่เหมาะสมกับผู้อ่าน ต้องคิดเสมอเมื่อเลือกเรื่องที่จะเขียนว่าไม่เพียงแต่เป็นเรื่องที่

ผู้เขียนมีความรู้ ความเข้าใจเท่านั้น แต่ควรเป็นเรื่องที่เหมาะสมกับผู้อ่านด้วย ซึ่งทำให้ต้องพิจารณารายละเอียดต่างๆ เช่น กลุ่มเป้าหมายสนใจเรื่องแนวใด เรื่องอยู่ในความสนใจในช่วงเวลานั้นหรือไม่

1.4 เลือกเรื่องที่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ ความสมบูรณ์ของงานเขียนขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มี จึงต้องมั่นใจว่าจะสามารถหาเอกสาร หลักฐาน ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งเหตุผล เพื่อมาสนับสนุนงานเขียนได้อย่างเพียงพอ

1.5 เลือกเรื่องที่เป็นเรื่องใหม่ ธรรมชาติของมนุษย์จะสนใจเรื่องที่แปลกใหม่ สิ่งที่น่าสนใจจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้อ่านและสังคม หากเป็นเรื่องที่ไม่มีใครเขียนมาก่อนและเป็นเรื่องที่ท้าทาย จะช่วยเร้าความสนใจของผู้อ่านได้ดี

1.6 เลือกเรื่องที่มีจุดมุ่งหมายชัดเจน จุดมุ่งหมายที่ชัดเจนจะทำให้สามารถกำหนดแนวทางการเขียน หรือกำหนดการดำเนินเรื่องได้

1.7 เลือกเรื่องที่จำกัดขอบข่ายได้ ต้องไม่เลือกเรื่องที่กว้างเกินไป แต่ควรจำกัดขอบข่ายให้แคบพอที่จะสามารถนำเสนอความคิดได้อย่างชัดเจน ครอบคลุม และตรงประเด็น

2. การระดมความคิด (brain storming) เป็นการระดมความคิดและความรู้เกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะเขียน และสื่อสารเป็นตัวอักษร ดังแสดงในแผนภาพที่ 3 ซึ่งจากแผนภาพ แสดงถึงการเริ่มต้นจากหัวข้อเรื่องที่เขียนซึ่งอยู่ตรงกลางแผนภาพ มีตัวเชื่อม ตัวช่วย โดยมีการอ้างอิงเชื่อมโยงทฤษฎีเพื่อใช้เป็นข้อโต้แย้งหรือฐานคิดในสิ่งที่ผู้เขียนคิด เชื่อมโยงกับชื่อเรื่องที่จะเขียน มีประเด็นหลักซึ่งแตกเป็นประเด็นรองและประเด็นย่อยๆ ตามลำดับ



แผนภาพที่ 3 การระดมสมอง

[ดัดแปลงจากหลักการเขียนตำราทางพยาบาลศาสตร์ของบุญทิพย์ สิริรังศรี (2554)]

3. การวางโครงร่างตำรา และจัดกลุ่มประเด็น/หัวข้อให้เหมาะสม (organizing and shaping) ทักษะนี้จะได้จากการอ่านหนังสือ บทความวิชาการ และการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำเนื้อหาที่ต้องการนำเสนอมาจัดวางโครงร่างในขั้นนี้อาจให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยหาคำแนะนำในการจัดเค้าโครงเนื้อหา สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ ต้องมีหัวข้อการเขียนที่ใหม่และทันสมัย แตกต่างจากหนังสือเล่มอื่นๆ และต้องพิจารณาความเหมาะสมในเรื่องต่อไปนี้

3.1 มีการกำหนดหัวข้อเรื่องในแต่ละบทว่ามีกี่บท กำหนดหัวข้อหลักและหัวข้อย่อย

ตัวอย่าง

บทที่ 1 ชื่อเรื่อง การส่งเสริมการดูแลตนเอง

มีการเขียนข้อความเพื่อเป็นการเข้าสู่บทนำก่อนที่จะขึ้นเนื้อหา ประมาณ 5 ถึง 10 บรรทัด ดังตัวอย่างการกำหนดหัวข้อเรื่อง ดังนี้

หัวข้อใหญ่ 1.1 การสร้างเสริมสุขภาพ

หัวข้อย่อย 1.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพดี

1.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรค

ความเจ็บป่วย สุขภาพ และการมีสุขภาพที่ดี

หัวข้อใหญ่ 1.2 การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ใหญ่
วัยกลางคน และวัยสูงอายุ

หัวข้อย่อย 1.2.1 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพกับการสร้างเสริมสุขภาพ

1.2.2 การพยาบาลและการศึกษา
สภาวะการณ์สุขภาพ

บทที่ 2 ชื่อเรื่อง การรักษาเสริมและการบำบัด
ทางเลือก

หัวข้อใหญ่ 2.1 การรักษาเสริม การบำบัด
ทางเลือก และการรักษาแบบบูรณาการ

หัวข้อรอง 2.1.1 ทำไมบุคคลจึงเลือกการบำบัด
ทางเลือก

2.1.2 การบำบัดทางเลือกและสุขภาพ
องค์รวม อีกหนึ่งทางเลือกของการบำบัดรักษาโรค

หัวข้อใหญ่ 2.2 การรักษาเสริมและการบำบัด
ทางเลือกตามการจำแนกของ NCCCM

หัวข้อรอง 2.2.1 ลักษณะของการรักษาเสริม
และการบำบัดทางเลือก

2.2.2 บทบาทของพยาบาลกับ
ประเด็นที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาเรื่องการรักษาเสริมและ
การบำบัดทางเลือกของผู้รับบริการ

3.2 การจัดหน้ากระดาษ กระดาษ
มาตรฐานที่ใช้พิมพ์ต้องเป็นกระดาษสีขาว ไม่มีลายเส้น
ขนาดมาตรฐาน เอ 4 ไม่ต่ำกว่า 70 แกรม ให้พิมพ์ด้านหน้า-
หลัง ข้อกำหนดของการตั้งค่าน้ำกระดาษในคอมพิวเตอร์
ให้จัดระยะดังนี้ ขอบกระดาษด้านบน 3.80 เซนติเมตร
(1.50 นิ้ว) ด้านล่าง 2.50 เซนติเมตร (1 นิ้ว) ด้านซ้าย
3.80 เซนติเมตร (1.50 นิ้ว) ด้านขวา 2.50 เซนติเมตร
(1 นิ้ว) และช่องไฟ 0.00 เซนติเมตร และจากด้านหัวกระดาษ
1.25 เซนติเมตร (0.50 นิ้ว) ท้ายกระดาษ 1.25 เซนติเมตร
(0.50 นิ้ว)

3.3 ลักษณะตัวอักษรและขนาดของ
ตัวหนังสือ การพิมพ์ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ให้ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK หรือตัวอักษรอื่นๆ
ที่เหมือนกันตลอดทั้งเล่ม โดยทั่วไป กำหนดขนาดของ
ตัวหนังสือไว้ที่ 14-16

3.4 กำหนดจำนวนหน้าในแต่ละบท
และกำหนดขนาดของหนังสือ

4. การลงมือเขียน (writing) ต้องอาศัย
ความตั้งใจและมุ่งมั่น โดยทั่วไป การเขียนหรือการแต่ง
ตำราประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ บทนำ (introduction)
เนื้อหาสาระ (main body) และสรุป (conclusion)
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การเขียนบทนำ เป็นการแสดงให้เห็น

เห็นว่าตำราที่เขียนกำลังจะเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับอะไร
(introduction: what are the article or book going
to be about ?) ประเด็นการเขียนจะเลือกมาจากคำสำคัญ
(key words) ของชื่อเรื่องบทความหรือตำราที่เขียน

4.2 การเขียนรายละเอียดของแต่ละ
ประเด็น จำเป็นต้องพัฒนาการเขียนในลักษณะการเสนอ
ความคิดที่สนับสนุนเชิงเหตุผล หรือความคิดที่เสนอข้อโต้แย้ง
(main body: what are the themes that you are
developing to support your argument ?) ซึ่งจะ
แสดงความคิดของผู้เขียนในหลายแง่มุม กระตุ้นให้ผู้อ่าน
ได้คิดคล้อยตาม หรือปลุกเร้าให้ผู้อ่านอยากลุกขึ้นมา
โต้แย้ง

4.3 การสรุปเนื้อหาสาระสุดท้ายของเรื่อง
ที่เขียนขึ้น เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าได้เขียนอะไร (conclusion:
what are the consequences of what you have
written ?) โดยอาจเขียนเน้นย้ำในประเด็นที่สำคัญ หรือ
อาจเขียนแบบส่งท้ายในประเด็นที่ผู้เขียนต้องการให้ผู้อ่าน
ได้ขบคิดต่อไป ในขั้นการสรุปนี้ ผู้เขียนต้องไม่สร้างประเด็น
การเขียนขึ้นมาใหม่ เพราะจะทำให้เนื้อหาในการสรุปจบ
ประเด็นนั้นขาดความสมบูรณ์

5. การเขียนเนื้อหาในแต่ละย่อหน้าหรือแต่ละบท
อาจมีหลายประเด็นหลัก โดยทั่วไป ในหนึ่งหน้า ควรมี
อย่างน้อย 2-3 ประเด็น (topic) โดยแบ่งประเด็นละย่อหน้า
เพื่อให้ผู้อ่านติดตามประเด็นที่ต้องการเสนอได้เป็นระยะๆ
และเชื่อมโยงได้ โดยองค์ประกอบในแต่ละประเด็นหรือ
ย่อหน้าที่นำเสนอ มีดังนี้

5.1 ประโยคสำคัญ (topic sentence)
ประโยคสำคัญของย่อหน้าเป็นสิ่งที่บอกผู้เขียนถึงประเด็น
หลักของย่อหน้า โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในประโยคแรก

5.2 ประโยคสนับสนุน (supporting
sentence) เป็นประโยคสนับสนุนของข้อความในประโยค
แรก

5.3 การนำเสนอการเขียนแบบมี
ข้อโต้แย้ง (present as argument) เป็นการนำเสนอการเขียน
แบบมีข้อโต้แย้ง ซึ่งการเขียนควรมีลักษณะดังนี้ 1) ชัดเจน

และเชื่อมโยงกับประโยคถัดมา 2) นำเสนอในลักษณะเป็น
สถานการณ์และกรณีศึกษา 3) เขียนแบบตรรกวิทยา สิ่งเหตุ
และผล และ 4) มีข้อมูลเชิงประจักษ์หรือเหตุผลสนับสนุน

5.4 สรุปความสำคัญ (a mini conclusion
or summary) เพื่อบอกให้ผู้อ่านทราบว่าประเด็นสำคัญ
คืออะไร หรือมีข้อเสนอแนะอย่างไรต่อไป ที่สำคัญต้อง
ไม่ขึ้นประเด็นใหม่

5.5 การส่งต่อประโยค (referral
sentence) โดยส่งต่อประโยคท้ายของย่อหน้าไปสู่ย่อหน้า
ต่อไป ให้ความสอดคล้องกันในการนำเสนอเนื้อหา
ด้วยการใช้ภาษาที่ดี สุภาพ และเรียงร้อยภาษาให้มี
ความสละสลวย

การเขียนตำราให้มีมาตรฐาน ผู้เขียนจำเป็นต้องมี
ความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเนื้อหาเรื่องนั้นๆ ร่วมกับมี
ประสบการณ์ภาคการทำงานวิจัยและงานการสอน ในการเขียน
ตำราที่ดีและมีคุณภาพ ผู้เขียนควรตั้งเป้าหมายว่าสนใจ
จะเขียนเรื่องอะไร หรือมีความรู้ที่ถนัดในเรื่องใด ใครจะเป็น
ผู้อ่าน และต้องค้นหาวิธีการถ่ายทอดความคิดของผู้เขียน
เพื่อช่วยสื่อสารให้ผู้อ่านเกิดความรู้ ความเข้าใจ และมี
จินตนาการร่วมกับผู้เขียน ส่งผลให้ตำรานั้นมีความสมบูรณ์
และชัดเจนมากขึ้น สามารถเกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านให้

นำไปใช้ หรือเกิดการขยายองค์ความรู้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- บุญทิพย์ สิริรังศรี. (2554). หลักการและเทคนิคการเขียน
ตำรา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2),
1-7.
- ปรีชา ช้างขวัญยืน. (2556). เทคนิคการเขียนและผลิต
ตำรา (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มงคลชัย วิริยะพินิจ. (2556). องค์การแห่งการเรียนรู้
และการจัดการความรู้ภาควิชาการ. กรุงเทพฯ:
ส่องสยาม.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. (2558). เทคนิคการเขียนตำรา.
ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ
เสริมสร้างความรู้และทักษะด้านการเขียนตำรา
แก่นักวิชาการในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก.
วันที่ 15 กรกฎาคม 2558 ณ โรงแรมมารวยการ์เดน
กรุงเทพฯ.
- Creme, P., & Lea, M. R. (2008). *Writing at university:
A guide for students* (3rd ed.). Maidenhead:
Open University Press.

การจัดการความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ Pain Catastrophizing Management in Primary Dysmenorrhea

ยศพล เทลียงโสมนภา, ปส.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) *

Yosapon Leungsomnapha, Ph.D. (Research and Statistic in Cognitive Science) *

นุสรา ประเสริฐศรี, ปส.ด. (การพยาบาล) **

พิชชาภักดิ์ ไชยสังข์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ***

Nusara Prasertsri, Ph.D. (Nursing) **

Phatcharaphan Chaiyasung, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ***

ชวนชม พืชมั่นใจไพศาล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) *

Chuanchom Peachpumpisal, M.N.S. (Gerontological Nursing) *

ความปวดประจำเดือนเป็นปัญหาสำคัญของวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ เนื่องจากเป็นความปวดที่มีวงจรการเกิดทุกวัน และส่งผลกระทบต่อหลายประการทั้งในเรื่องความไม่สุขสบายทางกาย ผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การไม่สามารถไปเรียนหนังสือหรือร่วมสังคมกับเพื่อนได้ การรับรู้ความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิไม่ได้มีสาเหตุจากกลไกทางสรีรวิทยาของร่างกายเท่านั้น หากแต่ยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตใจร่วมด้วย บทความวิชาการนี้เป็นการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจประการหนึ่ง ทั้งแนวคิดและการจัดการ เพื่อเป็นประโยชน์ในการทำ ความเข้าใจ ประเมิน และจัดการกับความปวดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ถึงแม้บทความนี้จะเน้นถึงมิติความปวดประจำเดือนด้านจิตใจ แต่มีการนำเสนอแนวคิดในเชิงพยาธิสรีรวิทยาด้วย เพื่อให้บทความเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านสูงสุดในองค์ความรู้เกี่ยวกับความปวดประจำเดือน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมของวัยรุ่นหญิง ในประเทศแคนาดาพบว่าร้อยละ 51 ของผู้หญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป รายงานว่าความปวดประจำเดือนทำให้ทำกิจกรรมลดลง ร้อยละ 17 รายงานว่าต้องขาดเรียนหรือหยุดงาน (Burnett et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเม็กซิโกที่ชี้ให้เห็นว่าอาการปวดประจำเดือนทำให้ร้อยละ 61 ของนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยทำกิจกรรมประจำวันได้ลดลง ร้อยละ 41 ต้องขาดเรียน (Ortiz, 2010) และการศึกษาในประเทศมาเลเซียที่นำเสนอไว้ว่าร้อยละ 21.50 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา รายงานว่าความปวดประจำเดือนทำให้ต้องขาดเรียน ร้อยละ 16.40 คิดว่าความปวดประจำเดือนมีส่วนทำให้ความสามารถทางการเรียนและผลการเรียนของตนเองลดลง (Wong & Khoo, 2010) สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงผลกระทบจากความปวดประจำเดือนของนักเรียนและนักศึกษาหญิง โดยร้อยละ 60-74 รายงานว่าความปวดประจำเดือนทำให้สมาธิต่อการเรียนในห้องเรียน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

*** อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ลดลง และร้อยละ 18.20 รายงานว่าความปวดประจำเดือน ทำให้ตนเองต้องขาดเรียน (Tangchai, Titapant, & Boriboonhirunsarn, 2004; Chongpensuklert, Kaewrudee, Soontrapa, & Sakondhavut, 2008)

จากข้อมูลต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นว่า อาการของความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมินั้นสามารถส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นหญิงทั้งด้านกิจกรรมการเรียนและผลการเรียน รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งการลดการรับรู้ความปวดประจำเดือนนั้นจะทำให้ผลกระทบดังกล่าวลดลงได้ โดยเฉพาะความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งเป็นความปวดในมิติความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปวด (cognitive component)

แนวคิดเกี่ยวกับความปวดประจำเดือน

ความหมายของความปวดประจำเดือน

ความปวดประจำเดือนเป็นความปวดภายในอุ้งเชิงกรานอย่างเป็นวงจรที่สัมพันธ์กับการมีประจำเดือน (Fauci et al., 2009) โดยสามารถเกิดได้ทั้งในระยะก่อนและระหว่างการมีประจำเดือน และไม่ถูกจัดอยู่ทั้งในกลุ่มของความปวดแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Vincent, Warnaby, Stagg, Moore, Kennedy, & Tracey, 2011)

ชนิดของความปวดประจำเดือน

ความปวดประจำเดือนแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ความปวดแบบปฐมภูมิ (primary dysmenorrhea) และความปวดแบบทุติยภูมิ (secondary dysmenorrhea) (Unsal, Ayranci, Tozun, Arslan, & Calik, 2010) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ มีสาเหตุไม่แน่ชัด ลักษณะความปวดจะปวดท้องเหมือนกับมีการหดเกร็ง คล้ายกับเป็นตะคริวในอุ้งเชิงกราน ในระหว่างการมีประจำเดือนโดยที่ไม่มีโรคอื่นทางร่างกาย อาการของความปวดประจำเดือนนี้จะพบได้ตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือน (Roberts, Hodgkiss, DiBenedetto, &

Lee, 2012) ซึ่งอาการนี้สามารถพัฒนาขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มมีพัฒนาการของการตกไข่ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยที่มีประจำเดือนครั้งแรกของชีวิต (menarch) อาการปวดท้องนี้จะหายไปหรือลดลงได้เองภายหลังการตั้งครรภ์ และตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ (Polat et al., 2009)

2. ความปวดประจำเดือนแบบทุติยภูมิ เป็นความปวดที่มีระยะเวลาการเกิดหลังจากวัยที่มีประจำเดือนครั้งแรก มักเกิดหลังอายุ 25 ปี (Proctor & Farquhar, 2006) และสัมพันธ์กับการมีพยาธิสภาพภายในช่องท้อง เช่น เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ มีพังผืดในช่องท้อง การอักเสบภายในอุ้งเชิงกราน มีถุงน้ำหรือเนื้องอกที่รังไข่ มีเนื้องอกในมดลูก หรือการใส่ห่วงอนามัย การประเมินร่างกายเพื่อช่วยวินิจฉัยความปวดประจำเดือนแบบทุติยภูมินั้น ทำได้ทั้งการตรวจร่างกายซึ่งจะพบความผิดปกติภายในอุ้งเชิงกรานตามสาเหตุเดิม และการตรวจพิเศษ ซึ่งการตรวจพิเศษที่สำคัญและช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้ คือ การส่องกล้องเข้าไปตรวจสอบภายในอุ้งเชิงกรานผ่านทางหน้าท้อง (laparoscopy) ความปวดประจำเดือนนี้จะลดลงหรือหายไปได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการแก้ไขสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น

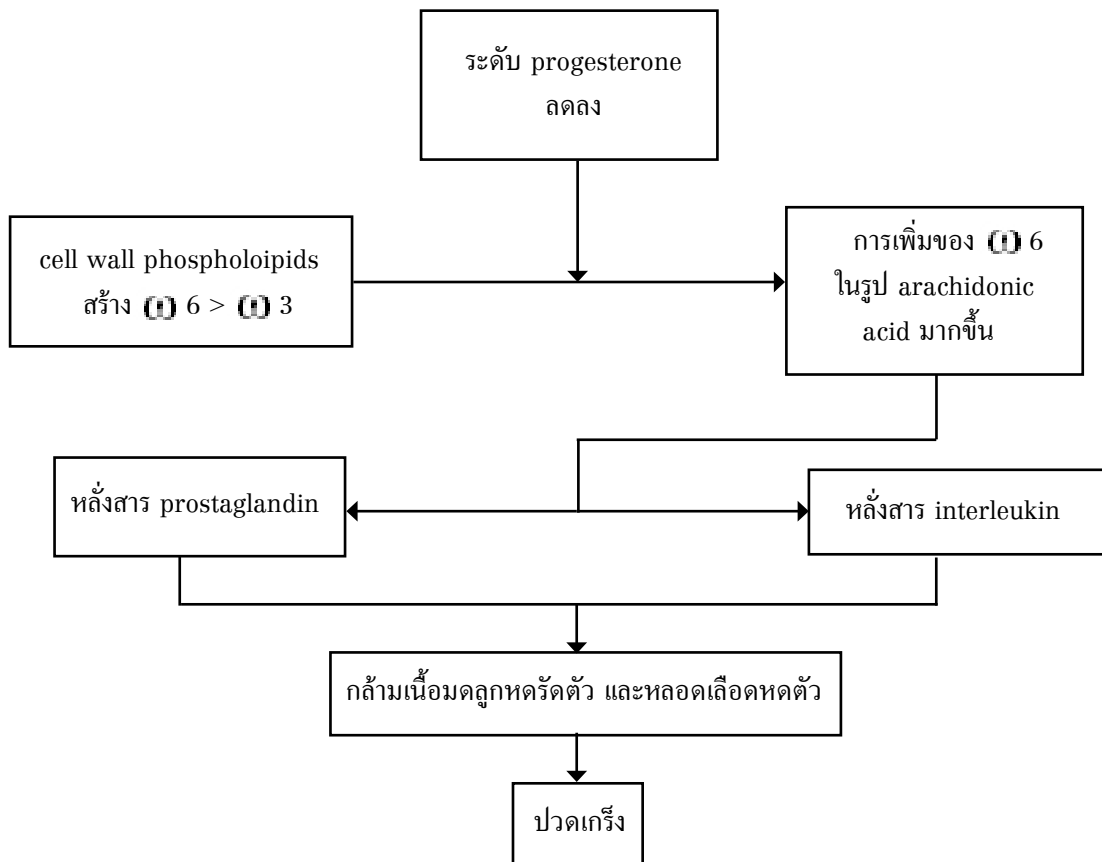
พยาธิสรีรวิทยาและอาการของความปวดประจำเดือน

พยาธิสรีรวิทยาของความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิมีความแตกต่างกันคือ ความปวดประจำเดือนแบบทุติยภูมิจะมีพยาธิสภาพของโรคร่วมด้วย ซึ่งในการนำเสนอบทความวิชาการนี้จะนำเสนอเฉพาะพยาธิสรีรวิทยาของความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิดังนี้

ตามปกติ ใน phospholipids ของเซลล์เมมเบรนของมนุษย์ จะมีกรดไขมันโอเมก้า 3 และ 6 ที่ได้จากการรับประทานอาหารเป็นองค์ประกอบ โดยมีกรดไขมันโอเมก้า 3 น้อยกว่ากรดไขมันโอเมก้า 6 เมื่อร่างกายมีกระบวนการตกไข่เกิดขึ้น กระบวนการสร้างกรดไขมันโอเมก้า 6 ใน phospholipids ของเซลล์เมมเบรนจะ

เพิ่มมากขึ้นอีก ประกอบกับช่วงก่อนที่จะมีประจำเดือนนั้น ร่างกายจะมีระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนลดลง ส่งผลให้ กรดไขมันโอเมก้า 6 โคเคนมากขึ้น ซึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็น กรดไขมันโอเมก้า 6 ในรูปของ arachidonic acid มากขึ้น ซึ่ง arachidonic acid นี้ จะไปกระตุ้นให้มีการสร้าง พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) และ interleukin (IL) ซึ่งเป็นสารเคมีที่แสดงถึงกระบวนการอักเสบขึ้นที่ เยื่อบุมดลูก (endometrium) สารทั้ง 2 ตัวนี้ จะส่งผลให้

กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัวอย่างรุนแรง การหดตัวของมดลูกนั้นจะเกิดเป็นเวลานาน มีแรงดันในมดลูกสูงกว่า 60 mmHg (Davis & Costa, 2011) ซึ่งเทียบเท่ากับ แรงดันในมดลูกในระยะที่ 2 ของการคลอด (Roberts et al., 2012) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ มดลูกเกิดการหดตัวและมีอาการปวดกล้ามเนื้อมดลูก จากการขาดเลือดในที่สุด (Gingrich, 2010) พยาธิสรีรวิทยา ของความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 พยาธิสรีรวิทยาของความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ (ที่มา : Harel, 2006)

จากพยาธิสรีรวิทยาที่กล่าวมานี้ ส่งผลให้เกิดอาการของความปวดประจำเดือนตามมา ซึ่งอาการของความปวดประจำเดือนนั้นเป็นผลมาจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกจนขาดเลือด ดังนั้น อาการที่ปรากฏจึงเป็นอาการปวดท้องแบบปวดบิดหรือปวดตื้อในอุ้งเชิงกราน ราวไปหลังขาหนีบ ต้นขา และอวัยวะสืบพันธุ์สตรีภายนอก นอกจากนี้ยังอาจมีอาการอื่นที่เกิดจากการมีพรอสตาแกลนดินในระบบไหลเวียนเลือด (Roberts et al., 2012) ซึ่งจะไปรบกวนอวัยวะอื่น ทำให้เกิดอาการต่างๆ ได้แก่ ปวดเต้านม ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ วิงเวียน และใจสั่น โดยอาการปวดท้องอาจเป็นอยู่นาน 24-72 ชั่วโมง ก่อนหรือขณะเริ่มมีประจำเดือนก็ได้ (Harold, 2009; Christensen, 2011)

การบำบัดความปวดประจำเดือน

การบำบัดความปวดประจำเดือนจะแตกต่างกันไปตามชนิดของความปวดประจำเดือน การบำบัดความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ มีทั้งการใช้ยาและการบำบัดทางเลือก ดังนี้

1. การบำบัดด้วยยา มีดังนี้

1.1 การใช้ยาแก้ปวดและยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตอรอยด์ เนื่องจากการจัดการความปวดแบบดั้งเดิมนั้น จะอิงตามหลักของปัจจัยด้านสรีรวิทยาของความปวดประจำเดือน ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเพิ่มของพรอสตาแกลนดินดังที่กล่าวไปแล้ว โดยการใช้ยาที่หยุดการสังเคราะห์หรือต้านพรอสตาแกลนดิน ยาที่นิยมใช้เป็นตัวแรกได้แก่ ยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตอรอยด์ ออกฤทธิ์ต้านพรอสตาแกลนดิน เช่น ibuprofen, mefenamic acid ถ้าผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตอรอยด์ เช่น เป็นโรคกระเพาะอาหาร สามารถใช้ยาลดปวดแบบง่ายได้ เช่น พาราเซตามอล ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ด้านการสร้างพรอสตาแกลนดินแบบอ่อน บรรเทาอาการปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ถ้ารับประทานยาตามเวลาที่เหมาะสม โดยแนะนำให้รับประทานยาก่อนมีประจำเดือน 24-48 ชั่วโมง เพราะจะลดอาการปวดได้ดี (Harold, 2009)

1.2 การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยาตัวที่สองที่ได้รับการแนะนำในการรักษา

ความปวดประจำเดือน ยานี้จะทำให้ลดการตกไข่ได้ เมื่อโอกาสเกิดประจำเดือนลดลง ระดับของพรอสตาแกลนดินก็จะลดลง ส่งผลให้ความปวดประจำเดือนลดลงด้วยเช่นกัน ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ได้แก่ depo-provera โดยข้อควรระวังของการใช้ยาในกลุ่มนี้คือ ต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ มีข้อมูลรายงานว่าร้อยละ 10-20 ของผู้หญิงที่ปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาคุมยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตอรอยด์และยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน (Proctor & Farquhar, 2006) ดังนั้น การใช้ยาเหล่านี้จึงไม่สามารถบรรเทาความปวดประจำเดือนได้ทั้งหมดและจำเป็นต้องมีการบำบัดทางเลือก

2. การบำบัดทางเลือก

แม้ว่ายังมีการวิจัยเพื่อรองรับแนวคิดของการบำบัดทางเลือกในความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิไม่มากนัก แต่ผลการวิจัยที่ปรากฏ พบว่าการบำบัดทางเลือกสามารถลดความปวดประจำเดือนได้ในบางราย การบำบัดทางเลือกมีหลายประการได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า 3 วิตามินอี วิตามินบี 1 และแมกนีเซียม การสูดดมน้ำมันหอมระเหยที่ทำจากยี่ห่วยฝรั่ง การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคการผ่อนคลายการประคบด้วยความร้อนต่ำ เฉพาะที่ การฝังเข็ม และการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาทผ่านผิวหนัง (transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS) (Holland-Hall & Hewitt, 2006; Proctor & Farquhar, 2006; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008; Gingrich, 2010; Christensen, 2011)

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือน ความหมายของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเป็นปัจจัยที่สำคัญในมิติของความคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความปวด (Gelinass, 2010) นักวิชาการด้านจิตวิทยาและด้านการแพทย์ได้พัฒนาความหมายของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมาอย่างต่อเนื่อง โดยความหมายที่นิยามไว้ได้น่าสนใจและได้รับความนิยมในการนำไปใช้อธิบายความหมายของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในงานวิจัยต่างๆ เป็นคำนิยามของ Sullivan,

Bishop, and Pivik (1995) ซึ่งให้ความหมายของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดว่า เป็นชุดของความคิดด้านลบอย่างมากที่นำไปสู่การตีความ หรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไปจริง ประกอบด้วยมิตการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) มิตของการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) และมิตของการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับความปวดตามมา

ผลของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดต่อสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความปวด

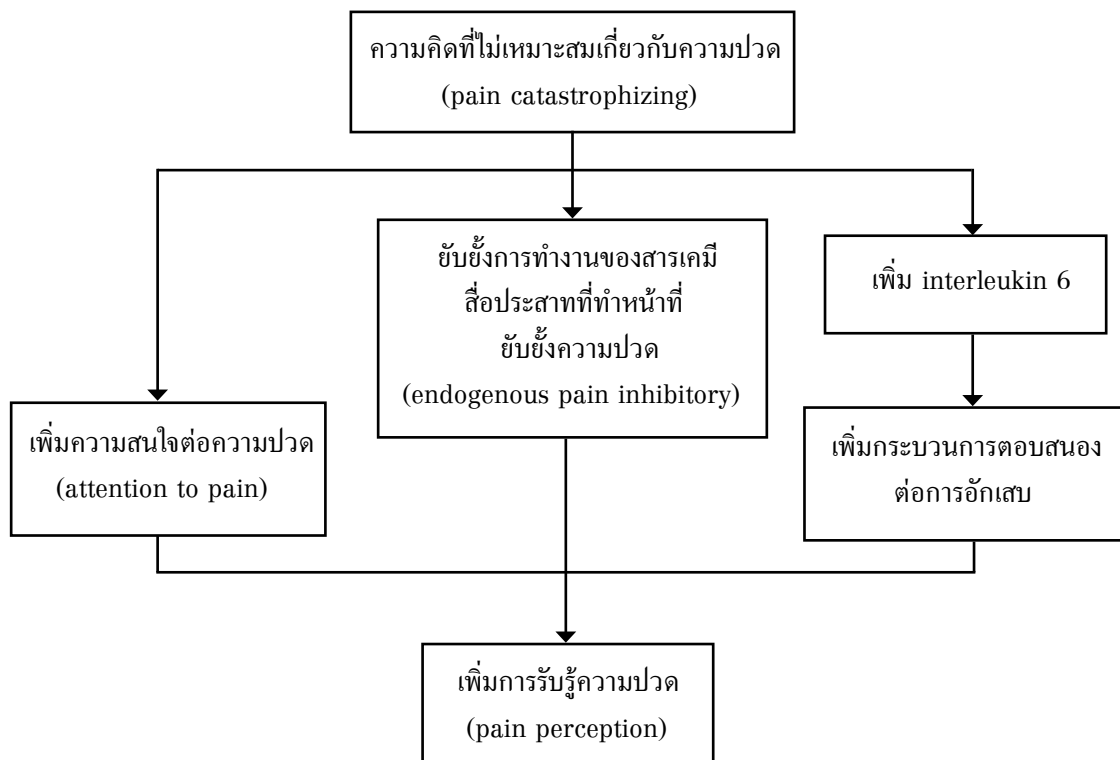
ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความปวดได้ดังนี้

1. ผลต่อความสนใจต่อความปวด (attention to pain) ความสนใจต่อความปวดมีความหมายคล้ายกับความสนใจโดยทั่วไป แต่ต่างกันที่เป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลใส่ใจหรือสนใจไปที่ความปวดอย่างชัดเจน ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดสามารถทำให้จิตใจนั้นจดจ่อหรือสนใจต่อความปวดมากขึ้น (Quartana, Campbell, & Edwards, 2009) จึงส่งผลให้มีการรับรู้ความปวดมากขึ้นตามไปด้วย (Eccleston & Crombex, 1999)

2. ผลต่อการทำงานของสารเคมีสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ยับยั้งความปวด สมอมีความสามารถในการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า endogenous morphine สารนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทที่ไขสันหลังชื่อ opiate receptors ส่งผลให้ประตูดุที่ไขสันหลังปิด

และหยุดการส่งสัญญาณความปวดไปที่สมอง สารเคมีสื่อประสาทนี้ยังทำหน้าที่ยับยั้งความปวดด้วยการจัดการกับตัวกระตุ้นให้เกิดความปวดให้ทำงานลดลงได้ (Campbell et al., 2010) ความคิดที่ไม่เหมาะสมสามารถส่งผลให้การทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของสารเคมีสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ยับยั้งความปวดนั้นลดลง ทำให้ผู้ที่มีความปวดอยู่แล้วรายงานความปวดมากขึ้นได้ ดังนั้น หากมีกิจกรรมบางประการที่สามารถลดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดก็น่าจะลดระดับความปวดได้เช่นกัน

3. ผลต่อการทำงานของ interleukin และ cortisol ซึ่ง interleukin และ cortisol เป็นสารเคมีที่ร่างกายหลั่งออกมาเพื่อการตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบ ความปวดบางประเภทจะมีกระบวนการอักเสบเกิดร่วมด้วย ผลของการหลั่งสารนี้ออกมา จะทำให้ร่างกายมีความปวดมากขึ้น ดังงานวิจัยเกี่ยวกับผลของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่มีต่อการหลั่งสารในความปวดเฉียบพลันได้แก่ interleukin 6 (IL6) และ cortisol กับตัวอย่างที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงมากกับการตอบสนองของ interleukin 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับของ cortisol (Edwards et al., 2008) ผลการศึกษานี้ทำให้เข้าใจผลกระทบของการมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับสรีรวิทยามากขึ้น จากผลของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความปวดทั้งหมด สามารถสรุปให้เห็นผลของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่มีต่อการรับรู้ความปวดได้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 กลไกของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดต่อการเพิ่มการรับรู้ความปวด

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือน

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือน เป็นชุดของความคิดด้านลบอย่างมากที่นำไปสู่การตีความ หรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดประจำเดือนที่มากเกินไปจริง ประกอบด้วยมิตินึกครุ่นคิดแต่เรื่องความปวดประจำเดือนที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้น มิตินึกของการขยายภาพความปวดประจำเดือนของตนเองให้มากขึ้น และมิตินึกคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดประจำเดือนที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้น

การมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการรับรู้ความปวด

ประจำเดือนแบบปฐมภูมิ โดยผ่านกลไกการเกิดความปวดได้คล้ายกับกลไกในภาพที่ 2 กล่าวคือ 1) ผลต่อความสนใจต่อความปวด การมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนจะทำให้จดจ่อหรือสนใจต่อความปวด จึงส่งผลให้มีการรับรู้ความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิมากขึ้นตามไปด้วย 2) ผลต่อการทำงานของสารเคมีสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ยับยั้งความปวด การมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนจะสามารถส่งผลให้การทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของสารเคมีสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ยับยั้งความปวดนั้นลดลง ส่งผลให้ผู้ที่มีความปวดประจำเดือนอยู่แล้วนั้น รับรู้ความปวดประจำเดือนมากขึ้น และ 3) ผลต่อการทำงานของ interleukin ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมินั้นจะทำให้มี

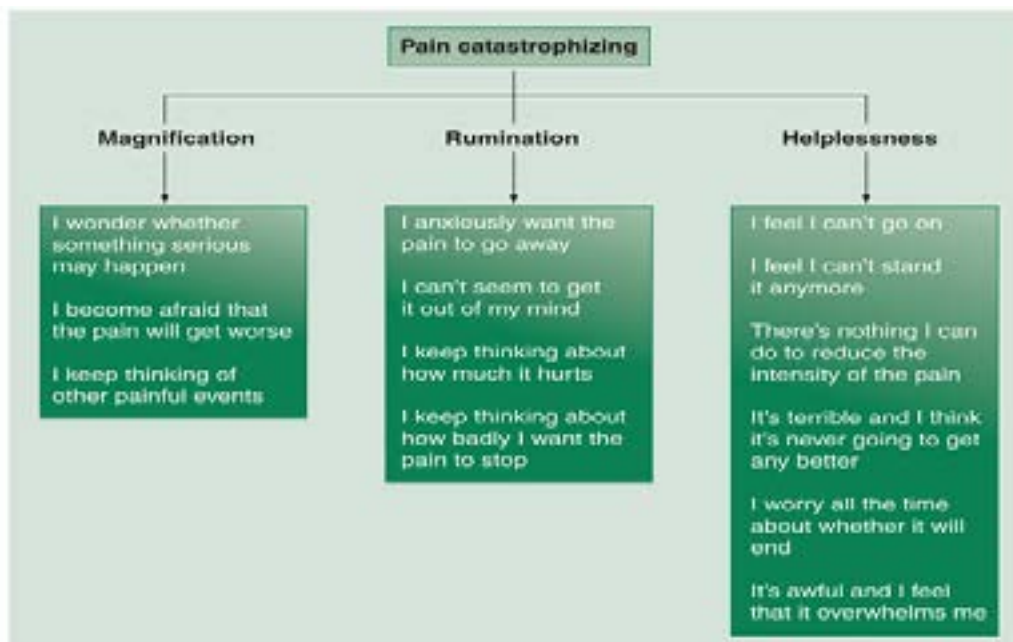
arachidonic acid เกิดมากขึ้นในมดลูก สารนี้จะไปกระตุ้นให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดินและ interleukin ซึ่งเป็นสารเคมีที่สะท้อนกระบวนการอักเสบขึ้นที่เยื่อมดลูก สารทั้ง 2 ตัวนี้ จะส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัวอย่างรุนแรง ในขณะที่ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับ interleukin 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Edwards et al., 2008)

จากผลของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนทั้ง 3 ประการ จึงทำให้ผู้ที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนในระดับสูงนั้นรับรู้ความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิเพิ่มขึ้นและมากกว่าผู้ที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนในระดับต่ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Walsh, LeBlanc, and McGrath (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่มีต่อความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับสูงจะรายงานความปวดประจำเดือนและการหยุดทำกิจกรรมการทำงานต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในระดับต่ำ

การจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือน

ความปวดเป็นประสบการณ์ของบุคคล (experience of pain) ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของปัจจัยทั้งด้านชีวจิตสังคม (biopsychosocial factors) (Asmundson & Wright, 2004) ผู้ที่มีความปวดประจำเดือนโดยเฉพาะความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมินั้น อาจมีปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลต่อระดับความปวดแฝงร่วมอยู่ด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Harold (2009) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิแบบคงที่ในระดับสูงอาจมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย ดังนั้นจึงควรค้นหาและจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนด้วยเช่นกัน

Sullivan et al. (1995) ได้พัฒนาแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการรื้อฟื้นแต่เรื่องความปวด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 มิติของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดตามแนวคิดของ Sullivan
(ที่มา : Quartana et al., 2009)

ปัจจุบัน มีการพัฒนาแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนฉบับภาษาไทย โดยความหมายของข้อคำถามอิงตามแบบวัดของ Sullivan et al. (1995) ประเมินความคิดหรือความรู้สึกเมื่อมีประสบการณ์ความปวดประจำเดือนในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 13 ข้อ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงซ้อน ผลปรากฏว่าโมเดลองค์ประกอบแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนฉบับภาษาไทยนี้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ยศพล เหลืองโสมนภา, เสรี ชัดแจ้ง, และสมรภัฏ สันติเบญจกุล, 2557) จึงสามารถใช้แบบวัดนี้ในการค้นหาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนได้

การจัดการกับความ คิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือน สามารถกระทำได้ด้วยการใช้เทคนิคในกลุ่มของการบำบัดความคิด (cognitive therapy) หรือการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral

therapy) โดยเฉพาะเทคนิคการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญา (cognitive restructuring) ซึ่งเป็นแกนหลักของเทคนิคดังกล่าว (Deacon, Fawzy, & Lickel, 2011; Wolgast, Lundh, & Viborg, 2013) ที่สามารถช่วยค้นหาและแก้ไขความคิดที่ไม่เกิดประโยชน์ และทำการแก้ไขให้เป็นความคิดที่มีเหตุผลและมีประโยชน์ (Hamdan, 2008) จนส่งผลดีต่อร่างกาย การใช้เทคนิคการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญาประกอบด้วย 1) การสอนให้กลุ่มเป้าหมายเชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติหรือความคิดที่เป็นปัญหา กับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ 2) การค้นหาความคิดอัตโนมัติหรือความคิดที่เป็นปัญหาให้ได้ว่าคืออะไร และ 3) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติหรือความคิดที่เป็นปัญหาให้เป็นความคิดที่มีเหตุผลและสามารถทำหน้าที่ได้ (Corcoran, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีรายงานการวิจัยที่ใช้เทคนิคการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญากับการลดความปวด ดังนี้

- Ehde and Jensen (2004) ศึกษาความจำเป็นไม่ได้ของการใช้กิจกรรมการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญาในการลดความปวดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เคยได้รับการตัดแขนหรือขา การบาดเจ็บของไขสันหลัง การพิการของสมอง และเป็นโรคปอดอักเสบอีกเสบ จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองกลุ่มแรก 6 คน กลุ่มทดลองกลุ่มที่สอง 7 คน และกลุ่มควบคุม 5 คน กลุ่มทดลองได้รับการกิจกรรมตามการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญา จำนวน 8 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดจำนวน 8 ครั้ง เช่นเดียวกัน ผลการศึกษาปรากฏว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดลดลงทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดไม่เปลี่ยนแปลงจากก่อนทดลอง

- Riddle, Keefe, Nay, McKee, Attarian, & Jensen (2011) ศึกษาผลของการอบรมทักษะการปรับตัวต่อความปวด (pain coping skills training) ในผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมแซมหัวเข่า (knee arthroplasty) ที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเพิ่มขึ้น โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมแซมหัวเข่าจำนวน 63 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 45 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด 16 คะแนนขึ้นไป กลุ่มทดลองได้รับการอบรมทักษะการปรับตัวต่อความปวดจำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับความปวด กิจกรรมการฝึกการผ่อนคลาย กิจกรรมการฝึกควบคุมระยะเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญา และกิจกรรมสรุปการเรียนรู้ทักษะการปรับตัวต่อความปวดและการประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลในขณะมารับบริการตามปกติ ประเมินผลลัพธ์ 3 ประการ ได้แก่ ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ระดับความปวดค่า และความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อันเนื่องมาจากการผ่าตัดซ่อมแซมหัวเข่า ผลการศึกษาปรากฏว่าหลังการผ่าตัด 2 เดือน

กลุ่มที่ได้รับการอบรมทักษะการปรับตัวต่อความปวดมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ระดับความปวดต่ำลง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

- Thorn et al. (2007) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการลดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะเรื้อรังด้วยรูปแบบการวิจัย randomized clinical trial (RCT) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดศีรษะเรื้อรังจำนวน 34 คน ทุ่มเข้ากลุ่มทดลองกลุ่มแรก 15 คน กลุ่มทดลองกลุ่มที่สอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน กิจกรรมทดลองเป็นกิจกรรมตามการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองกลุ่มแรกมีกิจกรรมทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญา ตามด้วยกิจกรรมตามหลักการปรับตัวในความคิด (cognitive coping) กลุ่มทดลองกลุ่มที่สองมีกิจกรรมทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการปรับตัวในความคิด ตามด้วยกิจกรรมการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญา ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับกิจกรรมในขณะที่ดำเนินการทดลอง แต่ได้รับกิจกรรมทดลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสิ้นสุด (wait-list control group or delay treatment condition) เพื่อลดปัญหาจริยธรรมของการวิจัยเชิงทดลองตามประกาศของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ประเมินผลลัพธ์ 7 ประการ ได้แก่ ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการจัดการกับความปวดศีรษะ ภาวะซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดความปวดศีรษะในรอบสัปดาห์ ระดับความปวดศีรษะในรอบสัปดาห์ และค่าเฉลี่ยความปวดศีรษะในรอบสัปดาห์ ผลการศึกษาปรากฏว่ากลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดลดลง ความวิตกกังวลลดลง และมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการจัดการกับความปวดศีรษะเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ช่วยยืนยันได้ว่าการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญาเป็นเทคนิคสำคัญที่ผู้วิจัยจะเลือกใช้ประกอบหนึ่งของชุดเทคนิค

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดตัวแปรทางด้านความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปวดและความปวดต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ ซึ่งน่าจะนำมาใช้กับการลดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือน และส่งผลดีต่อการลดการรับรู้ความปวดประจำเดือนตามมาได้ แต่พบการวิจัยในประเทศไทยที่ใช้โปรแกรมเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิในวัยรุ่นปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ (ยศพล เหลืองโสมนภา, เสรี ชัดเข้ม, และสมรักษ์ สันติเบญจกุล, 2557) ผลการศึกษาพบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของการใช้ยาแก้ปวดและภาวะซึมเศร้าแล้ว หลังใช้โปรแกรมเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ กลุ่มทดลองมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนและระดับความปวดประจำเดือนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสบการณ์ความปวดของแต่ละบุคคลก่อให้เกิดเป็นชุดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด รวมถึงความปวดประจำเดือน ซึ่งเป็นชุดของความคิดด้านลบอย่างมากที่นำไปสู่การตีความ หรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดประจำเดือนที่เกิดขึ้นจริง ประกอบด้วยมิติการครุ่นคิด แต่เรื่องความปวดประจำเดือนที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้น มิติของการขยายภาพความปวดประจำเดือนของตนเองให้มากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดประจำเดือนที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้น การปล่อยให้มีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนก่อตัวมากขึ้น จะส่งผลให้มีการรับรู้ระดับความปวดประจำเดือนมากขึ้นด้วยเช่นกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากความปวดที่ไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น กระทบต่อการดำเนินชีวิต การรับประทานยาแก้ปวดมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องค้นหาความคิดดังกล่าวในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิต

หากพบว่ามีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนในระดับสูง ควรต้องทำการลดโดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นบนฐานของเทคนิคการจัดโครงสร้างใหม่ทางปัญญา

เอกสารอ้างอิง

- ยศพล เหลืองโสมนภา, เสรี ชัดเข้ม, และสมรักษ์ สันติเบญจกุล. (2557). ผลของโปรแกรมเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและระดับความปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(1), 25-37.
- Asmundson, G. J., & Wright, K. D. (2004). Biopsychosocial approach to pain. In Hodjistavropoulos, T., & Craig, K. D. (Eds.). *Pain psychological perspective*. pp. 35-57. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Burnett, M. A., et al. (2005). Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada*, 27(8), 765-770.
- Campbell, C. M., et al. (2010). Catastrophizing delays the analgesic effect of distraction. *PAIN*, 149, 202-207.
- Chongpensuklert, Y., Kaewrudee, S., Soontrapa, S., & Sakondhavut, C. (2008). Dysmenorrhea in thai secondary school students in Khon Kaen, Thailand. *Thai Journal of Obstetric and Gynaecology*, 16, 47-53.
- Christensen, B. L. (2011). The reproductive cycle. In Christensen, B. L., & Kockrow, E. O. (Eds.). *Adult health nursing* (6th ed.). pp. 546-550. Missouri: Mosby Elsevier.
- Corcoran, J. (2006). Cognitive restructuring. In *Cognitive behavioral methods: A worker for social workers*. Boston: Pearson / Allyn & Bacon.

- Davis, D. N., & Costa, P. C. D. (2011). Primary dysmenorrhoea. *Pain*, 13(1), 36-37.
- Deacon, B. J., Fawzy, T. I., & Lickel, J. J. (2011). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thought: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(3), 218-232.
- Eccleston, C., & Crombex, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Pain*, 125(3), 356-366.
- Edwards, R. R., et al. (2008). Association of catastrophizing with interleukin-6 response to acute pain. *PAIN*, 140, 135-144.
- Ehde, D., & Jensen, M. (2004). Feasibility of a cognitive restructuring intervention for treatment of chronic pain in persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 49(3), 254-258.
- Fauci, A., et al. (2009). Dysmenorrhea. In *Harrison's manual of medicine* (17th ed.). New York: Mc Graw Hill Medical.
- Gelinas, C. (2010). Pain and pain management. In Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (Eds.). *Critical care nursing* (6th ed.). pp. 135-159. Missouri: Mosby Elsevier.
- Gingrich, P. M. (2010). Mensrtual cycle disorders. In Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (Eds.). *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (Vol. 2). pp. 1684-1687. Missouri: Saunders Elsevier.
- Hamdan, A. (2008). Cognitive restructuring: An islamic perspective. *Journal of Muslim Mental Health*, 3, 99-116.
- Harel, Z. (2006). Dysmenorrhea in adolescents and young adults: Etiology and mannagement. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 19, 363-371.
- Harold, C. (2009). Dysmenorrhea. In *Profesional guide to disease*. Philadephia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Holland-Hall, C., & Hewitt, G. (2006). Managing primary dysmenorrhea. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 19, 341-344.
- Ortiz, M. I. (2010). Primary dysmenorrhea among mexican university students: Prevalence, impact and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 152, 73-77.
- Polat, A., et al. (2009). Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Gynecol Obstect*, 279, 527-532.
- Proctor, M., & Farquhar, C. (2006). Diagnosis and management of dysmenorrhea. *British Medical Journal*, 332, 1134-1138.
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745-758.
- Riddle, D. L., Keefe, F. J., Nay, W. T., McKee, D., Attarian, D. E., & Jensen, M. P. (2011). Pain coping skill training for patients with elevated pain catastrophizing who are scheduled for knee arthroplasty: A quasi-experimental study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(6), 859-865.

- Roberts, S. C., Hodgkiss, C., DiBenedetto, A., & Lee, E. C. (2012). Managing dysmenorrhea in young women. *The Nurse Practitioner*, 37(7), 47-52.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). Dysmenorrhea. In *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.
- Tangchai, K., Titapant, V., & Boriboonhirunsarn, D. (2004). Dysmenorrhea in thai adolescents: Prevalence impact and knowledge of treatment. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87, s69-s73.
- Thorn, B. E., et al. (2007). A randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *The Journal of Pain*, 8(12), 938-949.
- Unsal, A., Ayranci, U., Tozun, M., Arslan, G., & Calik, E. (2010). Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala Journal of Medical Science*, 115, 138-145.
- Vincent, K., Warnaby, C., Stagg, C. J., Moore, J., Kennedy, S., & Tracey, I. (2011). Dysmenorrhea is associated with central changes in otherwise healthy women. *PAIN*, 152, 1966-1975.
- Walsh, T. M., LeBlanc, L., & McGrath, P. (2003). Menstrual pain intensity, coping, and disability: The role of pain catastrophizing. *Pain Medicine*, 4(4), 352-361.
- Wolgast, M., Lundh, L.-G., & Viborg, G. (2013). Cognitive restructuring and acceptance: An empirically grounded conceptual analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 340-351.
- Wong, L. P., & Khoo, E. M. (2010). Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent asian girls. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 108, 139-142.

ผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

Caregiver in Parkinson's Disease Patient

ชวนชม พิชพันธ์ไพศาล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) *

Chuanchom Peachpunpisal, M.N.S. (Gerontological Nursing) *

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคที่พบบ่อยในประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก รวมทั้งประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จากอุบัติการณ์การเกิดโรคพบว่าประชากร 1,000 คน จะพบผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 2 คน ซึ่งโรคนี้มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน จะพบผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 1 คน และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะพบผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 1 คน ในจำนวนผู้สูงอายุ 50 คน (Thomas & Sweetnam, 2007) สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบัน พบอุบัติการณ์การป่วยเป็นโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน จะพบผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 1 คน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2555)

บทความนี้นำเสนอสาระเกี่ยวกับสาเหตุของโรคพาร์กินสัน อาการและผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน

สาเหตุของโรคพาร์กินสัน

สาเหตุของโรคพาร์กินสันนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อกันว่าเกิดจากความเสื่อมของสมองส่วนกลาง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุมีการลดลงของสารสื่อประสาทที่ชื่อโดปามีน ซึ่งเป็นสารที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมระบบประสาทส่วนกลางในการทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว เมื่อมีการลดลงของสารสื่อประสาทนี้ จะส่งผลให้ระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่ได้ลดลง สมองสูญเสียการควบคุมการสั่งงาน

ของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และก่อให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ง่าย (Tuite, Thomas, Ruekert, & Fernandez, 2009) และอีกสาเหตุหนึ่งของโรคนี้คือ พันธุกรรม ทำให้พบผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันในขณะที่มีอายุน้อย โดยพบผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปี (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2555)

อาการและผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะแสดงอาการในระยะแรก ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้า ลุกขึ้นยืนลำบาก กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง อาการสั่น โดยอาการสั่นมักเป็นในขณะที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ ผู้ป่วยมีลักษณะการเดินที่ช้าลง ไหล่หunched แกว่งแขนน้อยลงในขณะที่เดิน เดินลากเท้า สะดุดบ่อยในขณะที่เดิน ทำให้หกล้มได้ง่าย (McCabe, Robert, & Firth, 2008) จากลักษณะอาการของผู้ป่วยในระยะต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเพื่อปฏิบัติกิจวัตรได้ลดลง หรือบางรายทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ช้าลง โดยจากการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หกล้มได้ง่าย ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการบาดเจ็บ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ อาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ การรับรู้ และความจำลดลง รวมทั้งมีปัญหาในการสื่อสาร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

(Hardy, 2008; McLaughlin et al., 2011) อีกทั้งโรคพาร์กินสันยังเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับปัญหาการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะยาว เช่น ผู้ป่วยมีอาการมือสั่น กล้ามเนื้อแขนเกร็ง ไม่สามารถดักอาหารรับประทานได้ ผู้ดูแลต้องช่วยป้อนอาหาร (Mott, Kenrick, Dixon, & Bird 2005) นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง เพราะผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้รู้สึกซึมเศร้าตามมา อีกทั้งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวลอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และความรุนแรงของโรค และไม่ทราบเกี่ยวกับวิธีการในการช่วยเหลือหรือฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันอันตรายต่าง ๆ จากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Stoltz, Udén, & Willman, 2004) ดังนั้น พยาบาลควรเข้าใจในปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้

ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ๆ เพราะผู้ดูแลไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือไม่สามารถป้องกันอุบัติเหตุได้ ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายตามมา เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง ซึ่งสาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัย 2 ประการ ดังนี้ (Roland, Jenkins, & Johnson, 2010)

1. การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรค ระยะความรุนแรงของโรค อาการแสดงของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากโรค การขาดความรู้ความเข้าใจเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน เนื่องจาก

การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ เกิดความสับสนในการดูแล จึงจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้ง ๆ ที่ไม่ทราบว่ากิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงก็ไม่ทราบว่าอาการนั้นเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง ทำให้ผู้ดูแลไม่ทราบว่า จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยเฉพาะการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา รักษาโรคพาร์กินสัน เพราะผู้ดูแลไม่ทราบว่าต้องสังเกตอาการผิดปกติอะไรบ้างหลังให้ผู้ป่วยรับประทานยา และไม่ทราบว่าอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น ภาวะท้องผูก ดังนั้น การขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลจึงส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการของโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น และผลจากอาการที่รุนแรงขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เช่น การเกิดอุบัติเหตุหกล้มบ่อยครั้ง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน้อยลง รวมทั้งความรุนแรงของโรคส่งผลกระทบให้การรับรู้และความจำลดลง ผู้ป่วยหลงลืมง่าย (Savory, 2009) ดังนั้น การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งนี้ ผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและปัญหาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (Tokunaga, Washio, Miyabayashi, Fortin, Shin, & Arai, 2009; Tan, Williams, & Morris, 2012)

1.1 ผู้ป่วยมีปัญหาในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนและมือในการดักอาหารเข้าปาก ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถปล่อยผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพังคนเดียวได้

1.2 อาการสั่นของนิ้วมือ ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงอาการในขณะพัก ส่งผลให้เสียสมดุลของการทรงตัว ทำให้ยืนได้ไม่มั่นคง ขณะเดินตัวโน้มไปข้างหน้า เดินไม่มั่นคง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเดินหรือการเคลื่อนไหว ทำให้

เสี่ยงต่อการหกล้มและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.3 อาการกลืนลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการสำลักได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

1.4 ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักมีภาวะท้องผูก เนื่องจากความสามารถในการเคี้ยวอาหารลดลง ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารประเภทกากใยได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดปัญหาท้องผูกได้ง่าย

1.5 ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีโอกาสได้รับอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุหรือเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาสูญเสียการทรงตัวและการเคลื่อนไหวที่ช้ากว่าปกติ การได้รับอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและวิตกกังวลในขณะให้การดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลไม่สามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

1.6 ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีปัญหาในการสื่อสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้อื่นเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความไม่เข้าใจและเกิดความขัดแย้งในการสนทนาได้ ซึ่งปัญหานี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาด้านจิตใจตามมา เช่น ผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวล และต้องใช้ความอดทนในการดูแลผู้ป่วย

1.7 ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันคือ ภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นการระแกว่าผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความทุกข์ใจอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ (Stoltz et al., 2004)

2. การขาดทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงวิธีการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยว่าควรปฏิบัติอย่างไรที่จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษพบว่า

การขาดทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาการเคลื่อนไหว การเดิน และการนั่ง เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ซึ่งผู้ดูแลไม่ทราบแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว นอกจากนี้ อาการสั่นยังส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ รู้สึกอายจากการสูญเสียภาพลักษณ์เมื่อเข้าสังคม อาการของโรคที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคมในที่สุด จะเห็นได้ว่าโรคพาร์กินสันนั้นทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Schrag, Hovris, Morley, Quinn, & Jahanshahi, 2006) การให้การดูแลที่ไม่ถูกต้องย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือ ทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น และส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลอย่างมากในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับหลักการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน

การดูแลช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้านคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและเกิดขึ้นบ่อยครั้งในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการปฏิบัติดังนี้ (Tuite et al., 2009; Lindop, 2012)

1. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการเดิน เน้นเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เริ่มตั้งแต่การเลือกรองเท้า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันควรสวมรองเท้าที่มีพื้นรองเท้าเป็นยาง การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีความปลอดภัย บริเวณทางเดินภายในบ้านไม่ควรมีสิ่งของวางกีดขวางทางเดิน พื้นต้องแห้ง ไม่เปียกน้ำ นอกจากนี้ ทางเดินขึ้น-ลงบันได และห้องน้ำต้องมีราวสำหรับยึดเกาะสำหรับผู้ดูแล เนื่องจาก

ปัญหาการเสียสมดุลของการทรงตัวและท่าทางการเดิน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักเดินโน้มตัวไปข้างหน้า จังหวะช่วงก้าวเท้าจะสั้นและเร็ว ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้ง่าย ดังนั้น ผู้ดูแลต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับท่าทางการเดินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยก้าวเท้ายาวๆ ควรแกว่งแขนในขณะที่ก้าวเดิน เมื่อรู้สึกว่าการก้าวเท้าลาก ให้เดินช้าๆ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเดินได้เอง ควรใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเวลาเดิน เช่น walker ดังนั้น ผู้ดูแลต้องรู้เทคนิคการใช้ walker ในการช่วยเดิน เพื่อให้สามารถแนะนำหรือช่วยสอนผู้ป่วยให้สามารถเดินได้

2. ผู้ดูแลควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้มีความปลอดภัย จัดวางสิ่งของต่างๆ ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ไม่วางเกะกะ และไม่ควรเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนตำแหน่งสิ่งของต่างๆ ภายในบ้าน อีกทั้งควรมีราวสำหรับยึดเกาะในห้องน้ำและบันไดขึ้น-ลง ต้องมีแสงสว่างเพียงพอในบริเวณทางเดิน โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน เพื่อความสะดวกในการเดิน และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่างๆ

3. การส่งเสริมการออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย หรือช่วยออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย โดยการบริหารร่างกายในท่าเบาๆ ที่สามารถฝึกกับผู้ป่วยได้ทุกระยะอาการของโรค ได้แก่ การยืดเหยียด กล้ามเนื้อแขนและขา การนั่งแกว่งแขนและขา การหมุนข้อมือ ข้อเท้า และการเดิน เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อให้ทำงานประสานกัน

4. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาการของโรคพาร์กินสันที่รุนแรงส่งผลให้การเรียนรู้และความจำลดลง ผู้ป่วยจึงมีอาการหลงลืมง่าย ประกอบกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสมองไปในทางที่เสื่อมลง การทำงานของสมองจะช้าลง ดังนั้น ความจำซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของสมองโดยตรงย่อมลดลงเช่นกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมง่าย เช่น การลืมรับประทานยา ลืมว่าเก็บหรือวางสิ่งของไว้ในที่แห่งใด ซึ่งอาการนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถน้อยลง รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง จนทำให้มีภาวะซึมเศร้า

ได้ ดังนั้น ผู้ดูแลต้องคอยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เพื่อป้องกันผลกระทบต่อภาวะจิตใจที่รุนแรงขึ้น (Hardy, 2008)

5. การจัดอาหารที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักมีภาวะกลืนลำบากในระยะสุดท้ายของโรค หรือบางรายไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ผู้ดูแลต้องคอยช่วยดักอาหารป้อนให้ผู้ป่วย ควรดักอาหารที่พอสัก (คำไม่ใหญ่เกินไป) และควรใช้เวลาผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้ละเอียด ไม่เร่งให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ควรให้ผู้ป่วยกลืนอาหารให้หมดก่อนจึงป้อนอาหารคำต่อไป และควรเพิ่มจำนวนมื้ออาหารสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ อาหารสำหรับผู้ป่วยต้องเป็นอาหารที่เคี้ยวง่าย มีกากใย เน้นอาหารประเภทผักและผลไม้ที่ย่อยง่าย เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการเคี้ยวลดลงและลำไส้บีบตัวผิดปกติ โดยลำไส้มีการบีบตัวลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยมักมีปัญหาท้องผูกร่วมด้วย และอีกสาเหตุหนึ่งของอาการท้องผูกคือ เป็นผลข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาโรคพาร์กินสัน

6. การติดต่อสื่อสาร การสื่อสารกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพราะผู้ป่วยมีอาการพูดไม่ชัด อีกทั้งผู้ป่วยบางรายที่เป็นผู้สูงอายุจะมีปัญหาการได้ยินคือ หูตึง ทำให้เป็นอุปสรรคในการสนทนา จนบางครั้งต้องใช้เวลาในการสื่อสาร ซึ่งจากปัญหาดังกล่าวอาจนำมาซึ่งปัญหาด้านจิตสังคม การสื่อสารที่ไม่เข้าใจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วย ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Savory, 2009)

7. ผู้ดูแลต้องได้รับการสอนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินจากทีมสุขภาพ เช่น การใช้ walker ในการช่วยเดินสำหรับผู้ป่วยที่เดินเองไม่ได้ เพื่อให้ผู้ดูแลคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหัดเดินโดยการใช้อุปกรณ์ด้วยตนเอง หรือผู้ดูแลช่วยพยุงเวลาเดิน เพื่อช่วยฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะเมื่อผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้

อุปกรณ์และไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ย่อมส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขแม้จะมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก็ตาม (van der Marck, Kalf, Sturkenboom, Nijkrake, Munneke, & Bloem, 2009)

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ดูแลเป็นสำคัญ ผู้ดูแลจึงควรมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจคือ มีภาวะสุขภาพร่างกายแข็งแรงพอที่จะให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้ และมีความเต็มใจในการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ปัญหาหรือผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลควรวางแผนร่วมกันกับผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (2555). ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สืบค้น วันที่ 24 กันยายน 2555, จาก <http://www.chulapd.org/thai/index.php/component/content/article?layout=edit&id=258>
- Hardy, J. (2008). Multiple system atrophy: Pathophysiology, treatment and nursing care. *Nursing Standard*, 22(22), 50-56.
- Lindop, F. (2012). A multidisciplinary approach to Parkinson's disease. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 8(2), 61-64.
- McCabe, M. P., Roberts, C., & Firth, L. (2008). Work and recreational changes among people with neurological illness and their caregivers. *Disability and Rehabilitation*, 30(8), 600-610.
- McLaughlin, D., et al. (2011). Living and coping with Parkinson's disease: Perceptions of informal carers. *Palliative Medicine*, 25(2), 177-182.
- Mott, S., Kenrick, M., Dixon, M., & Bird, G. (2005). Living with Parkinson's disease: The carer's perspective. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 12(4), 159-164.
- Roland, K. P., Jenkins, M. E., & Johnson, A. M. (2010). An exploration of the burden experienced by spousal caregivers of individuals with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 25(2), 189-193.
- Savory, L. (2009). Mental health in Parkinson's disease: Supporting patients and carers. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5(6), 253-259.
- Schrag, A., Hovris, A., Morley, D., Quinn, N., & Jahanshahi, M. (2006). Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism & Related Disorders*, 12(1), 35-41.
- Stoltz, P., Udén, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111-119.

- Tan, S. B., Williams, A. F., & Morris, M. E. (2012). Experiences of caregivers of people with Parkinson's disease in Singapore: A qualitative analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2235-2246.
- Thomas, S., & Sweetnam, C. (2007). Parkinson's disease caring for the carers. *Primary Health Care*, 12(4), 27-30.
- Tokunaga, S., Washio, M., Miyabayashi, I., Fortin, E., Shin, Y. S., & Arai, Y. (2009). Burden among caregivers of Parkinson's disease patients. *International Medical Journal*, 16(2), 83-86.
- Tuite, P., Thomas, C., Ruekert, L., & Fernandez, H. (2009). *Parkinson's disease: A guide to patient care*. New York: Springer Publishing.
- van der Marck, M. A., Kalf, J. G., Sturkenboom, I. H., Nijkrake, M. J., Munneke, M., & Bloem, B. R. (2009). Multidisciplinary care for patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 15 (suppl. 3), s219-s223.
-

การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค Self-management Support: Strategies for Promoting Disease Control

ชดช้อย วัฒนะ, พย.ด. (พยาบาลศาสตร์) *

Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) *

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ โดยได้มีการนำมาใช้ในหลายวงการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งในการพยาบาล การแพทย์ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้เจ็บป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ พยาบาลรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้าน

สุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้

ความหมายของการจัดการตนเอง (definition of self-management)

การจัดการตนเอง เป็นคำที่ใช้กันโดยทั่วไปในวงการสุขภาพ ซึ่งบางครั้งมีการใช้คำอื่นแทน เช่น ใช้คำว่า การดูแลตนเอง การจัดการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง ทำให้เกิดความสับสนเนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีองค์ประกอบคล้ายคลึงกัน ซึ่งต้องการการทำความเข้าใจให้เกิดความชัดเจนสำหรับความหมายของคำว่า “การจัดการตนเอง” โดยตรง ได้มีผู้นิยามไว้หลายท่านดังนี้

Creer เป็นผู้ริเริ่มสังเคราะห์คำว่า การจัดการตนเอง เมื่อกลาง ค.ศ. 1970 โดยให้ความหมายว่า การจัดการตนเอง เป็นขั้นตอนซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุม การตั้งเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) (Creer, 2000)

Browder and Shapiro (1985) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

Lorig and Holman (1993) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการที่บุคคลเลือกในการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์

Clark et al. (1991 cited in Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ การปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงินและเงื่อนไขทางสังคม

สำหรับในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง Gruman and Von Korff (1996) ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเอง โดยรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมกว่า 400 เรื่อง โดยกล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตามเฝ้าระวังและจัดการกับอาการแสดงของการเจ็บป่วย การจัดการกับผลกระทบจากความเจ็บป่วย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา

นอกจากนี้ การจัดการตนเองยังหมายถึง การเฝ้าระวังและจัดการกับอาการ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วย เพื่อคงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพที่ดี การทำหน้าที่อารมณ์และสัมพันธภาพกับสังคมในผู้เป็นโรคเรื้อรัง (Schreurs, Colland, Kuijer, Ridder, & van Elderen, 2003)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการประกอบด้วยการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวลและประเมินเพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ และการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด มีการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับโดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคลที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากผู้เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์หรือทีมสุขภาพบอก และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อแพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำ แม้จะเป็นเรื่องที่ขัดกับการปฏิบัติของตน เนื่องจากเกรงใจและเห็นว่าแพทย์หรือทีมสุขภาพเป็นผู้มีความรู้ ในขณะที่ตนเองเป็นผู้ที่รู้น้อย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งแม้จะมีข้อสงสัยแต่ไม่กล้าซักถาม ทำให้ไม่สามารถนำคำแนะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ จึงเกิดปัญหาในการควบคุมโรค ดังนั้น การเตรียมผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ รวมทั้งวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และมีการจัดการตนเองที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงเป็นหนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจ

ร่วมกัน รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ พฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค โดยเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการกับโรคที่เป็น เป็นการทำงานร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ (Creer & Holroyd, 1997) การตั้งเป้าหมาย ควรกระทำภายหลัง บุคคลได้รับการเตรียมด้วยความรอบคอบ โดยต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับโรค อย่างเพียงพอ ทั้งนี้ต้องได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะ การจัดการตนเองในการควบคุมโรคและความเจ็บป่วย จึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อ ให้มีภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตได้

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้อง ได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวัง อาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้ สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง โดย Creer (2000) กล่าวว่า การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จ ในการจัดการตนเอง

3. การประมวลและประเมินข้อมูล เป็นการรวบรวม ข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ เกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับ การประมวลข้อมูลและการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การตรวจสอบ อาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลง ในแต่ละวันที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ สามารถที่จะประเมินผล และตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมิน ความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรค และ วิธีการสังเกตตนเอง สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่ามี

การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว (Creer & Holroyd, 1997)

4. การตัดสินใจ เป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการ ตนเอง โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่รวบรวมได้ การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการ ตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและ ประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วย ต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้ เป็นพื้นฐานโดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน (Creer & Holroyd, 1997)

5. การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติการจัดการ ตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็น ผลจากความเจ็บป่วย (Creer & Holroyd, 1997) ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุม โรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลัก โภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่ เหมาะสม การใช้อย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและ เรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัย เสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้นหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

6. การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมินตนเอง ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมาย ที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งการประเมินความต้องการ การฝึกทักษะและความชำนาญ เพื่อให้บุคคลสามารถ คาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วย ให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญ ในการทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Creer & Holroyd, 1997)

การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองสู่การปฏิบัติ

การที่ผู้เป็นโรคเรื้อรังต้องเผชิญอยู่กับโรคเป็นระยะ เวลานาน และมีประสบการณ์ตรงทั้งจากตนเองและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

ตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้น การทำความเข้าใจปัญหาของผู้เป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้ว่า คิดอย่างไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและมีความต้องการอะไร เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้สำเร็จ จึงเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้เป็นโรคเบาหวาน พบว่าส่วนหนึ่ง ไม่มีความหวังว่าโรคที่เป็นอยู่จะหายหรือดีขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกหมดกำลังใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

“ถามหมอว่า....มีโอกาหายาใหม่หมอ หมอก็บอกว่า ไม่หายหรอก เอาละ ก็เลยให้มันขึ้นอยู่อย่างนี้แหละ กินมั่ง อดมั่ง ก็เลยตัดสินใจอย่างนี้แหละ”

“คิดว่าเป็นเบาหวานแล้วไม่หาย อยู่มาป่านี้อแล้ว จะตายก็ตายไปเถอะ ก็เลยกินตามสบาย”

“โรคนั้นมันไม่หาย พี่สาวก็ตาย จะปฏิบัติตัวยังไงก็รักษากันอยู่อย่างเนี้ย พี่สาวหมดเงินเป็นแสนๆ ก็ไม่หายไม่รู้จะอดไปทำไม ก็ตายเหมือนกัน”

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเห็นว่าการดูแลควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ ไม่ใช่หน้าที่ของผู้ป่วย การซักถามเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยจากแพทย์ เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ เพราะแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจให้ตามความรู้ที่ศึกษามา

“หมอเขาว่า เขาเรียนมา เราไม่ได้เรียน อย่งไรก็แล้วแต่เขา ไม่กล้าถาม เดี่ยวจะว่ารู้นึก เป็นหน้าที่ของหมอเขา ถ้าน้ำตาลมันขึ้นก็แล้วแต่เขา”

“ไม่เคยรู้ว่าน้ำตาลเท่าไร ไม่รู้ว่าแค่ไหนจะดี รู้แต่ว่าสูงหรือต่ำไป ไม่ใช่หน้าที่เรา เราไม่ใช่หมอ...หมอก็แก่เอง”

ดังนั้น การทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังเกิดความเข้าใจว่า บุคคลที่มีความสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จคือตัวผู้ป่วยเอง จึงเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงเป็นลำดับแรก เพราะผู้เป็นโรคเรื้อรังต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเองและคนในครอบครัว การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นบทบาทโดยตรงของ

ผู้ป่วยและคนในครอบครัว เพราะการควบคุมโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาด้วยการใช้ยาเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับ การปรับการดำเนินชีวิตและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรค ต้องการความรู้เป็นฐานในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้มีความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ และชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ทำได้ดังนี้

1. หากวิธีในการช่วยให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างชัดเจน ในด้านสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลกระทบของโรค ต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมโรคไม่ได้ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และเรื้อรัง อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการกำเริบหรือเกิดความผิดปกติที่เป็นผลจากการควบคุมโรคไม่ได้ หลักสำคัญในการควบคุมโรค วิธีการจัดการเพื่อควบคุมโรคให้สงบ เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ที่แสดงว่ามีการควบคุมโรคได้ดีหรือใกล้เคียงกับคนปกติ โดยควรทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ทั้งนี้ วิธีการทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนรายบุคคล (individual education session) การสอนเป็นกลุ่มย่อย (small group education session) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion) การให้คำปรึกษา (counseling) ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การเล่าเรื่อง (story telling)

2. ชักจูง โน้มน้าว และสนับสนุนให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเรียนรู้ และเริ่มต้นในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมโรคไม่ได้ การแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์กับผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนวิถีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค

3. ฝึกการจัดการตนเอง ตามแนวคิดหรือทฤษฎีที่เลือกใช้ ในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง การจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ระยะ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) ได้แก่ 1) รับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) ประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) เลือกกลวิธีการแก้ไข การรักษา และ 4) ประเมินผลสำเร็จของการรักษา ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมีหน้าที่สำคัญในการร่วมวางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง สนับสนุนข้อมูล และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวางแผนในการเฝ้าระวัง และการติดตามผล

ตัวอย่างเช่น การฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2554) โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ทำโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินตนเองว่ามีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา หลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคไม่ให้กำเริบและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยฝึกการจัดการตนเองที่สำคัญ เป็นรายบุคคล ดังนี้

1. การเฝ้าระวังอาการแสดงที่ผิดปกติ ได้แก่ การประเมินอาการบวมที่แสดงถึงภาวะน้ำเกินในร่างกาย การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก และอาการแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบบ่อย
2. การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจำกัดอาหารเค็ม ลดอาหารไขมันสูง และเพิ่มอาหารที่มีโปรตีนสูง
3. การจำกัดน้ำดื่ม ฝึกการประเมินปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะในแต่ละวันว่ามีความสมดุลหรือไม่ และฝึกการตัดสินใจในการปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมกับปริมาณปัสสาวะ

4. การส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจโดยทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรค ฝึกการปรับกิจกรรมที่ช่วยลดการใช้พลังงาน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค เช่น การเดินในทางราบ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หนักและฝืน ฝึกการบริหารปอด

5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการกำเริบหรือภาวะโรครุนแรงมากขึ้น รวมถึงการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

6. ฝึกการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการควบคุมโรค ดังนี้

6.1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา หาวีป้องกันกำเริบรับประทานยา

6.2 การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

6.3 การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรค การประเมินความพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่เกิดอันตราย

6.4 การบันทึกภาวะสุขภาพของตนเอง ฝึกการกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และแก้ปัญหาอย่างทันทั่วทั้งที่

6.5 การมาตรวจตามนัด
ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2554) เสนอวิธีการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยเป็นแนวทาง เช่น ไม่มีอาการบวมกดบุ่ม น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่มีอาการหายใจลำบาก ออกกำลังกายด้วยการเดินได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2. การรวบรวมข้อมูล ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งรวมถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวังที่แสดงถึงการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อน ต้องฝึกให้ผู้ป่วยมีการสังเกตอาการดังกล่าวด้วยตัวผู้ป่วยเอง และฝึกการลงบันทึกในคู่มือ เพื่อใช้เป็นข้อมูลใน

การวิเคราะห์และประเมินความผิดปกติ เช่น การสอนให้ใช้แบบวัดอาการบวมที่มีภาพประกอบชัดเจน

3. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล เป็นการฝึกการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์และข้อมูลในวันก่อนหน้า เช่น ผลการประเมินอาการบวมกดบวมที่หน้าแข้ง ว่ามีหรือไม่มี หากมี อยู่ในระดับใด ต่างจากวันก่อนหน้าหรือไม่ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ใน 1 วัน หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย การนอนราบไม่ได้ ต้องนั่งหรือหนุนหมอนสูงขึ้นหลายๆ ใบ แสดงว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

4. การตัดสินใจ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เช่น การให้ผู้ป่วยที่ระบุอาการผิดปกติและแนวทางการแก้ไข การกำหนดสถานการณ์จำลองโดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการแสดง ให้ผู้ป่วยประเมินว่าอยู่ในภาวะใด และให้ฝึกตัดสินใจว่าหากมีอาการดังกล่าวจะตัดสินใจอย่างไร รวมทั้งฝึกว่าอาการเช่นใดที่แสดงถึงภาวะที่รุนแรง ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที

5. การปฏิบัติ เป็นการกระทำตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ และตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น หากผลการวิเคราะห์พบว่าเริ่มมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ ลดปริมาณน้ำดื่มลง หากยังมีอาการกำเริบอยู่ ต้องจำกัดอาหารเค็มอย่างเคร่งครัด พักหรือหยุดกิจกรรม หากอาการไม่ดีขึ้นต้องรีบไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

6. การประเมินตนเอง เป็นการฝึกการกำกับและประเมินตนเองเป็นระยะว่าควบคุมโรคได้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะปรับพฤติกรรมใดที่จะทำให้บรรลุผลสำเร็จ

การนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ พบว่ามีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบในการศึกษา รวมทั้งมีการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง

ร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ เช่น ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้ข้อค้นพบในประเด็นต่างๆ ดังนี้

กลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเอง

กลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สำคัญ มีดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นการจัดในลักษณะกลุ่มย่อย (7-15 คน) หรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการใช้สื่อแบบต่างๆ ในการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ตัวแบบ (role model) ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค มาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้ความรู้สึกอยากควบคุมโรคได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ทั้งนี้ การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค (specific skill training) โดยผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้แบบกลุ่มและเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์/ทีมสุขภาพ และผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วยให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Milenkovi, Gavrilovic, Percan, & Petrovski, 2004)

2. การฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นในการควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถทำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีประเด็นร่วมที่คล้ายคลึงกัน แต่มีประเด็นที่แตกต่างเกี่ยวกับทักษะบางประการที่เน้นเฉพาะโรคนั้นๆ ซึ่งการฝึกทักษะเฉพาะนี้มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จากการได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การอธิบายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหา แรงจูงใจในการควบคุมโรค และปัจจัยที่ทำให้ควบคุมโรคได้สำเร็จ

กลวิธีต่างๆ ที่ใช้ ในกรณีที่ผู้ป่วยบุคคลควรให้ญาติเข้ามา มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.2 การสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมใหม่ โดยให้ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการควบคุม โรคตามสถานการณ์ที่กำหนด ครอบคลุมประเด็นเรื่อง การควบคุมอาหารทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันและใน โอกาสพิเศษ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ งานเทศกาล หรือเมื่อ เจ็บป่วย การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับ การเจ็บป่วย การผ่อนคลายความเครียด การจัดเวลาใน การพักผ่อน การประเมินและเฝ้าระวังอาการ อาการแสดง ของภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขเบื้องต้น รวมทั้งอาการ ที่ต้องไปพบแพทย์ จนเกิดความมั่นใจ

2.3 การฝึกการจัดการตนเองเพื่อ ควบคุมโรค ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.3.1 การกำหนดเป้าหมายใน การควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง (realistic personal goal setting) บุคลากรทางการแพทยควรมีส่วนในการตั้งเป้าหมาย การควบคุมโรคให้เหมาะสมกับอายุและสถานะของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคม ต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2551) จากการศึกษาของ Wattana, Srisuphan, Pothiban, and Upchurch (2007) พบว่าการให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานได้เข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมโรคให้

ถึงเกณฑ์ที่แสดงว่าควบคุมได้ ตามสมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย และฝึกการตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรค ที่เป็นไปได้จริง ด้วยการหาวิธีสื่อสารด้วยภาพหรือสัญลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจได้ง่าย และนำไปสู่การปฏิบัติ ที่ได้ผลกว่าการบอกเพียงตัวเลขที่ยากต่อการจดจำ โดยทำ เป็นสื่อภาพต้นไม้ มีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรค เบาหวานร่วมกับพยาบาลผู้วิจัย ด้วยการกำหนดสีที่แสดงถึง ระดับความสามารถในการควบคุมโรค โดยแบ่งเป็นสีเขียว (FBS 90-130 mg/dl, HbA_{1c} < 7%) หมายถึง ควบคุมโรค ได้ดี สีเหลือง (FBS 131-180 mg/dl, HbA_{1c} 7-8%) หมายถึง ควบคุมโรคได้ระดับพอใช้ ต้องควบคุมให้เข้มงวด มากขึ้น และสีแดง (FBS >180 mg/dl, HbA_{1c} > 8%) หมายถึง ควบคุมโรคไม่ได้ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ แทรกซ้อน ต้องรีบแก้ไข โดยให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานตั้งเป้าหมาย สีของใบไม้ของตนเองในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งต่อไป รวมทั้งกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม เพื่อให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามสีของใบไม้ที่เลือก ดังแสดงในภาพที่ 1 ซึ่งพบว่า การให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานมี ส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคโดยพิจารณา ความสามารถของตนเองประกอบการตัดสินใจ มีส่วนสำคัญ ที่ทำให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุม โรคเบาหวานและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้



ภาพที่ 1 การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรค โดยใช้สื่อภาพต้นไม้

2.3.2 การฝึกการติดตามเฝ้าระวัง และการประเมินตนเองในการควบคุมโรค มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับตนเองและครอบครัวที่บ้าน ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องหากลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการกำกับติดตามตนเอง และประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติด้วยวิธีที่ง่าย เช่น จัดทำเป็นคู่มือหรือเอกสารในการประเมินที่สามารถแปลผลได้ด้วยตนเอง และให้แนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้ทันที เมื่อผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น การแปลผลโดยใช้แถบสีที่ตรงกับการฝึกทักษะ โดยจากการศึกษาพบว่า

การฝึกทักษะเป็นกลุ่มย่อย โดยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีการเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์การเกิดอาการดังกล่าวรวมทั้งให้คู่มือสำหรับกลับไปทบทวนหรือศึกษาซ้ำ เป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (Wattana, Srisuphan, Pothiban, & Upchurch, 2007) การกำกับติดตามและประเมินผลตนเองในการควบคุมโรค แสดงในภาพที่ 2



วัน/เดือน/ปี	ชื่อ	เช้า	กลางวัน	เย็น	ก่อนนอน
		☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา
		☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา
		☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา	☐ ถูกต้อง ☐ ผิด/ขาดยา

ภาพที่ 2 การกำกับติดตามและประเมินผลตนเองในการควบคุมโรค

2.3.3 การฝึกแก้ปัญหา (problem solving) และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมโรค ผู้ป่วยต้องเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรืออาการแทรกซ้อนอะไร และสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้ถูกต้อง ทั้งนี้ บุคลากรทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมกระตุ้น

โดยกำหนดเป็นสถานการณ์ การเล่นเกมสลับคำถาม และสรุปการเรียนรู้ หรือใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยแต่ละรายมาเป็นสถานการณ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกำหนดกลวิธีในการแก้ไข ดังแสดงในภาพที่ 3 โดยบรรจุอยู่ในเอกสารหรือคู่มือที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์ดังกล่าว



ภาพที่ 3 การฝึกแก้ปัญหาและตัดสินใจในสถานการณ์ที่กำหนด

3. การชักจูง โน้มน้าว ให้ลงมือปฏิบัติ และฝึก
วิธีการสังเกตและติดตามผล

4. การให้คู่มือสำหรับนำไปทบทวน และเฝ้า
ระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

6. การติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์

รูปแบบของกิจกรรม

ในการพิจารณาเลือกรูปแบบการจัดกิจกรรม ควรพิจารณาให้เหมาะสมตามลักษณะการเจ็บป่วยและความสะดวกของผู้ป่วย อาจทำเป็นกิจกรรมกลุ่มหรือรายบุคคล โดยออกแบบโปรแกรมให้มีกิจกรรมที่เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดังที่กล่าวมาข้างต้น และกิจกรรมในการฝึกทักษะที่จำเป็น ซึ่งกิจกรรมในแต่ละครั้งไม่ควรมีเนื้อหาแน่นเกินไป เพราะจะไม่เกิดประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง การฝึกทักษะต้องเป็นการฝึกที่ง่ายและมีการทบทวนจนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้จริง ในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรัง ควรมีระบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเป็นระยะ (reinforcement) ตามระยะเวลาของการดำเนินงาน อย่างน้อยทุก 3 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมักตื่นตัวและตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่ในช่วงแรกๆ หลังจากนั้น หากไม่ได้รับการติดตามและกระตุ้นเตือน อาจมีการกลับไปกระทำตามความเคยชินหากไม่มีแรงจูงใจเพียงพอ จึงควรมีรูปแบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเพื่อให้ง่ายใจ และช่วยแก้ปัญหา หรือให้คำปรึกษาหากผู้ป่วยปฏิบัติแล้วเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ซึ่งอาจทำในรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยเฉพาะในการศึกษาระยะยาว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่

ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม

สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม การสนับสนุนการจัดการตนเอง ขึ้นอยู่กับ เนื้อหาและจำนวนสมาชิกกลุ่ม ซึ่งระยะเวลาในการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มย่อยใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ต่อครั้ง สำหรับรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ต่อครั้ง การอภิปราย

กลุ่มย่อยใช้เวลาประมาณ 1½ -2 ชั่วโมง ต่อครั้ง รวมเวลา 3-8 ชั่วโมง การให้คำปรึกษารายบุคคลใช้เวลา 30 นาที และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ใช้เวลา 15-30 นาที กิจกรรมส่วนใหญ่จะจัดติดต่อกันสัปดาห์ละครั้ง ตั้งแต่ 2 วัน ถึง 5 วัน เฉลี่ยวันละ 1-2 ชั่วโมง

ผลลัพธ์ต่อสุขภาพ

ผลการวิจัยจากหลายการศึกษาในคนไทย พบว่า รูปแบบของกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเอง รวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่มีความเฉพาะในแต่ละโรค การให้คู่มือ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทั้งวิธีการจัดในลักษณะเป็นรายบุคคลและกลุ่มย่อย ได้ผลดี ในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรม การควบคุมโรคดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ มากขึ้น มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น อาการหายใจลำบาก ลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ความเหนื่อยล้าลดลง ภาวะ อ้วนลดลง หายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ชดช้อย วัฒนะ, สุธน พรธิสาร, อนุวรรณ รักวงศ์ประยูร และปริญญา แร่ทอง, 2552; ศันสนีย์ กองสกุล, 2552; จันทร์เพ็ญ หวานคำ, 2555, ปราณี สายรัตน์, 2555; ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ, และพีระพงษ์ กิตติกาวิจ, 2555; อรรวรรณ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช, 2556)

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ และเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุน การจัดการตนเองทำได้โดยการให้ความรู้เป็นฐาน รวมถึง กระบวนการในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเพิ่ม ความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสนับสนุน ให้มีการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติ ให้เกิดประโยชน์ การสนับสนุนการจัดการตนเองควรมี

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการแก้ปัญหา อุปสรรคที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ซึ่งพยาบาลหรือนุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง หรือนุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถนำกลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยพิจารณาถึงเกณฑ์การควบคุมโรคในแต่ละรายและนำมากำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความรุนแรงได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยให้ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ หวานคำ. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเฉลี่ยแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชดช้อย วัฒนะ, สุรณ พริธิตาร, ณฐวรรณ รัทวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง. (2552). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2* (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปราณี สายรัตน์. (2555). *ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลดาวลย์ ฤทธิ์กล้า. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลดาวลย์ ฤทธิ์กล้า, ชดช้อย วัฒนะ, และพีระพงษ์ กิตติกาวิ. (2555). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. *พยาบาลสาร*, 39(1), 64-76.
- คันสนีย์ กองสกุล. (2552). *ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551*. สืบค้น วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2554, จาก http://www.diabassothai.org/v1/file_attach/31Oct200817-AttachFile1225433537.pdf
- อรรวรรณ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ชีระวานิช. (2556). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม*. *พยาบาลสาร*, 40(1), 34-48.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (1985). Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. *Journal for the Association for Persons with Severe Handicaps*, 10(4), 200-208.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Prinrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. pp. 601-629. San Diego, CA: Academic Press.
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Self-management. In Baum, A., McManus, C., Newman, S., Weinman, J., & West, R. (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health, and behavior*. pp. 255-258. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gruman, J., & Von Korff, M. (1996). *Employee self-management of health: Techniques that improve outcomes and cut costs*. Retrieved August 15, 2002, from <http://www.cfah.org/publications/self-management.cfm>
- Lorig, K., & Holman, H. (1993). Arthritis self-management studies: A twelve-year review. *Health Education Quarterly*, 20(1), 17-28.
- Milenkovi, T., Gavrilovic, S., Percan, V., & Petrovski, G. (2004). Influence of diabetic education on patient well-being and metabolic control. *Diabetologia Croatica*, 33(3), 91-96.
- Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart and Lung*, 29(1), 4-15.
- Schreurs, K. M. G., Colland, V. T., Kuijer, R. G., de Ridder, D. T. D., & van Elderen, T. R. (2003). Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviors. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 133-141.
- Wagner, E. H, et al. (2001). Quality improvement in chronic illness care: A collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(2), 63-80.
- Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, & Upchurch, S. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing and Health Science*, 9(2), 135-141.

พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม Nurses and Holistic Nursing Care in AIDS Patient

กณิสร์ แก้วแดง, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) *
Kanisorn Kaewdang, M.N.S. (Nursing Education) *
สุมาลี ราชนิยม, พย.บ. **
Sumalee Rachaniyom, B.N.S. **

ผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ อันเนื่องมาจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนปกติ และเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ โดยคงความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

บทความนี้นำเสนอสาระเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ผลกระทบจากโรคเอดส์ และการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่กำลังแพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 สำนักกระบวนวิทยารายงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 รวมทั้งสิ้น 388,621 ราย และมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย พบมากในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.83 รองลงมาคือ อายุ 25-29 ปี ร้อยละ 24.97 (สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ทั้งนี้ผู้ที่ติดเชื้อในระยะแรกจะเรียกว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หากภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรคปอด ปอดอักเสบ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ติดเชื้อราในทางเดินอาหาร หรือเป็นมะเร็ง จะเรียกว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์

ปัจจุบัน การใช้วิธีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง (highly active antiretroviral therapy: HAART) สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดโรคอันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวีลงได้เป็นอย่างมาก (ภัทรินี ไตรสถิต และคณะ, 2555) ซึ่งประเทศไทยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมานานกว่า 25 ปี โดยมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากยาต้านไวรัสเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีชีวิตที่ยืนยาวและการยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อ (Raiten, Mulligan, Papathakis, & Wanke, 2011)

ผลกระทบจากโรคเอดส์

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวิธีการใดที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเอดส์จำนวนไม่น้อยยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย มีผลกระทบดังนี้

1.1 มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

มักมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น มีความเจ็บปวดในช่องปากและกลืนลำบากจากการติดเชื้อรา และสาเหตุด้านจิตใจ เช่น รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย การมีภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีอาการอ่อนเพลีย มีรูปร่างที่ผอมแห้ง จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีค่าดัชนีมวลกายต่ำ และพบว่าพลังงานที่ได้รับจากอาหารมีความสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Hillesheim, Lima, Silva, & Trindade, 2014)

1.2 แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เช่น มีภาวะอุจจาระร่วงเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบทางเดินอาหาร บางรายอาจมีอุจจาระเป็นมูกเลือด หรืออุจจาระเป็นน้ำ จากการศึกษาพบว่าภาวะอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายในผู้ป่วยเอดส์ (Wanyiri et al., 2013) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์อาจมีภาวะท้องผูก ซึ่งเกิดจากการอุดตันของลำไส้จากมะเร็ง แคปซิซาร์โคมา ร่วมกับการได้รับน้ำในปริมาณน้อย

1.3 ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้น ผู้ป่วยเอดส์จะยิ่งดูแลตนเองได้น้อยลง ซึ่งความแปรปรวนด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ (Sandoval, Roddey, Giordano, Mitchell, & Kelley, 2014) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งสาเหตุสำคัญคือ การไม่ยอมรับในการเจ็บป่วย ทำให้ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาสมีการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองโดยภาพรวมเพียงแค่ระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง โดยพบว่าการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (สุพิตร คงปลอด, พูลสุข เชนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และอรสา พันธุ์กักดี, 2558) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยเอดส์มีความต้องการการดูแลตนเองในระดับมาก จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงนั้น อาจเนื่องมาจากมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจากภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง

เช่น ไม่ทราบว่าต้องหลีกเลี่ยงอาหารประเภทใดบ้าง

1.4 แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยเอดส์มักมีอาการนอนไม่หลับ หรือพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ปัญหาการนอนเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ (Sandoval et al., 2014) ซึ่งมีสาเหตุที่แตกต่างกันไป สาเหตุทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะเครียด ส่วนสาเหตุทางกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการปวด ภาวะอุจจาระร่วงเรื้อรัง

1.5 มีความเจ็บปวด เช่น ปวดท้องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะจากการติดเชื้อในสมอง โดยความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาของ Sandoval et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาของระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย มีความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงระดับมาก ทั้งนี้ความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อหลายประการ การศึกษาหลายเรื่องของประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกา รายงานว่าความเจ็บปวดมีผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ (Wahab & Salami, 2011)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าด้านอื่นๆ (ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี, และปัญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2555) โดยผู้ป่วยเอดส์จะมีความเครียดตั้งแต่เริ่มตรวจพบเชื้อเอชไอวีไปจนตลอดชีวิต มีความวิตกกังวล ในรายที่วิตกกังวลมากมักกลัวว่าจะแพร่เชื้อสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่มียานทำ จึงมักมีอาการท้อแท้ ซึมเศร้า หดห้วงในชีวิต ย้ำคิดย้ำทำ และอาจมีอาการของโรคกายเหตุจิต (psychosomatic disease) ทั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลจะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของอาการ ผลการวินิจฉัยโรค การรักษา และผลการรักษา จากการศึกษาของ Gonzalez, Zvolensky, Solomon, and Miller (2010) พบว่าความรู้สึกไวต่อความวิตกกังวลด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคกายเหตุจิต และความรู้สึกไวต่อความวิตกกังวลด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับอาการของความวิตกกังวล

นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์ยังมีความเครียดอันเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การถูกแสดงความรู้สึกทั้งทางสีหน้าและท่าทาง การถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

ของตนเอง รวมทั้งการไม่ได้รับโอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง น้อยใจในสิ่งที่ต้องเผชิญ ไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิต และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

ส่วนเรื่องภาพลักษณ์นั้น ผู้ป่วยเอดส์จะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีรูปร่างที่ผอมแห้ง มีตุ่มพุพองตามผิวหนัง หลายรายมีอัตราโทษในทางลบคือ รู้สึกว่าตนเองผิด อับอาย และมีตราประทับ เนื่องจากรับรู้ว่าจะคงมีประณามว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมสำส่อน รักร่วมเพศ หรือติดสารเสพติด ทำให้แยกตัวจากสังคม โดยการรับรู้ตราประทับจากการเป็นโรคเอดส์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Boyes & Cluver, 2013) จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ตราประทับด้านความกังวลที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองสูงกว่าด้านอื่น ๆ (มัตติกา ใจจันทร์, วันทนามณีศรีวงศ์กุล, และพุดสุข เชนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, 2558) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์โดยทั่วไปมักรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและขาดความภาคภูมิใจ เนื่องจากมีความสามารถทางกายลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น

3. ด้านสังคม นอกจากโรคเอดส์จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อครอบครัว หลายครอบครัวที่ผู้นำครอบครัวเป็นผู้ป่วยเอดส์ มีการปรับเปลี่ยนบทบาทโดยให้สมาชิกเป็นผู้นำครอบครัวแทน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอดส์หญิงประสบปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว โดยเฉพาะการถูกสามีทอดทิ้ง (Burgess & Campbell, 2014) นอกจากนี้ โรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของ สุไฮดาร์ แวเตะ, กิตติกร นิลมานัต, และประณีต ส่งวัฒนา (2552) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์มีสภาวะเครียดที่สุดท้ายได้รับผลกระทบจากการดูแลในด้านลบ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) พักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม 2) ทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ท้อแท้ น้อยใจ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย 3) สูญเสียรายได้ มีหนี้สิน 4) แยกตัวจากสังคม และ 5) ไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามปกติ ส่วนผลกระทบต่อชุมชนนั้น พบว่าคนในชุมชนมีความรู้สึก

กลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ดังการศึกษาที่พบว่าผู้นำชุมชนมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้สึกกลัวรังเกียจ อึดอัดที่ต้องพบปะพูดคุย ทำงาน รับประทานอาหาร และอาศัยอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งยังมีพฤติกรรมที่แสดงออกว่ารังเกียจ ไม่ยอมรับ หลีกเลียง และปฏิเสธที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (เปรมิตาร์ ทองส่งโสม, 2552) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์มักมีเพศสัมพันธ์ลดลงเนื่องจากภาวะอ่อนเพลีย ภาวะเครียดจากโรค และปัญหาทางเศรษฐกิจ ในกลุ่มสมรสที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ อาจตัดสินใจทำแท้ง

4. ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยเอดส์มักมีความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง ทำให้เปลี่ยนความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยว หรือสิ่งที่คิดว่ามีคุณค่าต่อตนเอง ดังการศึกษาของ Kremer and Ironson (2009) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีสาเหตุมาจากความทันทานในการใช้ยาเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเอดส์บางรายคิดว่าการป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นเพราะเวรกรรมหรือการใช้อำนาจทางไสยศาสตร์ บางรายที่ไม่เคยนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ก็อาจเปลี่ยนมานับถือ เพื่อแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ บางรายเลื่อมความนับถือในสิ่งที่เคยยึดเหนี่ยว เนื่องจากคิดว่าสิ่งนั้นไม่ได้ช่วยเหลือตนให้พ้นจากโรค

การดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม

Koffas (2011) กล่าวว่า การให้บริการทางสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานของโครงสร้างทางสังคมและคุณภาพชีวิตของชนในสังคม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในบทความนี้ ผู้เขียนอิงการดูแลตามมิติของการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing care) โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย นับเป็นการดูแลพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านร่างกายที่จำเป็น เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาต้านไวรัส การออกกำลังกาย มีส่วนสำคัญ

อย่างยิ่งในการทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพแข็งแรง ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ (สุพัตรา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และอรสา พันธักดี, 2558) ดังนั้น พยาบาลพึงให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1.1 การให้อาหารและน้ำ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มักมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ดังนั้น พยาบาลจึงควรจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง โดยทำความสะอาดภายในช่องปากก่อนเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร หากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง พยาบาลควรป้อนอาหารให้ โดยพยาบาลควรเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้มปลา แกงจืด ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ และอาหารหมักดอง ทั้งนี้พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานที่เพียงพอ ซึ่ง Hillesheim, Lima, Silva, and Trindade (2014) พบว่าพลังงานที่ได้รับจากอาหารมีความสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดของผู้ป่วยเอดส์

1.2 การให้ยา พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาที่ถูกต้องและตามเวลา หากเป็นยารับประทาน พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ในการวิจัย พบว่ามีผู้ป่วยบางรายไม่รับประทานยาที่พยาบาลนำมาให้ โดยนำยาที่ได้รับไปซ่อนไว้ได้หมด เนื่องจากเม็ดยามีขนาดใหญ่ ไม่สามารถกลืนได้ สำหรับยาด้านไวรัสนั้น พยาบาลควรดำเนินการต่างๆ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาด้านไวรัส เช่น เปิดช่องทางการติดต่อเพื่อนัดตรวจและรับยาด้านไวรัสในรายที่ไม่สามารถมาตามวันนัดได้ จากการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส (มัตติกา ใจจันทร์, วันทนามณีศรีวงศ์กุล, และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, 2558)

1.3 การบรรเทาความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมาน แม้ว่าการจัดการความเจ็บปวดจะไม่ได้ถูกกำหนดอยู่ในแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามปกติ (Alexander et al., 2015) อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยเอดส์ที่เผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานอื่นๆ ได้รับการบรรเทาในสิ่งที่กำลังเผชิญ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สมาธิบำบัด การดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

1.4 การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จะต้องการให้พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ช่วยเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปเมื่อขับถ่ายอุจจาระและ/หรือปัสสาวะ ต้องการให้ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อสกปรกหรือเปียกชื้น (ณิศร แก้วแดง และสุปราณี ฉายวิจิตร, 2553) นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีการระบายอากาศที่ดี โดยเน้นเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1.5 การออกกำลังกาย พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยเอดส์มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายดี รู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้ภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น โดยการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความแข็งแรงของหัวใจและระบบการหายใจ ช่วยให้ค่าดัชนีชี้วัดทางเมตาบอลิกของร่างกายดีขึ้น และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ (Jaggers & Hand, 2014) ทั้งนี้ พยาบาลควรเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเป็นการออกกำลังกายที่ไม่หนักจนเกินไป ในรายที่มีอาการทั่วไปปกติ อาจออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเล่นสูลาซูป เป็นต้น

1.6 การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันอุบัติเหตุ และการฟื้นฟูสภาพ จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเอดส์ต้องการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว รวมทั้งการป้องกันโรคแทรกซ้อนโดยต้องการให้พยาบาลแนะนำ

เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ เช่น การช่วยเหลือตนเอง ชนิดของอาหารที่ควรรับประทานหรือควรงด การดูแลร่างกายให้แข็งแรง (คณิตสร แก้วแดง และสุปราณี นายจิตร, 2553)

1.7 การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งการได้ทำกิจกรรมด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระของผู้อื่น ดังการศึกษาที่พบว่าการทำที่ผู้ป่วยเอดส์สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังทำสิ่งต่างๆ ได้ แม้จะไม่ได้เท่าคนอื่น ๆ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองยังมีคุณค่า (คณิตสร แก้วแดง และสุปราณี ราชนิคม, 2558)

2. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การบูรณาการ การดูแลด้านจิตใจเข้ากับการดูแลด้านร่างกาย สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการการดูแลด้านจิตใจได้ (Wissow et al., 2015) ซึ่งในการดูแลด้านจิตใจนั้น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น ควรบอกหรือขออนุญาตก่อนการปฏิบัติการพยาบาล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ให้สิทธิที่จะปฏิเสธหรือรับการดูแล ช่วยปกปิดในส่วนที่ไม่ควรเปิดเผย รักษาความลับ มีการสัมผัสผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ได้ฟังตนเอง ซึ่งสิ่งสำคัญในการดูแลด้านจิตใจคือ พยาบาลต้องให้เวลากับผู้ป่วยมากพอ ต้องสร้างความไว้วางใจและความเชื่อถือให้เกิดขึ้น

สำหรับการดูแลด้านอารมณ์ พยาบาลควรมีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ยอมรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ประคับประคองเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะท้อแท้/สิ้นหวัง/ซึมเศร้า/สูญเสียคุณค่าในตัวเอง คอยปลอบโยน/ให้กำลังใจ สนับสนุนให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่แท้จริงออกมา สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และช่วยลดความวิตกกังวลจากการศึกษาของ Gonzalez, Solomon, Zvolensky, & Miller (2009) พบว่าความสามารถในการจัดการกับปัญหาได้อย่างอิสระในระดับสูง และความตระหนักรู้และ

ความตั้งใจอย่างมีสติในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับของความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

3. การดูแลด้านสังคม พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักถึงคุณค่าของผู้ป่วย เช่น ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาของพนมพร ห่วงมาก, อำไพรัตน์ อักษรพรหม, และทัศนีย์ ชชาติไทย (2555) ชี้ให้เห็นว่าถ้าครอบครัวและชุมชนแสดงความรังเกียจและพุดจาเหยียดหยามผู้ป่วยเอดส์ จะยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล พยาบาลควรประสานกับหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ อีกทั้งพยาบาลควรส่งเสริมเรื่องการประกอบอาชีพที่เหมาะสม โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้น จากการศึกษาของสุไรดาญ์ แวเตะ, กิตติกร นิลมานัต, และประณีต ส่งวัฒนา (2552) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้ายได้รับผลกระทบจากการดูแลในด้านบวก 2 ลักษณะ คือ ภูมิใจที่ได้ดูแล และได้รับประสบการณ์ที่ดี สำหรับชุมชนที่มีผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ พยาบาลควรสนับสนุนให้ชุมชนมีการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยการนำทุนทางสังคมที่อยู่ในชุมชนนั้นมาใช้ และการดูแลควรเน้นบทบาททั้งของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และกลุ่มแกนนำด้านเอดส์ในชุมชน ด้วยการดูแลแบบบูรณาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (อรทัย ศรีทองธรรม, 2551) ดังตัวอย่างการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งมีการจัดให้บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านเอดส์อย่างต่อเนื่อง มีการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนและมีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี (ศรีณรัตน์ ระหา และวงศา เลหาศิริวงศ์, 2554)

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ซึ่งความเชื่อทางจิตวิญญาณนั้นนับว่าเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิต จากการศึกษาของ Hodge and Roby (2010) พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเอดส์หญิงรายงานว่าความเชื่อทางจิตวิญญาณมีบทบาทต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของตนเอง และร้อยละ 43 ของจำนวนนี้ระบุว่าความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงระบุว่าความเชื่อทางจิตวิญญาณเปรียบเสมือนกระบวนการหรือการเดินทางที่เชื่อมต่อกับพระเจ้าหรือพลังที่สูงกว่าจิตวิญญาณและการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เข้าใกล้พระเจ้ามากขึ้น (Dalmida, Holstad, Dilorio, & Laderman, 2012) ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้นพยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนาให้ความรักแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความหวังตามความเป็นจริง ช่วยให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความตายที่จะต้องเผชิญ และดูแลผู้ป่วยให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี จากการศึกษาของ Kremer and Ironson (2009) พบว่าคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นผลมาจากความรู้สึกดำเนินในบุญคุณ ความซาบซึ้งใจ ความเบิกบานใจ และความรู้สึกสงบที่เพิ่มขึ้น และความรู้สึกกลัวต่อความตายที่ลดลง

จากข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้น จะเห็นได้ว่าหากพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม โดยดูแลให้มีร่างกายที่แข็งแรง มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีอารมณ์อันมั่นคง ส่งเสริมให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและชุมชน และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ย่อมทำให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

- กณิศร แก้วแดง, และสุปราณี ฉายาวิจิตร. (2553). ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเอดส์: มุมมองของญาติผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 21(1), 42-53.
- กณิศร แก้วแดง, และสุมาลี ราชนิคม. (2558). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2558 เรื่อง ความหลากหลายทางสุขภาพ*. วันที่ 25-26 มิถุนายน 2558 ณ โรงแรมวังจันทร์ จังหวัดพิษณุโลก.
- ประทีป ดวงงาม, วัลลภา กษภักดี, และบุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2555). ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 15 (ฉบับพิเศษ 3), 217-226.
- เปรมิตาร์ ทองส่งโสม. (2552). *ทัศนคติของผู้นำชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ บ้านแพะเจริญ ตำบลนาทราย อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน*. สืบค้น วันที่ 22 พฤศจิกายน 2554, จาก http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2549/mph0949pt_abs.pdf
- พนมพร ห่วงมาก, อำไพรัตน์ อักษรพรหม, และทัศนีย์ ชาติไทย. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชน กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 23(2), 27-39.
- ภัทรี ไตรสถิต, และคณะ. (2555). *โครงการวิจัยที่เอชพีที-3: การวิจัยแบบผสมตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบปริมาณซีดีสี่และปริมาณไวรัสในเลือดในการติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส/กลวิธีในการปรับเปลี่ยนการรักษาในประเทศไทย*. สืบค้น วันที่ 29 พฤศจิกายน 2555, จาก <http://www.kbo.moph.go.th/~cd-aids/TrackA.pdf>

- มัตติกา ใจจันทร์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์. (2558). ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และการรับรู้ตราใบ กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(2), 78-92.
- ศรัณรัตน์ ระหา, และวงศา เล่าหิวิวงศ์. (2554). การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่าง ครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชน ตำบลนาทอง อำเภอยะยี่น จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัย มข. (บศ.)*, 11(1), 71-82.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557*. สืบค้น วันที่ 13 มกราคม 2558, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf
- สุพัตรา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และอรสา พันธุ์กักดี. (2558). การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. *รวมวิชาชีพพยาบาลสาร*, 21(1), 38-51.
- สุไธดาร์ แวตะ, กิตติกร นิลมานันต์, และประณีต ส่องวัฒนา. (2552). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(4), 95-109.
- อรรถัย ศรีทองธรรม. (2551). *กระบวนการทุนทางสังคม: นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน*. สืบค้น วันที่ 3 พฤศจิกายน 2558, จาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/2919-5770-1-PB.pdf
- Alexander, C. S., et al. (2015). Pain management for persons living with HIV disease: Experience with interprofessional education in Nigeria. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 32(5), 555-562.
- Boyes, M. E., & Cluver, L. D. (2013). Relationships among HIV/AIDS orphanhood, stigma, and symptoms of anxiety and depression in South African Youth: A longitudinal investigation using a path analysis framework. *Clinical Psychological Science*, 1(3), 323-330.
- Burgess, R., & Campbell, C. (2014). Contextualising women's mental distress and coping strategies in the time of AIDS: A rural South African case study. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 875-903.
- Dalmeida, S. G., Holstad, M. M., Dilorio, C., & Laderman, G. (2012). The meaning and use of spirituality among African American women living with HIV/AIDS. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 736-765.
- Gonzalez, A., Solomon, S. E., Zvolensky, M. J., Miller, C. T. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 403-413.
- Gonzalez, A., Zvolensky, M. J., Solomon, S. E., Miller, C. T. (2010). Exploration of the relevance of anxiety sensitivity among adults living with HIV/AIDS for understanding anxiety vulnerability. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 138-146.
- Hillesheim, E., Lima, L. R., Silva, R. C., Trindade, E. B. (2014). Dietary intake and nutritional status of HIV-1-infected children and adolescents in Florianopolis, Brazil. *International Journal of STD & AIDS*, 25(6), 439-447.

- Hodge, D. R., & Roby, J. L. (2010). Sub-Saharan African women living with HIV/AIDS: An exploration of general and spiritual coping strategies. *Social Work, 55*(1), 27-37.
- Jaggers, J. R., & Hand, G. A. (2014). Health benefits of exercise for people living with HIV: A review of the literature. *American Journal of Lifestyle Medicine*. Retrieved November 7, 2015, from <http://ajl.sagepub.com/content/early/2014/06/13/1559827614538750.abstract>
- Kremer, H., & Ironson, G. (2009). Everything changed: Spiritual transformation in people with HIV. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 39*(3), 243-262.
- Koffas, S. (2011). Social dimension and work with the individual - AIDS patient or carrier. *International Journal of Caring Sciences, 4*(1), 51-57.
- Raiten, D. J., Mulligan, K., Papathakis, P., & Wanke, C. (2011). Executive summary—nutritional care of HIV-infected adolescents and adults, including pregnant and lactating women: What do we know, what can we do, and where do we go from here?. *The American Journal of Clinical Nutrition, 94*(6), s1667-s1676.
- Sandoval, R., Roddey, T., Giordano, T. P., Mitchell, K., & Kelley, C. (2014). Pain, sleep disturbances, and functional limitations in people living with HIV/AIDS-associated distal sensory peripheral neuropathy. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, 13*(4), 328-334.
- Wahab, K. W., & Salami, A. K. (2011). Pain as a symptom in patients living with HIV/AIDS seen at the outpatient clinic of a Nigerian tertiary hospital. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care, 10*(1), 35-39.
- Wanyiri, J. W., et al. (2013). Infectious diarrhoea in antiretroviral therapy-naïve HIV/AIDS patients in Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene, 107* (10), 631-638.
- Wissow, L. S., et al. (2015). Collaboratively reframing mental health for integration of HIV care in Ethiopia. *Health Policy and Planning, 30*(6), 791-803.

นักศึกษาพยาบาลกับการบำเพ็ญบุญ

ชาลินี สุวรรณตรี *

Chalinee Suwannatee *

ฉันเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จะมาเล่าสู่กันฟังเกี่ยวกับชีวิตนักศึกษาพยาบาลกับการบำเพ็ญบุญ ว่าพวกเขาบำเพ็ญบุญกันอย่างไรบ้าง แต่ก่อนอื่นต้องขอกล่าว ณ ที่นี้ว่า ตัวฉันนั้นไม่ได้อยากเรียนพยาบาล เวลาเมื่อไรถามว่าอยากเรียนอะไร สอดคิดที่ไหนบ้างหรือยัง ฉันก็ตอบแต่ว่า “ยังไม่รู้เลยค่ะ” “คิดที่ไหนก็เรียนที่นั่นค่ะ” และแล้วโชคชะตาก็ดลบันดาลให้ฉันสอบติดพยาบาล พ่อ แม่ ตา ยาย ญาติพี่น้องทุกคนดีใจกันหมด ส่วนตัวฉันนั้น รู้สึกดีใจนิดหนึ่งที่ว่าอย่างน้อยก็มีที่เรียนแต่ในเมื่อคนมันไม่ชอบจะให้ทำยังได้ จึงตัดสินใจบอกพ่อกับแม่ว่า “หนูไม่อยากจะเรียนเลย” ฉันทุกใจใจมากจนนอนร้องไห้เพราะไม่อยากเรียน จนแม่พูดขึ้นมาว่า “เรียนใกล้บ้านดีแล้วลูก จะได้ไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก เงินทองตอนนี้หายาก” ด้วยคำพูดของแม่ในตอนนั้นทำให้ความคิดของฉันเริ่มเปลี่ยนและเข้าใจมากขึ้น หลังจากนั้น ฉันก็ลงเอยด้วยการเข้าเรียนพยาบาล และเป็นนักศึกษาพยาบาลเต็มตัว ด้วยความที่ฉันเป็นคนที่ยังเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ขยันมาก แต่ก็ไม่เกียจคร้านจนเกินไป ในการเข้ามาเรียนพยาบาล ฉันได้ตั้งมั่นกับตัวเองไว้ว่าจะตั้งใจเรียนให้มากที่สุดเท่าที่ฉันจะทำได้ และทำให้เต็มที่ทั้งเวลาเรียนและเวลาทำกิจกรรม เมื่อเวลา 1 ปี ผ่านพ้นไปกับการเรียนวิชาพื้นฐานต่างๆ ฉันยังคงมีความคิดและคำถามอยู่ว่า “นี่มันใช่ทางที่ฉันเลือกแล้วหรือ” แต่พอได้เรียนในชั้นปีที่ 2 ซึ่งจะเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น และมีการขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย โดยการขึ้นฝึกปฏิบัติในชั้นปีที่ 2 นั้น เป็นประสบการณ์ครั้งแรกสำหรับชีวิตนักศึกษาพยาบาลทุกคน รวมถึงตัวฉันด้วย ซึ่งการจะไปประกอบวิชาชีพพยาบาลได้ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจนครบหลักสูตร

การขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก ฉันรู้สึกได้เลยว่าตื่นเต้นและประหม่ออย่างมากที่จะได้ทำการพยาบาล ทำหัตถการต่างๆ ที่ได้ศึกษาเล่าเรียนมาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ผู้ป่วยคนแรกที่ฉันได้รับมอบหมายนั้น ฉันจำได้ว่าผู้ป่วยถูกตัดนิ้วโป้งเท้าออก ซึ่งจะต้องมีการทำหัตถการคือ การทำแผล และพบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดที่บริเวณแผล ซึ่งตอนนั้นฉันได้มีโอกาสพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ซึ่งการที่ฉันได้ทำการพยาบาล และได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านนั้น มันทำให้ฉันรู้สึกภูมิใจมากที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะไม่มากก็ตาม เมื่อผู้ป่วยในความดูแลได้กลับบ้าน ซึ่งแน่นอนที่ฉันต้องหาผู้ป่วยคนถัดไปมาดูแล ผู้ป่วยที่ฉันได้ดูแลคนถัดมานี้ เป็นคุณตาที่ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ ขาหัก ฉันได้ดูแลคุณตาตามแผนการปฏิบัติงานที่วางไว้จนครบตามเวลาที่กำหนดของการฝึกคือ ผู้ป่วยหนึ่งคน ดูแล 2-3 วัน ซึ่งในวันสุดท้ายของการดูแล อยู่ดี ๆ คุณตาบอกฉันว่า “ไอ้หนู เอากระดาษกับปากกามาเตรียมจดนะ แล้วก็พนมมือขึ้น” ฉันก็พนมมือขึ้นอย่างงงๆ แล้วคุณตาก็บอกว่าจะให้คาถาแคล้วคลาดปลอดภัย คาถาเรียนแก่ จนผู้ป่วยเตียงข้างๆ คุณตา เขวี้ยงขึ้นมาว่า “นอนด้วยกันอยู่ตั้งหลายคืน ยังไม่ได้คาถาบ้างเลย นอนกลัวมาตั้งหลายคืน” จากนั้นทุกคนต่างก็หัวเราะออกมา กับคำพูดของผู้ป่วยเตียงนั้น คุณตาบอกว่าที่ให้คาถานี้เพื่อเป็นการขอบคุณที่ฉันได้ดูแลคุณตา เพราะคุณตาไม่มีอะไรจะให้ นอกจากคำอวยพรและคาถาจากความเชื่อของคุณตา หลังจากนั้น ฉันก็เปลี่ยนไปดูแลผู้ป่วยคนใหม่เป็นคุณตาเหมือนกัน คุณตาเป็นแผลเนื้อตายที่เท้าจากเบาหวาน คุณตาท่านนี้เป็นคนสนุก เฮฮา ชอบชวนคุย

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

เล่าเรื่องต่างๆ ให้ฟัง ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ปกติแล้ว ผู้ป่วย เบาหวานจะได้รับการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อตรวจวัดระดับน้ำตาลก่อนอาหาร มีครั้งหนึ่งที่ฉันต้องเจาะปลายนิ้วให้คุณตา ฉันยังไม่ทันเดินไปถึงเตียงที่คุณตานอน คุณตาก็ชูนิ้วกลางขึ้นมาให้เจาะอย่างมั่นใจและมีอสังเล็กน้อย ฉันและเพื่อนที่มาเจาะคู่กันถึงกับตกใจนิ้วที่คุณตายกขึ้นมา คุณตาพูดแล้วมอ้ยว่า พร้อมแล้ว เลือดจะหมดตัวแล้ว มาเอาเลือดไปให้หมดเลยนะ

ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยนั้น จะมีการสลับเปลี่ยนกันไปตามหอผู้ป่วยต่างๆ ทำให้ฉันได้พบผู้ป่วยในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งผู้ป่วยที่ฉันได้ดูแลในหอผู้ป่วยใหม่นี้ เป็นคุณป้าที่ศีรษะของท่านไม่มีเส้นผม ลักเส้นจากการทำเลิมน้ำบาด ครั้งนี้ป้ามารักษาด้วยเรื่องข้อเท้าอักเสบติดเชื้อ ป้าจะรักนักรักศึกษาพยาบาลมาก เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลจะคอยดูแลทุกอย่าง และป้าบอกกับฉันว่า ถ้าพวกฉันฝึกงานเสร็จ ป้าต้องเหงาแน่ๆ ลูกก็ไม่ค่อยมาเยี่ยม จากนั้นป้าก็น้ำตาไหล ฉันสัมผัสได้ถึงความรักที่ป้ามี ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานนั้น ทำให้ฉันเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล เข้าใจความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ฉันได้ดูแลมากขึ้น และการที่ฉันได้ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยนั้น นับเป็นความโชคดี

ของฉันอีกอย่างหนึ่งเลยก็ว่าได้ ที่ฉันได้อาจารย์ประจำกลุ่ม ในการขึ้นฝึกที่มีคุณธรรมและมีจรรยาบรรณวิชาชีพสูงมาก ๆ อาจารย์ท่านนี้จะคอยบอกคติประจำตัวในการปฏิบัติงาน อยู่เสมอว่า ให้เรามีความสุขทุกเรื่องที่เราทำ ปฏิบัติกับผู้ป่วยเหมือนญาติหรือพ่อแม่ของเรา โดยให้ปฏิบัติงานด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งก็เปรียบเสมือนการบำเพ็ญบุญอย่างหนึ่ง แม้เราจะไม่ได้เข้าวัดทำบุญเหมือนผู้อื่น แต่เราบำเพ็ญบุญทุกวันกับเพื่อนมนุษย์ด้วยกันเอง ให้เขาได้พ้นจากความทุกข์กาย ทุกข์ใจ จากคำสอนของอาจารย์และการกระทำที่อาจารย์แสดงให้เห็นในเหตุการณ์ต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นแบบอย่างให้เห็น มันทำให้ฉันคิดว่า ฉันคิดไม่ผิดเลยที่เลือกเรียนพยาบาล และก็คิดไม่ผิดที่ได้เรียนพยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลแห่งนี้ นั่นคงเป็นเพราะโชคชะตาและผลบุญที่ฉันได้ทำมา ส่งผลให้ฉันมาอยู่ ณ จุดนี้ได้มาเป็นครอบครัวเดียวกันในรั้ววิทยาลัยแห่งนี้ ได้พบเพื่อนที่ดี ได้พบอาจารย์ที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับนักศึกษา และได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์กาย ทุกข์ใจ จากโรคภัยไข้เจ็บทั้งปวง ณ เวลานี้ ฉันพูดได้เต็มปากเลยว่า ฉันจะเป็นพยาบาลที่ดี จะดูแลผู้ป่วย จนสุดความสามารถของฉัน

คำแนะนำ การส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กองบรรณาธิการมีความยินดีที่จะรับรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ จากทุกท่านเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการพิจารณาเรื่องที่จะลงตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกในการพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

สาขาของเรื่องที่ได้รับลงตีพิมพ์

1. รายงานการวิจัยในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ
2. บทความวิชาการในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ รวมทั้งบทความแปลด้านวิชาการ
3. บทความพิเศษที่รวบรวมหรือเรียบเรียงขึ้น อาจเป็นประสบการณ์/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งประเด็นที่น่าสนใจด้านการพยาบาลและด้านอื่น ๆ

เงื่อนไขการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 2 คน ถ้ามีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้กองบรรณาธิการภายใน 15 วัน
4. ความคิดเห็นของผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องกับใด ๆ กับวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์โดยใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก พิมพ์โดยใช้กระดาษขนาด A4 เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว ทั้ง 4 ด้าน ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยมีความยาวประมาณ 10-15 หน้า ส่วนต้นฉบับที่เป็นบทความวิชาการมีความยาวประมาณ 6-10 หน้า ส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail : kanisorn2514@gmail.com)
2. บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมกันไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษ
3. ถ้ามีภาพ ตาราง หรือแผนภาพ เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพ ตาราง หรือแผนภาพ ตามลำดับ ให้ครบถ้วน
4. ใส่เลขหน้ากำกับที่มุมบนทางด้านขวามือ ยกเว้นหน้าแรก
5. การใช้ภาษา คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษเฉพาะเมื่อกล่าวถึงในครั้งแรก ส่วนศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้เขียนทับศัพท์ สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนคำจริง ๆ ไม่ต้องเขียนเป็นภาษาไทย ยกเว้นในการเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้เขียนเป็นภาษาไทย เช่น คู่มือ-ริชาร์ดสัน ครอนบาค

รูปแบบของการเขียนต้นฉบับ

1. รายงานการวิจัย มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

1.1 คำว่า รายงานการวิจัย พิมพ์ไว้ภายในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

1.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

1.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเรียงไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยชิดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

1.4 บทคัดย่อ พิมพ์โดยไม่ต้องใส่กรอบ ประกอบด้วย 3 ย่อหน้า (ย่อหน้าแรก เริ่มเขียนจากรูปแบบการวิจัย ย่อหน้าที่ 2 เขียนผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย ส่วนย่อหน้าที่ 3 เขียนเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้) และระบุคำสำคัญจำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อ ส่วนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (พิมพ์คำว่า Abstract แทน) ระบุ Keywords จำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อเช่นกัน

1.5 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย เขียนเป็นแผนภูมิแสดงตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีคำบรรยายนำมาก่อน ให้บรรยายอย่างกระชับและเข้าใจง่าย

1.7 วิธีดำเนินการวิจัย มีส่วนประกอบดังนี้

1.7.1 ประเภทของการวิจัยและการได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.7.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.7.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง เขียนเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองก่อน ตามด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือแต่ละชิ้น ระบุเกี่ยวกับที่มา จำนวนข้อลักษณะคำตอบ เกณฑ์ในการให้คะแนน และเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.7.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง ใช้ชื่อว่า การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล) เขียนเป็นข้อๆ ตามขั้นตอน

1.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนเกี่ยวกับข้อมูลและระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1.8 ผลการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล เขียนแบบบรรยาย ส่วนข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย เขียนแบบบรรยายแล้วตามด้วยตาราง ในตาราง จัดตัวเลขให้หลักหน่วยตรงกันและใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ยกเว้นค่า t , z , r , β และ p ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง สำหรับค่า p ให้ใส่ค่าจริง (ถ้าเป็น .000 ให้ใส่ว่า < .001) โดยไม่ต้องใส่ * กำกับที่ตัวเลข รวมทั้งไม่ต้องระบุ * ที่ใต้ตาราง

1.9 การอภิปรายผลการวิจัย การเขียนเกี่ยวกับงานวิจัยที่สอดคล้อง/ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ให้อธิบายว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด (ระบุชื่อเรื่องวิจัย) แต่ละกลุ่มได้รับสิ่งทดลอง/กิจกรรมใด (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง) และผลการวิจัยเป็นอย่างไร ถ้าใช้งานวิจัยเรื่องเดิมในการอธิบายผลการวิจัย การใช้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ไม่ต้องระบุแล้วว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด ให้เขียนต่อจากปี (ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ) ว่าผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1.10 ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ถ้ามีมากกว่า 1 ประเด็น ให้เขียนเป็นข้อๆ

1.11 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

หมายเหตุ : การวิจัยแบบทดลอง ให้เขียนโดยนำกลุ่มทดลองขึ้นก่อนกลุ่มควบคุมในทุกแห่ง และให้เปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อน แล้วจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ถ้ามีมากกว่า 1 กลุ่ม)

2. บทความวิชาการ มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

2.1 คำว่า บทความวิชาการ พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

2.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

2.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยชิดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

2.4 ส่วนบทนำ ไม่ต้องเขียนคำว่า บทนำ ความยาวไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

2.5 ส่วนเนื้อหา

2.6 ส่วนสรุป ไม่ต้องเขียนคำว่า สรุป ความยาวไม่ควรเกิน ½ หน้ากระดาษ

2.7 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) version 6.0 ดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง

ใช้ระบบนาม ปี ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้ระบุชื่อ นามสกุล กันด้วย , ตามด้วยปี ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษให้ระบุชื่อสกุลเท่านั้น กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี ในการเขียนมีหลักการดังนี้

1.1 การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “and” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ

1.2 การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “&” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียน

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.)

ส่วนการเรียงรายการอ้างอิงที่มีมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงจากปีที่เก่ากว่าไปยังปีที่ใหม่กว่า ถ้าเป็นปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อ โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง

ให้มีเฉพาะรายชื่อเอกสารที่ได้อ้างอิงในเนื้อเรื่องเท่านั้น โดยมีหลักการเขียนเช่นเดียวกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องที่เป็นการเขียนครั้งแรก สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อ สกุล กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อแรก และ . แล้วตามด้วยชื่อกลาง และ .

3. การเรียงลำดับเอกสาร

- 3.1 เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ
- 3.2 เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง ไม่ต้องใส่หมายเลขกำกับ
- 3.3 ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล
- 3.4 ถ้าอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรตัวถัดไปเรื่อยๆ
- 3.5 ถ้าผู้แต่งคนเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์

4. รูปแบบการเขียน

4.1 วารสาร เขียนตามรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. (ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ของวารสาร (ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

ประสิทธิ์ จิตดิวัฒน์พงศ์. (2551). ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการจัดบริการแบบ one stop service ในคลินิกยาด่านไว้ส โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 33(1), 67-74.

4.2 หนังสือ

4.2.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเรียงตามลำดับดังนี้

- 4.2.1.1 ชื่อผู้แต่ง ถ้ามากกว่า 1 คน กันด้วย , คนสุดท้ายนำด้วย , คำว่า และจบด้วย .
- 4.2.1.2 ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ. เขียนอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ จบด้วย .
- 4.2.1.3 ชื่อหนังสือ ใช้ตัวเอียง จบด้วย .
- 4.2.1.4 ครั้งที่พิมพ์ อยู่ในวงเล็บ และต่อจากชื่อหนังสือ จบด้วย .
- 4.2.1.5 ชื่อเมืองที่พิมพ์ ตามด้วย : (พิมพ์ให้ชิดกับชื่อเมือง)
- 4.2.1.6 ชื่อสำนักพิมพ์ จบด้วย .

4.2.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เขียนเรียงตามลำดับเช่นเดียวกับภาษาไทย แต่แตกต่างกันในการเขียน

ชื่อผู้แต่ง ดังนี้

- 4.2.2.1 ใช้ชื่อสกุลขึ้นต้น ตามด้วย , อักษรย่อชื่อต้น ตามด้วย . และอักษรย่อชื่อกลาง ตามด้วย .
- 4.2.2.2 ผู้แต่งแต่ละคนกันด้วย ,
- 4.2.2.3 ผู้แต่งคนสุดท้าย นำด้วย , & และจบด้วย .

4.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ให้หลักการเช่นเดียวกับหนังสือที่มีผู้แต่งคนเดียวหรือมากกว่า 1 คน แต่มีข้อแตกต่าง ดังนี้

4.3.1 หนังสือภาษาไทย เดิม (บ.ก.) จบด้วย . ตามหลังชื่อบรรณาธิการคนสุดท้าย

4.3.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เดิม (Ed.) กรณีที่มีบรรณาธิการคนเดียว หรือเดิม (Eds.) กรณีที่มีบรรณาธิการมากกว่า 1 คน จบด้วย .

4.4 วิทยานิพนธ์

ตัวอย่าง

ลักขณา เทศเปี่ยม. (2552). *ความฉลาดทางอารมณ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนภา เพ็ชชะอ่ำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

4.5 ข้อความจากเว็บไซต์

ตัวอย่าง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). *อีก 12 ปี ค่ารักษาพยาบาลคนแก่พุ่งขึ้น 4 เท่า*. สืบค้น วันที่ 20 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.thaitgri.org/>

Salinsky, E., & Scott, W. (2003). *Obesity in America: A growing threat*. Retrieved February 20, 2006, from http://www.nhpf.org/pdfs_bp/BP_Obesity_7-03.pdf