

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Health Sciences and Pedagogy



ปีที่ 2 ฉบับที่ 2

ประจำเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2565

ISSN 2730-4043(online)



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP>



วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านการพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลเด็ก การพยาบาลมารดาและทารก การพยาบาลศัลยศาสตร์ การพยาบาลอายุรศาสตร์ การพยาบาลจิตเวช การพยาบาลชุมชน การพยาบาลสูติศาสตร์ เวชปฏิบัติกรพยาบาล การพยาบาลวิกฤติและฉุกเฉิน การพยาบาลระยะสุดท้าย การบริหารการพยาบาล และการพยาบาลผู้ใหญ่ ด้านการสาธารณสุข ได้แก่ สาขานามัยสิ่งแวดล้อม สาขานามัยและความปลอดภัย สาขาส่งเสริมสุขภาพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาสุขาภิบาล สาขาสุขศึกษา สาขานามัยชุมชน สาขาการบริหารการพยาบาล และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับพิจารณาของบรรณาธิการ

2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านศิลปะการสอน การศึกษาในด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับพิจารณาของบรรณาธิการ

3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร. 075-446059 โทรสาร 0-7431-2562

E-mail: journal.bcnakhon@gmail.com



ที่ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.รัตนภักดิ์ รัชตะวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์บุญประจักษ์ จันทรวิน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

อาจารย์อัญญา วิชชพัฒน์นางกูร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

อาจารย์มลวิทย์ รัตยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรรังศรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ

อุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริฐ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปรานีต ส่งวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจียง

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สนิวรณ์

ประธานหลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์

มหาวิทยาลัยบูรพา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีศ กิตติธีระศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทา
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม
อาจารย์ ดร.จารุวรรณ สอนองญาติ
อาจารย์ ดร.เนติยา แจ่มทิม
อาจารย์ ดร.มาสริน ศุภลักษ์
อาจารย์ ดร.เมทนี ระดาบุตร
อาจารย์ ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก
อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร
อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ฅนอมชยวัช
อาจารย์ ดร.จามจุรี แซ่หลู่
อาจารย์ ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม
อาจารย์ ดร.บุญธิดา เทือกสุพรรณ
อาจารย์ ดร.ภาวดี เหมทานนท์
อาจารย์ ดร.จรูญรัตน์ รอดเนียม
Mr. Patrick Wauters

กองจัดการ

นางสาวทิพย์วิมล บางน้อย

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
English Language Editor
English Language Editor

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ และ
บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ
หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย



บรรณาธิการวารสารแถลง

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2565 ของปีที่ 2 ในฉบับนี้มีบทความวิจัย จำนวน 6 เรื่อง

บทความวิจัยในฉบับนี้ ได้นำเสนอเนื้อหาในประเด็นทางการพยาบาลและสาธารณสุข ได้แก่ การพยาบาลเด็ก การพยาบาลผดุงครรภ์ในผู้คลอดปกติ การจัดการปัญหาทางจิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลากับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ โดยมีผู้เขียนจากหลากหลายหน่วยงานและตำแหน่ง ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ในการนี้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิจัย ฉบับเต็มที่ได้เว็บไซต์ของวารสาร

ในนามของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ขอขอบคุณนักวิจัย นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่าน ที่ให้ความสนใจต่อวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โดยส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการมาตีพิมพ์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการให้กับสังคมและประเทศชาติ สิ่งที่ดีค้นพบจากงานวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ได้ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ของท่านจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพวารสารเพื่อขอเข้ารับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI ในปีต่อไป

อาจารย์ ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ

บรรณาธิการ



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
วัตถุประสงค์	
ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ	
บรรณาธิการวารสารแถลง	
บทความวิจัย (Original Article)	
1. การพัฒนาคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง (Development of Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) in Prevention of Bronchopulmonary Dysplasia among Premature Infants with Low Birth Weight, Phatthalung Hospital).....	1-18
ปริดา อุ่นเสียม, ขนิษฐา สงนุ้ย และวรรณิ แก้วคงธรรม (Preeda Unsiam, Khanitta Songnuy & Wonnee Keawkongthum)	
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิตกับปัญหาสุขภาพจิต ทางด้านอารมณ์ด้านลบของประชากรกลุ่มวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง (The Correlations between Ability to Manage Mental Problems and Negative Emotional State among Working-Age Population in rural Lampang Province).....	19-31
กฤษฎี ทองบรรจบ และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (Krid Thongbunjob & Sriprapai Inchaithep)	
3. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช (The Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guideline (CPG) for Pain Management among Women with Normal Vaginal Delivery (NVD) at Pakphanang Hospital in Nakhon Si Thammarat).....	32-45
ทิพรัตน์ ห่อหุ้ม และพนิดา สุขพิทักษ์ (Thiparat Hohum & Phanida Sukphithak)	
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โรงพยาบาลนวลัย จังหวัดสมุทรสงคราม (Prevention of Stroke among Patients with Uncontrolled Hypertension: The Correlations between Health Beliefs and Self-Care Behaviors)	46-60
ชื่นกมล สิริยอดยิ่ง (Chuenkamol Sittiyodying)	



สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ (Factors Related to Hospital Arrival Time of Acute Stroke Patients at Emergency Department of ChianYai Hospital in Nakhon Si Thammarat).....	61-75
วรรณภา บุญสวยขวัญ และอมรรัตน์ กลับริอด (Wanna Boonsauykwon & Amornrat Klabrod)	
6. การประเมินผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่ม ผู้ต้องขังเรือนจำ: กรณีศึกษาเรือนจำอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช (Evaluation of an HIV Prevention and Medical Practice Program for Prisoners: A Case Study of Pakphanang District Prison, Nakhon Si Thammarat Province).....	76-94
สีฟ้า มงคลการุณย์, มิลินดา แววรรณจิตร และ สุภาวรรณ แพรกทอง (Seepha Mongkolkaroon, Milunda Waewanjit & Supawan Praktong)	
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ.....	ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์.....	ก
การส่งบทความ.....	ก
รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ.....	ก
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ.....	ข
การเตรียมต้นฉบับของบทความ.....	ค
Template บทความวิจัย.....	ช
Template บทความวิชาการ.....	ฐ
สอบถามข้อมูล.....	ณ

การพัฒนาคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด
ก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง

Development of Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) in Prevention of
Bronchopulmonary Dysplasia among Premature Infants with Low Birth Weight,
Phatthalung Hospital

ปรีดา อุ่นเสียม*, ขนิษฐา สงนุ้ย และ วรณีย์ แก้วคงธรรม

Preeda Unsiam*, Khanitta Songnuy and Wonnee Keawkongthum

โรงพยาบาลพัทลุง

Phatthalung Hospital

(Received: April 19, 2022, Revised: April 28, 2022, Accepted: May 23, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพัฒนานี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ใช้กรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิกและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย วิเคราะห์สังเคราะห์วรรณกรรมจนได้แนวปฏิบัติฉบับร่าง มีค่า CVI เท่ากับ 0.98 3) การทดลองใช้แนวปฏิบัติและการประเมินผล ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.96 และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงานโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน และทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย 2) แบบประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 3) แบบบันทึกข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด และระยะคลอดอยู่ในระดับง่ายมาก, ระยะแรกรับที่ NICU และระยะดูแลต่อเนื่องที่ NICU อยู่ในระดับง่าย ความพึงพอใจในภาพรวมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.75 และผลลัพธ์ด้านทารก ได้แก่ 1) จำนวนวันใช้ออกซิเจนเฉลี่ย 6 วัน 2) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 17.65 วัน 3) อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรังร้อยละ 5 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติข้อมูล ปี พ.ศ. 2563 1) จำนวนวันใช้ออกซิเจนเฉลี่ย 9.65 วัน 2) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 30.06 วัน และ 3) อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ร้อยละ 32.5

ข้อเสนอแนะ พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยไปใช้ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง จำนวนวันใช้ออกซิเจน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง, ทารกแรกเกิดก่อนกำหนด, น้ำหนักตัวน้อย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: opreeda@gmail.com)

Abstract

This research aimed to develop Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG) for Bronchopulmonary Dysplasia Prevention (BPD) in premature infants with low birth weight. It was conducted at Phatthalung Hospital, using evidence-based practice (EBP) as a conceptual framework. The study process had four steps. The first step was searching for clinical problems and EBP. The second step consisted of the development of new clinical nursing practice guidelines (CNPG) based on the analysis and synthesis of EBP. The draft of CNPG was examined by 5 experts and yielded a content validity index (CVI) of 0.98. The third step was implementation and evaluation with 10 nurses, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.96. And the fourth step was the actual implementation of the CNPG by 32 nurses, taking care of 20 premature infants with low birth weight. The research instruments included: 1) the BPD prevention in premature Infants with low-birth-weight CNPG, 2) the ability of the nurse to comply with BPD prevention CNPG, 3) demographic data and preterm outcomes record form, 4) the nurses' satisfaction towards CNPG regarding BPD prevention. Data were analyzed using descriptive statistics.

The development of CNPG at Phatthalung Hospital comprised 4 periods: 1) pre-labor period, 2) labor period, 3) NICU period and 4) continuous care in NICU. As a result, nurses' ability to comply with BPD prevention CNPG during the pre-labor period, and the labor period was a very simple level. NICU period and continuous NICU period were simple levels too. In addition, 93.75 % of nurses were satisfied with applying the CNPG at a high level. The clinical outcomes were: 1) the average number of days of oxygen use was 6 days, 2) the mean length of stay in a hospital was 17.65 days, and 3) the incidence of BPD patients was 5%. These results were lower than in 2019, before using this CPG. (M= 9.65, M=30.06, and 32.5%, respectively).

Per findings, nurses can use the BPD prevention in premature infants with low-birth-weight CNPG to reduce the length of oxygen use, length of stay in a hospital, and BPD incidence.

Keywords: Bronchopulmonary dysplasia prevention, Premature infants, Low birth weight

บทนำ

จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า ทั่วโลกอัตราการเกิดทารกแรกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 5 - 18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (World Health Organization, 2018) ในประเทศไทยพบสถิติทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี พ.ศ. 2559 - 2563 ร้อยละ 11.10, 11.00, 11.30, 11.0 และ 11.2 ตามลำดับ (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary of MOPH, 2021) ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ทุกปี คือ ไม่เกินร้อยละ 7 แต่ด้วยเทคโนโลยีวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าทำให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น สอดคล้องกับข้อมูล

สถิติข้อมูลโรงพยาบาลพัทลุงพบสถิติทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี พ.ศ. 2559 - 2563 ร้อยละ 9.49, 10.08, 11.42, 11.69 และ 11.48 ตามลำดับ เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ทุกปีเช่นกัน ในทารกแรกเกิดเหล่านี้เป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ร้อยละ 27.78, 15.03, 26.59, 25.15 และ 28.98 ตามลำดับ ซึ่งพยาธิสรีรวิทยาการทำงานของอวัยวะในร่างกายยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มนี้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย (Late Onset Sepsis: LOS) โรคจอประสาทตาผิดปกติชนิดรุนแรง (Severe Retinopathy of Prematurity: severe ROP) ภาวะลำไส้เน่า (Necrotizing Enterocolitis: NEC) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดปัญหามากที่สุด คือ ภาวะปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary Dysplasia: BPD) จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาในทารก 10,000 - 15,000 คน ภาวะปอดเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 50 ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม (Stoll, Hansen, Bell, Shankaran, Laptook, & Walsh, et al, 2010) ในโรงพยาบาลพัทลุงการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบร้อยละ 35.71, 31.82, 27.45, 19.04 และ 32.5 ตามลำดับ ความรุนแรงของการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดขึ้นอยู่กับน้ำหนัก ยิ่งทารกมีน้ำหนักตัวน้อยความรุนแรงยิ่งมากขึ้น

ภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เป็นภาวะที่ทารกมีอาการหายใจผิดปกติและยังต้องการออกซิเจนอยู่เมื่ออายุครบ 28 วัน หรือมากกว่า หรือเมื่ออายุครรภ์ครบ 36 สัปดาห์ (Askin & Wilson, 2007; Morris, Goel, & Chakraborty, 2019; Stoll & Adams-Chapman, 2007; Rocha, Guimaraes, & Pereira-da-Silva, 2021) สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความดันบวก ร่วมกับการให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อถุงลมและหลอดเลือด โดยเฉพาะทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ มีภาวะน้ำหนักตัวน้อยมากเมื่อแรกเกิด หรือมีภาวะน้ำหนักตัวน้อยมาก ๆ ปอดยังเจริญไม่เต็มที่ ขาดสารลดแรงตึงผิว นอกจากนี้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีการติดเชื้อจะส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะปอดเรื้อรัง (Pammi, Lal, Wagner, Mourani, Lohmann, & Luna, et al, 2019) ทำให้ทารกหยาบออกซิเจนไม่ได้ มีผลกระทบที่สำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ มีปัญหาในการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้สูญเสียด้านเศรษฐกิจ และมีผลกระทบต่อจิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ การป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง (BPD) ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีหลายวิธีร่วมกัน อาทิ การหลีกเลี่ยงการใส่ท่อหลอดลมคอโดยการช่วยหายใจด้วยวิธีไม่รุกราน (Non-invasive) ร่วมกับการให้สารลดแรงตึงผิวในปอด (Surfactant replacement therapy) การให้ออกซิเจนความเข้มข้นต่ำ (Pasha, Qing, & Ping, 2018; Rocha, Guimaraes, & Pereira-da-Silva, 2021) การจำกัดสารน้ำและให้ยาขับปัสสาวะ (Laughon, Smith, & Bose, 2009; Tobias, Dirk, & Manuel, 2021) การให้ยาธีโอโอฟิลลีน (Theophylline) (Higareda, Barrera, Cervantes, Higareda, Higareda, & Huerta, 2012) การให้ยาสเตียรอยด์ (Systemic corticosteroid) (Morris, Goel, & Chakraborty, 2019) การให้วิตามินเอ ช่วยส่งเสริมการซ่อมแซมเซลล์ ให้เซลล์เนื้อเยื่อแข็งแรง (Alvarez-Fuente, Moreno, Mitchell, Reiss, Lopez,

& Elorza, et al, 2019) ช่วยให้ปอดเจริญเติบโต มีการพัฒนาเนื้อเยื่อเซลล์ทางเดินหายใจ ป้องกันการบาดเจ็บของปอด ซึ่งการบาดเจ็บของปอดจะมีส่วนช่วยให้เนื้อปอดกลายเป็นพังผืด หรือมีแผลเป็นและอักเสบ อันเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง (Hennelly, Greenberg, & Aleem, 2021) จากการศึกษาของ Hair, et al (2016) อ้างใน Hennelly, Greenberg, & Aleem (2021) พบว่า การกินนมแม่จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ส่วนวิตามิน E เป็นสารต้านอนุมูลอิสระที่ปกป้องเซลล์บาดเจ็บจากออกซิเจน (Lee & Han, 2018 อ้างใน Rocha, Guimaraes, & Pereira-da-Silva, 2021) นอกจากนี้ยังพบว่า การนวดทารกแรกเกิดก่อนกำหนดจะมีผลช่วยสมดุระบบหายใจ (Ningsanon & Hangsaphuk, 2018) การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว การเจริญเติบโต การทำงานของลำไส้ และการพัฒนาทางระบบประสาท (Lai, Acunto, Guzzetta, Boyd, Rose, & Fripp, et al, 2016) การสูญเสียพัฒนาการทางระบบประสาทจะส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะปอดเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยในทุกๆระยะจึงมีความสำคัญ

ในโรงพยาบาลพัทลุง การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่แต่ละคนยังมีความหลากหลาย ในห้องคลอด แนวปฏิบัติไม่ครอบคลุมการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังและไม่มีการปรับใช้ให้ทันสมัยในระยะคลอด ส่วนในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังโดยตรง ทำให้ปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 25 มีจำนวนวันใช้ออกซิเจน เฉลี่ย 41.05 วัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 59.50 วัน จำนวนทารกที่ต้องใช้ออกซิเจนต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 20 และต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการทางระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 25 การพัฒนาคุณภาพการป้องกันภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย จึงมีความสำคัญ โดยพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแล เฝ้าระวัง กำกับ ติดตามอาการ การเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่การป้องกันมารดาตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่แรกคลอดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิก และค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง
3. เพื่อประเมินผลการนำแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง ไปใช้จริงในหน่วยงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ใช้กรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะคลอดรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลพัทลุง และทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพัทลุง

กลุ่มตัวอย่าง คือ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 3 คน กุมารแพทย์ จำนวน 1 คน และเวชระเบียนทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรัง จำนวน 13 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ผู้วิจัยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน เพื่อนำเสนอร่างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พยาบาลวิชาชีพปรีณูญาโททางการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพการพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด ที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกมากกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติและการประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี เกณฑ์การคัดออก คือ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยขณะทำการศึกษา และทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 4 ราย คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) คลอดในโรงพยาบาลพัทลุง มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 - 36 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,000 กรัม 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติของสมอง โรคทางระบบประสาท โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) โครโมโซมผิดปกติ (Chromosome anomalies) สมองบวม (Hydrocephalus) หรือศีรษะเล็กผิดปกติแต่กำเนิด (Microcephalus) 3) บิดาหรือมารดาให้ความยินยอมเข้าร่วมทำการศึกษาวิจัย คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บิดาหรือมารดาปฏิเสธการร่วมวิจัยขณะทำการศึกษา

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและการประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดทุกคน จำนวน 16 คน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดทุกคน จำนวน 16 คน 2) ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 20 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกเช่นเดียวกับระยะที่ 3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก ใช้การสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ เป็นแนวคำถามปลายเปิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ประกอบด้วย 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ป้องกันได้อย่างไรบ้าง จะพัฒนาอย่างไร และทบทวนเวชระเบียนทารกแรก

เกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรัง โดยใช้หลักการวิเคราะห์หาสาเหตุรากเหง้าของปัญหาตามหลัก RCA (5 Steps)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติและการประเมินผล และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและการประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ประกอบด้วย การดูแลทารก 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะแรกรับที่ NICU ระยะดูแลต่อเนื่องที่ NICU

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ มี 5 ข้อ ได้แก่ หน่วยงาน อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การอบรม ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในแต่ละระยะ โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale) มี 5 ระดับ คือ ยากมาก เท่ากับ 1, ยาก เท่ากับ 2, ปานกลาง เท่ากับ 3, ง่าย เท่ากับ 4 และง่ายมาก เท่ากับ 5 ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ ปัญหา และอุปสรรคจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นคำถามปลายเปิดให้พยาบาลวิชาชีพได้ตอบแบบประเมินตามความคิดเห็นของตนเอง

2.2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในแต่ละระยะ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติครบถ้วน เท่ากับ 2, ปฏิบัติไม่ครบถ้วน เท่ากับ 1 และไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เป็นผู้สังเกตการปฏิบัติตั้งแต่ทารกคลอด จนกระทั่งทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุครรภ์แรกเกิด น้ำหนักแรกคลอด วิธีการคลอด การได้รับยา Dexamethasone ก่อนคลอด Apgar score และการวินิจฉัยโรค ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการดูแลทารก มี 5 ข้อ ได้แก่ การจัดการระบบทางเดินหายใจ จำนวนวันใช้ออกซิเจน อายุครรภ์หลังคลอดที่หยุดใช้ออกซิเจน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และยาที่ได้รับ ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Vongrabilnam, 2013) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความเชื่อมั่นในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง 2) ด้านมาตรฐานในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน 3) ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเหมาะสมกับบริบทงาน 4) ด้านความพึงพอใจในภาพรวมเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด การแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0 คือ ระดับน้อยที่สุด คะแนน 1 - 3 คือ ระดับน้อย คะแนน 4 - 6 คือ ระดับปานกลาง และคะแนน 7 - 10 คือ ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ (ร่าง) แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย แบบ

ประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และแบบบันทึกข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแล ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์การดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 10 ปี พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องคลอดมากกว่า 10 ปี แพทย์เฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์การดูแลทารกวิกฤต เป็นผู้พิจารณาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98, 0.99, 0.99 ตามลำดับ แล้วจึงนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ภายหลังจากนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งพยาบาลวิชาชีพและทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ ดังนี้ 1) แบบประเมินความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 ราย นำมาหาความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.96 2) แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ทดสอบหาความเท่าเทียมกันจากการสังเกต (Inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยทั้งหมด 73 เหตุการณ์ ได้ค่าความเที่ยงเฉลี่ยที่เห็นพ้องกัน (Percent average agreement) ร้อยละ 100

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ แบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นเตรียมการ และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยยื่นโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง เพื่อตรวจสอบจริยธรรมในการทำวิจัยและเมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเข้าชี้แจงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพัทลุง และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานไปยังหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ตามกรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000)

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย

ผู้วิจัยค้นหาปัญหาทางคลินิก 1) จากการปฏิบัติงาน โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

จำนวน 3 คน กุมารแพทย์ จำนวน 1 คน 2) จากการทบทวนเวชระเบียนทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 13 ราย 3) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โดยกำหนดขอบเขตในการสืบค้น ตาม PICO framework กำหนด P: population or problem ได้แก่ Preterm, BPD, Chronic lung disease, I: Intervention or area of interest ได้แก่ BPD Guideline, BPD prevention, แนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย C: comparison intervention โดยการเปรียบเทียบการดูแลรูปแบบต่าง ๆ ต่อการเกิดอุบัติการณ์ภาวะปอดเรื้อรัง O: outcome ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด กำหนดการสืบค้นผลงานวิชาการ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Cochrane, CINAHL, ThaiLis, BMJ, Wiley, Pubmed และ Google scholar กำหนดปีที่ใช้สืบค้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 - 2564 วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 19 เรื่อง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาใช้ในแนวปฏิบัติ จำนวน 9 เรื่อง จัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna briggs Institute (2016) ประกอบด้วย หลักฐานระดับ 1 จำนวน 7 เรื่อง และหลักฐานระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย

ผู้วิจัยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอร่างแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ประกอบด้วย การดูแลทารก 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนคลอด แบ่งเป็นการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดและมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ระยะคลอด 3) ระยะแรกรับที่ NICU และ 4) ระยะดูแลต่อเนื่องที่ NICU แบ่งเป็น การดูแลระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการเปิดของหลอดเลือดคัตสอาร์เทอร์โอซิส และการเฝ้าระวังภาวะปอดเรื้อรัง ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ (ร่าง) แนวปฏิบัติ โดยการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม ตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติและการประเมินผล

ผู้วิจัยนำ (ร่าง) แนวปฏิบัติ ไปทดลองใช้โดยประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดรับทราบวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัยและการเก็บข้อมูล ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ราย และทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 4 ราย หลังจากการนำไปใช้พยาบาลวิชาชีพมีข้อเสนอแนะ ได้แก่ เพิ่มการให้ความรู้มารดากลุ่มเสี่ยงและครอบครัวในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และปรับการดูแลกรณีที่ทารกต้องใช้ ECG monitor และใส่ UVC โดยโทรแจ้งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดขึ้นมาดูแลทารกที่ห้องคลอด ประเมินผลการทดลองใช้ พบว่า ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ร้อยละ 84.26,

ระยะคลอด ร้อยละ 89.11, ระยะแรกรับที่ NICU ร้อยละ 69.82, และระยะดูแลต่อเนื่องที่ NICU ร้อยละ 75.06 และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและการประเมินผล

ผู้วิจัยนำ (ร่าง) แนวปฏิบัติมาจัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย และเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการศึกษาค้นคว้า เป็นพยาบาลจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 1 คน และห้องคลอด จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมากกว่า 5 ปี เพื่อส่งเสริมสังเกตความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของแนวปฏิบัติในแต่ละข้อทุกข้อ สาธิตทำนวดตามแนวปฏิบัติ โดยเน้นการลงบันทึกในแบบสังเกตความสามารถการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งอธิบาย ขั้นตอนการดำเนินการ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัยของการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยเข้าชี้แจงผลจากการทดลองใช้ (ร่าง) แนวปฏิบัติข้อเสนอแนะที่ได้จากการทดลองใช้ นำสู่การปรับ (ร่าง) แนวปฏิบัติเป็นคู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย อธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติรวมทั้งเป็นผู้สาธิตการนวดตามแนวปฏิบัติ รายละเอียดในการนำไปใช้แก่กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด จำนวน 16 ราย พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 16 ราย ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 20 ราย และขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติแล้วนำไปใช้จริงภายในหน่วยงาน หลังจากนั้นประเมินผลลัพธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก การสนทนากลุ่มและทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติและการประเมินผล และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและการประเมินผล ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ และข้อเสนอแนะ อุปสรรค ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้วิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ และค่าร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง เลขที่ IRB 30/63 และ IRB 20/64 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงเข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทำแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ 1 เพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิก และค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

1. ปัญหาทางคลินิก ประกอบด้วย

1.1 ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ในห้องคลอดแนวปฏิบัติที่ยังไม่ครอบคลุมการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในระยะคลอด และไม่มีการปรับใช้ให้ทันสมัย ส่วนในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังโดยตรง ผู้ปฏิบัติทั้งในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดยังมีการปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น การป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำ การช่วยหายใจโดยใช้ Early CPAP ตั้งแต่แรกเกิด การจัดท่านอนทารกเพื่อเปิดทางเดินหายใจ

1.2 ผลการทบทวนเวชระเบียน ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดเรื้อรัง เดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 13 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ (24 - 30 สัปดาห์) ร้อยละ 81.82 มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,500 กรัม ร้อยละ 90.90 ผลเอกซเรย์ปอดในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ส่วนใหญ่เป็น Moderate to severe RDS จำนวนวันใช้ออกซิเจนเฉลี่ย 41.05 วัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 59.50 วัน ใช้ออกซิเจนต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 20 และต้องเข้ารับการรักษาลำดับด้วยการทางระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 25 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านมารดาที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ และต้องปล่อยทารกคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น เช่น มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุครรภ์ ร้อยละ 47.25 เป็นสาเหตุให้ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมีเพิ่มขึ้น

2. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 19 เรื่อง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาใช้ในแนวปฏิบัติ จำนวน 9 เรื่อง จัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2016) ประกอบด้วย หลักฐานระดับ 1 จำนวน 7 เรื่อง หลักฐานระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง พบว่า เป็นประเด็นการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด การให้ยาเพื่อกระตุ้นการสร้างสารลดแรงตึงผิวในปอดของทารก การจัดการระบบทางเดินหายใจ การให้สารน้ำสารอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการเปิดของหลอดเลือดดำต่อสารเทอร์โมซิส การนวด และการดูแลให้ได้รับการรักษา เช่น การพ่นยา การได้รับยาวิตามิน การติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด การติดตามการเจริญเติบโต ทุกประเด็นได้นำมาเป็นแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลพัทลุง

วัตถุประสงค์ 2 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง

แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง ประกอบด้วย การดูแลทารก 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนคลอด แบ่งเป็น การดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดและมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) ระยะคลอด 3) ระยะแรกรับที่ NICU 4) ระยะดูแลต่อเนื่องที่ NICU แบ่งเป็นการดูแลระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการเปิดของหลอดเลือดดำต่อสารเทอร์โมซิส และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ 3 เพื่อประเมินผลการนำแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง ไปใช้จริงในหน่วยงาน

ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงและการประเมินผล ประกอบด้วย

1. ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย ดังตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (n= 32)

แนวปฏิบัติพยาบาล	ร้อยละความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้				
	ยากมาก	ยาก	ยาก-ง่ายปานกลาง	ง่าย	ง่ายมาก
ระยะก่อนคลอด					
มารดาในกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด	0	0	0	50	50
มารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	0	0	0	43.75	56.25
ระยะคลอด	0	0	0.89	32.59	66.52
ระยะแรกรับที่ NICU	0	5.11	12.50	41.48	40.91
ระยะดูแลต่อเนื่องจากที่ NICU					
ระบบทางเดินหายใจ	0	1.25	13.75	52.50	32.50
การป้องกันการติดเชื้อ			6.25	55	38.75
การป้องกันการเปิดของหลอดเลือด	0	1.55	17.19	40.63	40.63
คัดตัวสารเทโรไอซิส					
การเฝ้าระวังภาวะปอดเรื้อรัง	0	1.67	31.67	47.50	16.66

จากตาราง 1 พบว่า ร้อยละความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ประกอบด้วย การดูแลมารดาในกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลมากที่สุดอยู่ในระดับง่ายมาก ร้อยละ 50 การดูแลมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับง่ายมาก ร้อยละ 56.25 ระยะคลอดอยู่ในระดับง่ายมาก ร้อยละ 66.52 ระยะแรกรับที่ NICU อยู่ในระดับง่าย ร้อยละ 41.48 และระยะดูแลต่อเนื่องจากที่ NICU ประกอบด้วย ระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการเปิดของหลอดเลือดคัดตัวสารเทโรไอซิส และการเฝ้าระวังภาวะปอดเรื้อรัง อยู่ในระดับง่าย ร้อยละ 52.50, 55, 40.63 และ 47.50 ตามลำดับ

2. ความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (n= 32)

ความพึงพอใจ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. ด้านความเชื่อมั่นในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง (M= 8.88, S.D.= 1.36)		
ระดับปานกลาง (คะแนน 4 - 6)	1	3.12
ระดับมาก (คะแนน 7 - 10)	31	96.88
2. ด้านมาตรฐานในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (M= 8.84, S.D.= 1.42)		
ระดับปานกลาง (คะแนน 4 - 6)	2	6.25
ระดับมาก (คะแนน 7 - 10)	30	93.75
3. ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความเหมาะสมกับบริบทงาน (M= 8.88, S.D.= 1.50)		
ระดับปานกลาง (คะแนน 4 - 6)	3	9.38
ระดับมาก (คะแนน 7 - 10)	29	90.62
4. ด้านความพึงพอใจในภาพรวมเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (M= 8.91, S.D.= 1.69)		
ระดับปานกลาง (คะแนน 4 - 6)	2	6.25
ระดับมาก (คะแนน 7 - 10)	30	93.75

จากตาราง 2 พบว่า ร้อยละความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านความเชื่อมั่นในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ร้อยละ 96.88 ด้านมาตรฐานในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร้อยละ 93.75 ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเหมาะสมกับบริบทงาน ร้อยละ 90.62 และด้านความพึงพอใจในภาพรวมเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 93.75

3. ข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแลทารก ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแลทารกกลุ่มตัวอย่าง (n= 20)

ข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแลทารก	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จำนวนวันใช้ออกซิเจน (วัน) (M= 6, S.D.= 8.36, Min= 0, Max= 37)		
0	3	15
1 – 5	9	45
6 – 10	5	25
11 – 15	2	10
16 – 35	0	0
36 – 40	1	5
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน) (M= 17.65, S.D.= 12.05, Min= 3, Max= 46)		
1 – 7	3	15

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทารกและผลลัพธ์การดูแลทารก	จำนวน(คน)	ร้อยละ
8 – 14	8	40.00
15 – 21	3	15.00
22 – 30	3	15.00
มากกว่า 30 วัน	3	15.00
อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง		
เกิดภาวะปอดเรื้อรัง	1	5.00
ไม่เกิดภาวะปอดเรื้อรัง	19	95.00

จากตาราง 3 พบว่า จำนวนวันให้ออกซิเจน เฉลี่ย 6 วัน โดยข้อมูลมากที่สุด 1 - 5 วัน ร้อยละ 45.00 จำนวนวันให้ออกซิเจนมากที่สุด 37 วัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 17.65 วัน ข้อมูลมากที่สุด 8 - 14 วัน ร้อยละ 40.00 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากที่สุด 46 วัน และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ร้อยละ 5.00

อภิปรายผล

1. ปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงานจริง พบว่า แนวปฏิบัติในห้องคลอดยังไม่ครอบคลุมการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในระยะคลอด และไม่มีการปรับใช้ให้ทันสมัย อาจเนื่องมาจากในห้องคลอดยังเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลมารดา หากทารกมีปัญหาตั้งแต่แรกเกิดก็จะนำส่งให้พยาบาลหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเป็นผู้ดูแลทันที และพยาบาลเหล่านี้แม้จะมีประสบการณ์มาก แต่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหา และในช่วงที่มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติได้มีการปรับปรุงแนวทางให้พยาบาลหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเป็นผู้ดูแลเมื่อทารกมีปัญหา ทำให้ความสามารถพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ระยะก่อนคลอด ทั้งการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดและการดูแลมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อยู่ในระดับง่ายถึงง่ายมาก ส่วนในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดยังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังโดยตรงสอดคล้องกับการศึกษาของ Tobias, Dirk, & Manuel (2021) กล่าวว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ทำให้ผู้ปฏิบัติยังมีการปฏิบัติยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และบางแนวทางเกี่ยวข้องกับการรักษาของแพทย์ ทำให้ไม่มีความชัดเจนในการนำสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมีเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับปัจจัยทางด้านมารดาที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ และต้องปล่อยทารกคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2561 - 2563 เท่ากับ ร้อยละ 27.45, 19.04 และ 32.50 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการทบทวนเวชระเบียนของทารกเหล่านี้ ที่พบว่า ทารกส่วนใหญ่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ (24 - 30 สัปดาห์) ร้อยละ 81.82, มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 1,500 กรัม ถึงร้อยละ 90.90 ผลเอกซเรย์ปอดในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยส่วนใหญ่เป็น Moderate to severe RDS ซึ่งทารกที่มีปัจจัยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ

Groothuis & Makari (2012) ที่ศึกษาการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด จำนวน 5,000 – 10,000 ราย ในปี ค.ศ. 2008 พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม และน้อยกว่า 1,000 กรัม จะมีโอกาสเกิดภาวะปอดเรื้อรังถึงร้อยละ 20 – 35

2. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง เริ่มต้นที่ห้องคลอด โดย 1) ในระยะก่อนคลอด ให้การดูแลมารดาในกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันการคลอดทารกก่อนกำหนด และดูแลมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อลดความรุนแรงของอาการทางระบบหายใจในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะการให้ยาสเตียรอยด์ในมารดาคลอดเพื่อกระตุ้นการสร้างสารลดแรงตึงผิวในปอดทารก เนื่องจากการสร้างสารลดแรงตึงผิวจะสร้างสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ช่วยลดการเกิด Respiratory distress syndrome (Roberts, Brown, Medley, & Dalziel, 2017) ปัญหาสำคัญของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ ปัญหาทางเดินหายใจ 2) ระยะคลอด เน้นการ Early CPAP โดยการใช้ PEEP ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ปอดเปิด เพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Nicolas, Julie, Yifei, David, & Harehsh, 2019) ลดการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังคลอดและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง (Subramaniam, Ho, & Davis, 2016) ร่วมกับการป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากหากเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจน ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนและพลังงานในการสร้างความร้อน เพื่อเพิ่มอุณหภูมิร่างกาย 3) ระยะแรกรับที่ NICU ดูแลจัดการทั้งในระบบหายใจที่เน้นการใช้การช่วยหายใจแบบไม่รุกราน (Non-invasive) การป้องกันการติดเชื้อ และการได้รับสารน้ำสารอาหาร (Early parenteral) 4) ระยะดูแลต่อเนื่องที่ NICU แบ่งเป็นการดูแลระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันการเปิดของหลอดเลือดดักต์สอาร์เทอร์โอซิส และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะปอดเรื้อรังซึ่งจะมีการนัดทารกเพื่อช่วยระบบหายใจ ส่งเสริมระบบย่อยอาหารของทารกแรกเกิด

3. ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรงพยาบาลพัทลุง ในระยะก่อนคลอดและระยะคลอดส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่ายและง่ายมาก เนื่องจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงเป็นส่วนใหญ่ และพยาบาลผู้ดูแลมีประสบการณ์เฉลี่ย 17.80 ปี จึงเกิดความเชี่ยวชาญในบริบทงาน รวมทั้งภายหลังจากการทดลองใช้มีการปรับแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจึงทำให้แนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้จริง ระยะแรกรับที่ NICU และระยะดูแลต่อเนื่องที่ NICU ส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่ายและง่ายมาก เนื่องจากสอดคล้องกับการปฏิบัติจริงที่ผ่านมา แต่มีบางส่วนอยู่ในระดับปานกลางและยาก เนื่องจากแนวปฏิบัติบางข้อเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของแพทย์ เช่น การดูแลให้ได้รับยา เพื่อป้องกันการเปิดของหลอดเลือดดักต์สอาร์เทอร์โอซิส จึงทำให้พยาบาลผู้ดูแลเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติ ส่วนการเฝ้าระวังภาวะปอดเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและยาก เนื่องจากมีแนวปฏิบัติใหม่ที่เพิ่มขึ้น เช่น การนัดทารกอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลผู้ดูแลบางส่วนจึงแสดงความคิดเห็นคะแนนความสามารถอยู่ในระดับปานกลางและยาก แต่เมื่อสุ่มสังเกตการปฏิบัติ พบว่าพยาบาลผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ 100 % วิเคราะห์ได้ว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมสอดคล้องกับผู้ใช้ ทำให้พยาบาลผู้ดูแลสามารถปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทหน่วยงานรวมทั้งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำไปใช้ (Tilokskulchai, 2009)

4. ความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลผู้ดูแลมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีความเห็นพ้องต่อแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งในด้านความเชื่อมั่น ด้านมาตรฐาน ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเหมาะสมกับบริบทงาน (Tilokskulchai, 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Saisree & Kirdpole (2014) พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากต่อการใช้นโยบาย เนื่องจากนโยบายเกิดจากการพัฒนาาร่วมกันของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนกำหนดระยะวิกฤต และพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไขนโยบายให้เหมาะสมกับการปฏิบัติของหน่วยงาน

5. ผลลัพธ์ด้านทารก พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ร้อยละ 5 จำนวนวันใช้ออกซิเจน เฉลี่ย 6 วัน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 17.65 วัน ซึ่งลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ร้อยละ 32.5 จำนวนวันใช้ออกซิเจน เฉลี่ย 9.65 วัน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 30.06 วัน ลดลงน้อยกว่าผลการศึกษาผลการให้สารลดแรงตึงผิวแบบ Insure ที่พบว่า เกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดเรื้อรัง ร้อยละ 10.2 และสอดคล้องกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 18 วัน ของ Prepuettrong (2020) และอีกหลายบทความกล่าวว่าการใช้ Early CPAP ร่วมกับการให้สารลดแรงตึงผิวเป็นอีกทางเลือกที่ช่วยลดการเกิดภาวะปอดเรื้อรังได้ (Maneenut & Simala, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกันมารดาคลอดก่อนกำหนดและดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยในการป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้และติดตามการใช้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อการนำไปใช้อย่างยั่งยืน
2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการและเภสัชกร

References

- Alvarez-Fuente, M., Moreno, L., Mitchell, J. A., Reiss, I. K., Lopez, P., & Elorza, D., et al. (2019). Preventing bronchopulmonary dysplasia: New tools for an old challenge. *Pediatric Research*, 85, 432–441.
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2007). The high- risk newborn & family. In: Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (8thed, pp 344-421.) Philadelphia: Mosby/Elsevier.

- Groothuis, J. R. & Makari, D. (2012). Definition and outpatient management of the very low birth-weight infant with bronchopulmonary dysplasia. *Advances in Therapy*, 29(4), 297-311.
- Hennelly, M., Greenberg, R. G., & Aleem, S. (2021). An update on the prevention and management of bronchopulmonary dysplasia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 12, 405-419.
- Higareda, A. M., Barrera, D. L. J., Cervantes, M. R., Higareda, A. R., Higareda, A. I., & Huerta, V. M. (2012). Efficacy of theophylline single or combined with fluticasone for bronchopulmonary dysplasia treatment. *Pediatric Research*, 72(1), 110.
- Lai, M. M., Acunto, G. D., Guzzetta, A., Boyd, R. N., Rose, S. E., & Fripp, J., et al. (2016). PREMM: Preterm early massage by the mother: Protocol of a randomised controlled trial of massage therapy in very preterm infants. *BMC Pediatrics*, 16, 146.
- Laughon, M. M., Smith, P. B., & Bose, C. (2009). Prevention of bronchopulmonary dysplasia. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 14, 374–382.
- Maneenut, R. & Simala, S. (2017). Nursing care of newborns with broncho-pulmonary dysplasia. *Journal of Health Science*, 26(5), 954-960.
- Morris, I. P., Goel, N., & Chakraborty, M. (2019). Efficacy and safety of systemic hydrocortisone for the prevention of bronchopulmonary dysplasia in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pediatrics*, 178, 1171–1184.
- Nicolas, B., Julie, F., Yifei, W., David, M., & Haresh, K. (2019). Positive end-expiratory pressure for preterm infants requiring conventional mechanical ventilation for respiratory distress syndrome or bronchopulmonary dysplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2). <https://doi:10.1002/14651858.CD004500.pub3>.
- Ningsanon, N., & Hangsaphuk, S. (2018). *Maneevej: new paradigm in healthcare*. Songkhla: neopoint (1995) Inc. (in Thai)
- Pammi, M., Lal, C. V., Wagner, B. D., Mourani, P. M., Lohmann, P., & Luna, R. A., et al. (2019). Airway microbiome and development of bronchopulmonary dysplasia in preterm infants: A systematic review. *Journal of Pediatrics*, 204, 126–133.
- Pasha, A. B., Qing, C. X., & Ping, Z. G. (2018). Bronchopulmonary dysplasia: pathogenesis and treatment. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 16(6), 4315-4321. <https://doi:10.3892/etm.2018.6780>.
- Prepruettrong, A. (2020). Neonatal outcome between INSURE method and conventional method in preterm infants with respiratory distress syndrome. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 4(8), 177-187.

- Roberts, D., Brown, J., Medley, N., & Dalziel, S. R. (2017). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). <https://doi:10.1002/14651858.CD004454.pub3>.
- Rocha, G., Guimaraes, H., & Pereira-da-Silva, L. (2021). The role of nutrition in the prevention and management of bronchopulmonary dysplasia: a literature review and clinical approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6245.
- Saisree, N. & Kirdpole, W. (2014). Development of clinical nursing practice guideline for preterm skin care in neonatal intensive care unit. *Journal of Nursing Science & Health*, 37(3), 1-9.
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidenced based practice model. *Nursing Clinic of North America*, 35(2), 301-309.
- Stoll, B. J., & Adam-Champman, I. (2007). The high-risk infant. In R. M. Kliegman, R. E. Behrman, H. B. Jenson, & B. F. Stanton (Eds.), *Nelson textbook of pediatrics* (18th ed., pp 344-421). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier
- Stoll, B. J., Hansen, N. I., Bell, E. F., Shankaran, S., Laptook, A. R., & Walsh, M. C., et al. (2010). Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD neonatal research network. *Pediatrics*, 126(3), 443-456.
- Strategy and Planning Division, Office of the permanent secretary of MOPH. (2021). *Public health statistics A.D. 2020*. Retrieved January 9, 2021 from https://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf. (in Thai)
- Subramaniam, P., Ho, J. J., & Davis, P. G. (2016). Prophylactic nsal continuous positive airway pressure for preventing morbidity and mortality in very preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(6). <https://doi:10.1002/14651858.CD001243.pub3>.
- The Joanna Briggs Institute. (2016). *The joanna briggs institute EBP database guide*. Retrived January 9, 2021 from <https://www.ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>.
- Tilokskulchai, F. (2009). *Evidence-based nursing: principle and method*. (edited 5th). Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University. (in Thai)
- Tobias, M., Dirk, B., & Manuel, B. B. (2021). Evidence for the management of bronchopulmonary dysplasia in very preterm infants. *Children*, 8(4), 298.
- Vongrabilnam, K. (2013). *Development and evaluation of clinical nursing practice guideline for pain management in elderly trauma patients*. Master of Nursing Science (Adult nursing) Prince of Songkla University. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). *Preterm birth*. Retrieved January 9, 2021 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิตกับปัญหาสุขภาพจิต
ทางด้านอารมณ์ด้านลบของประชากรกลุ่มวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง
The Correlations between Ability to Manage Mental Problems and Negative
Emotional State among Working-Age Population in rural Lampang Province

กฤษฎี ทองบรรจบ^{1,*} และ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ²

Krid Thongbunjob^{1,*} and Sriprapai Inchaiatthep²

¹โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

¹Ngao Hospital, Lampang, ²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

(Received: April 20, 2022, Revised: May 9, 2022, Accepted: May 23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิตกับปัญหาสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ด้านลบของประชาชนวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรวัยทำงาน จำนวน 348 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถจัดการปัญหาทางจิตและการจัดการปัญหาทางจิต มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ด้านลบ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ประชากรวัยทำงานมีความชุกทางภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.14 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 33.91 และความเครียด ร้อยละ 10.06 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.47 มีความสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถจัดการปัญหาทางจิตในภาพรวมกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า การรับรู้ปัญหา มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำกับอารมณ์ด้านลบทั้ง 3 ด้าน ส่วนการจัดการปัญหาที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

จากผลการศึกษา การส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองเมื่อเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต จะนำไปสู่การหาวิธีจัดการปัญหาและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดได้

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพจิต, ทางอารมณ์ด้านลบ, ซึมเศร้า, วิตกกังวล, ความเครียด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: krid.fmpc@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine, from May to June 2020, the correlation between the ability to manage mental problems (recognition, prevention, and management domains) and the negative emotional states (depression, anxiety, and stress) among the working-age population in rural Ngao District of Lampang Province. The sample was 348 working-age people between 25 and 59 years. Simple random sampling was applied. The research tool was a set of questionnaires to assess the ability to manage mental problems, and the three above-mentioned negative emotional states. Its reliability was tested, obtaining values of 0.89 and 0.96, respectively. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's correlation coefficient.

The results showed that the prevalence of depression, anxiety, and stress among the working-age population was at the 24.14, 33.91, and 10.06 percent levels, respectively. The majority of the sample (57.5%) had perception, prevention, and management of mental problems at a good level. The ability to manage mental problems negatively was statistically correlated with depression as well as anxiety. The problem of recognition was negatively and statistically correlated with the three negative emotions. The problem management was negatively and statistically correlated with both depression and stress.

Per findings, it is important to strengthen people's ability to assess their own perceptions of their mental health status, leading to proper management of the mental health problems and resulting in depression, anxiety, and stress reduction.

Keywords: Manage mental problems, Negative emotional states, Depression, Anxiety, Stress.

บทนำ

จากรายงานการศึกษาสถานการณ์ภาระโรคทั่วโลก (Global burden of disease) ตั้งแต่อดีตจนถึงในปี 2562 พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิตและโรคทางจิตใจยังคงเป็นสาเหตุสำคัญในสิบอันดับแรกของภาระโรค โดยพบว่ามีผลกระทบของปัญหาโรคทางสุขภาพจิตอย่างน้อยร้อยละ 10 ของทุกประเทศ และมีจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years lived with disability, YLDs) จากปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นมากกว่า ร้อยละ 14 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 30 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า 596 ล้านคน โรคไบโพลาร์ 113 ล้านคน วิตกกังวล 199 ล้านคน โรคจิตเภทและโรคจิตเวชอื่น ๆ 142 ล้านคน นำไปสู่ปัจจัยที่กระทบกับคุณภาพชีวิต เกิดความทุกข์ทรมาน และเป็นภาระทางสังคมเป็นอย่างมาก (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022)

เช่นเดียวกับในประเทศไทยพบว่าประชาชนมีอาการของโรคจิตเวช 1.7 ล้านคน (3 ลำดับแรก คือ กลุ่มโรควิตกกังวล ความผิดปกติ การควบคุมอารมณ์และการควบคุมตนเอง) มีพฤติกรรมเสพติด 5.6 ล้านคน และเคยมีประสบการณ์พยายามฆ่าตัวตาย ถึง 3.4 แสนคน ในจำนวนนี้กลุ่มที่เข้าถึงบริการสำหรับ

ปัญหาสุขภาพจิตมีเพียง 1 ใน 10 (Sooksompong, Kwansanit, Supanya, Chutha, Kittirattanapaiboon, & Udomitpong, et al., 2016)

ความผิดปกติทางจิตซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ด้านลบ เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้ในประชากรทุกกลุ่มวัย ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ภาวะอารมณ์ด้านลบดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Too, Spittal, Bugeja, Reifels, Butterworth, & Pirkis., 2019) อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต และการช่วยเหลือ หรือการให้การรักษาความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันพบว่า ยังไม่เพียงพอและทั่วถึง ดังนั้น การดำเนินการเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ประชาชนจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังและเร่งด่วนเพื่อสร้างทักษะส่วนบุคคลในการดูแลจัดการตนเองด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นดังกล่าวได้

ความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt., 1997) ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรับรู้และยอมรับเมื่อตนเองมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาต่างๆเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต การดูแลเยียวยาตนเองและสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้อื่นเบื้องต้นในด้านปัญหาสุขภาพจิต (Jorm, 2012) โดยพบว่าระดับความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพจิตขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการกับปัญหา (Jorm, 2000) ในบุคคลที่มีความสามารถสูงในการปรับตัวและจัดการรับมือต่อปัญหาทางสุขภาพจิตได้ดีนั้น ทำให้พิจารณาแนวทางแก้ปัญหาได้หลากหลายทางออกหรือวิธีแก้ไขได้มากขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตหรือสภาวะความวุ่นวายใจต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะลดลง ถ้าหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตก็จะเกิดผลกระทบต่อบุคคลทำให้เกิดความทุกข์ มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาได้ในที่สุด (Venkataraman, Patil, & Balasundaram, 2019)

ข้อมูลของโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง ปี พ.ศ. 2558 – 2562 พบว่า โรคทางสุขภาพจิตที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ โรคจิตเภท (ร้อยละ 25) รองลงมา คือ โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 21) ภาวะเครียดนอนไม่หลับ (ร้อยละ 13) พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (ร้อยละ 8) ในจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน นอกจากนี้ จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภองาว ปีงบประมาณ 2560 - 2563 อำเภองาว จังหวัดลำปาง มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 16.06, 33.9, 24.98, 37.96 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงเกินกว่ามาตรฐานตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องฆ่าตัวตายที่ไม่เกินร้อยละ 7 และในปี 2563 อำเภองาว มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดลำปาง ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 78.57 อยู่ในช่วงกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยนี้ถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ ในขณะเดียวกันมีภาระการรับผิดชอบสูงในการดูแลตนเองและครอบครัว ดังนั้น ผลการศึกษาความสามารถจัดการปัญหาทางจิตของประชากรวัยทำงาน เป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ด้านลบ 3 ภาวะ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด หรือไม่ จะเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมป้องกันทางสุขภาพจิตประชากรกลุ่มวัยทำงานของอำเภองาว จังหวัดลำปาง นี้ได้ต่อไป

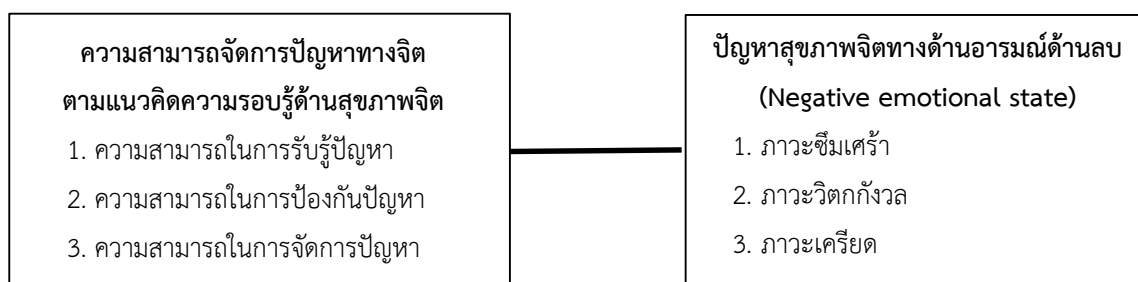
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดของประชากรวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง

สมมติฐาน

ความสามารถจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ด้านลบของประชากรกลุ่มวัยทำงานในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยในอำเภองาว จังหวัดลำปาง ช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 36,153 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยทำงานอายุระหว่าง 25 - 59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภองาว อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละตำบลทั้ง 10 ตำบล ของอำเภองาว จังหวัดลำปาง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Finite population เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและ ความเครียดในประชากรผู้ใหญ่ของจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มากที่สุด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 380 คน เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้ 420 คน โดยได้รับแบบสอบถามตอบกลับมา 348 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาแบบการวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ในด้านความสามารถจัดการปัญหาทางจิต (Mental Health Literacy: MHL) ของ Inchaithep, Punsawat, & Nuntana (2018) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถจัดการปัญหาทางจิต (Management: MN) มีรายละเอียดประเมินความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 1 - 4 ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ผลรวมคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ดีมาก ดี พอใช้ และไม่

ส่วนการวัดความชุกของภาวะอารมณ์ด้านลบใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียด Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Oei, Sawang, Goh, & Mukhtar (2013) จำนวน 21 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0 - 3 ผลรวมคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปกติ ต่ำ ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียดไม่ได้ตรวจสอบความตรงเนื่องจากเป็นแบบประเมินมาตรฐาน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ Cronbach alpha coefficient พบว่า แบบการวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ในด้านความสามารถจัดการปัญหาทางจิต ได้ค่าเท่ากับ 0.89 ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียด ได้ค่าเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลงาว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการตลอดจนกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละขั้นตอนงานวิจัยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่อ่านออกเขียนได้ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับ ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) เนื่องจาก ตรวจสอบพบว่า การแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ (Normal distribution)

โดยเกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะความเครียด (Bart, 1999) มีดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$), ความสัมพันธ์กันสูง ($r = 0.60 - 0.79$), ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$), ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิตกับภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และภาวะเครียด ของประชากรกลุ่มวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง

ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ตามหมายเลขรับรองที่ E 2563-101

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=348)

ข้อมูล	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	152	43.70
หญิง	196	56.30
อายุ (ปี)		
25 - 29	34	9.77
30 - 39	64	18.39
40 - 49	92	26.44
50 - 59	158	45.40
(M= 46.00 ปี, S.D.= 10.17, Min.= 25 ปี, Max.= 59 ปี)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	19	5.46
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	150	43.10
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	132	37.93
อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	14	4.02
ปริญญาตรี	29	8.33
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.15
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	244	70.11
มีโรคประจำตัว	104	29.89
โรคความดันโลหิตสูง	48	46.20
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	36	34.60
โรคเบาหวาน	20	19.20

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.30) มีค่าเฉลี่ยอายุ 46 ปี (S.D.= 10.17 ปี) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 43.10) ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.11) โรคประจำตัวที่มากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.20)

2. ระดับความสามารถจัดการปัญหาทางจิต ดังนี้

ตาราง 2 ระดับความสามารถจัดการปัญหาทางจิต (21 ตัวอย่าง) (n= 348)

ระดับ	ค่าเฉลี่ยรวม	การรับรู้		การป้องกัน		การจัดการ		ความสามารถจัดการปัญหาทางจิต	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	3.51-4.00	0	0.00	27	7.76	21	6.03	2	0.53
ดี	2.51-3.50	190	54.60	169	48.56	178	51.15	200	57.47
พอใช้	1.51-2.50	158	45.40	152	43.68	147	42.24	146	42.00
ไม่ดี	1.00-1.50	0	0.00	0	0.00	2	0.57	0	0.00
		M= 2.56		M= 2.64		M= 2.62		M= 2.61	
		S.D.= 0.29		S.D.= 0.55		S.D.= 0.51		S.D.= 0.38	

จากตาราง 2 พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถจัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 57.47) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า มากกว่าครึ่งมีการรับรู้ และการจัดการอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54.60 และ 51.15) และใกล้เคียงกับการป้องกันที่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 48.56)

3. ความสุขของภาวะอารมณ์ด้านลบ ดังนี้

ตาราง 3 ความสุขของภาวะอารมณ์ด้านลบ (n= 348)

ระดับสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า		ภาวะวิตกกังวล		ความเครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	264	75.86	230	66.09	313	89.94
ผิดปกติ	84	24.14	118	33.91	35	10.06
เล็กน้อย	28	33.33	52	44.07	16	45.71
ปานกลาง	45	53.57	47	39.83	11	31.43
รุนแรง	6	7.14	9	7.63	7	20.00
รุนแรงมาก	5	5.95	10	8.47	1	2.86

จากตาราง 3 พบว่า ภาวะซึมเศร้า ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพจิตปกติ (ร้อยละ 75.86) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ ประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับผิดปกติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.57)

ภาวะวิตกกังวล ประมาณ 2 ใน 3 มีระดับสุขภาพจิตปกติ (ร้อยละ 66.09) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสุขภาพจิตผิดปกติมากที่สุดอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 44.07)

ความเครียด เกือบร้อยละ 90 อยู่ในระดับสุขภาพจิตปกติ (ร้อยละ 89.94) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสุขภาพจิตผิดปกติ มากที่สุดในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 45.71)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ดังนี้

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ระหว่างความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด (n= 348)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ภาวะเครียด
ความสามารถจัดการปัญหาทางจิต	-0.186**	-0.169**	-0.057
1. ด้านการรับรู้ปัญหา	-0.235**	-0.222**	-0.255**
2. ด้านการป้องกันปัญหา	-0.032	-0.052	-0.048
3. ด้านการจัดการปัญหา	-0.211**	-0.064	-0.235**

** $p < 0.01$

จากตาราง 4 พบว่า ความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิตในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{sp} = -0.186$ และ -0.169) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{sp} = -0.235$, -0.222 และ -0.255) ตามลำดับ ส่วนด้านการจัดการปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียดอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{sp} = -0.211$ และ -0.235) ตามลำดับ สำหรับด้านการป้องกันปัญหา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ด้านลบทั้งสามด้าน

อภิปรายผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ด้านความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต (Mental Health Literacy Management: MHL- MN) กับภาวะอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ ความเครียด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถจัดการปัญหาทางจิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 57.47) อาจเนื่องมาจากกลุ่มวัยทำงานเป็นวัยกลุ่มผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์และประสบการณ์การรับมือกับปัญหาต่างๆที่เข้ามากระทบจิตใจมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Inchaithep, Punsawat, & Nuntana (2018) ที่ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนผู้ใหญ่ในจังหวัดลำปาง พบว่ามีความสามารถด้านการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพจิตในแต่ละระดับช่วงอายุของ Farrer, Leach, Griffiths, Christensen, & Jorm (2008) ที่พบว่าความรู้ทางสุขภาพจิตของกลุ่มวัยทำงาน (อายุมากกว่า 25 - 59 ปี) จะอยู่ในระดับที่ดีกว่ากลุ่มวัยรุ่น วัยเรียนและผู้สูงอายุ โดยพบว่าในช่วงอายุ 18 - 24 ปี และอายุมากกว่า 70 ปี ขึ้นไป มีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าวัยทำงาน

ด้านการรับรู้ปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจจะเป็นเพราะว่าในกลุ่มวัยทำงาน ผ่านประสบการณ์การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพจิตทั้งจากประสบการณ์โดยตรงกับตนเอง หรือโดยอ้อมจากปัญหาสุขภาพจิตของคนอื่นในครอบครัว เพื่อน หรือ คนอื่นในสังคม ได้แก่ ความเศร้า เครียด วิตกกังวล ผิดหวัง ท้อแท้ ตลอดจนความคิด

อยากตาย โดยการรับรู้ถึงปัญหาเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังนี้จะส่งผลต่อการดูแลตนเองและการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Inchaithep, Punsawat, & Nuntana (2018) ที่รายงานพบว่า ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของคนในครอบครัว มีผลต่อความสามารถในด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษาวิจัยของ Kaewprom, Yuthavisut, Pratoom, & Boontum (2014) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี พบว่ามีระดับความสามารถในการรับรู้และจำแนกความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดีถูกต้องเกินกว่าร้อยละ 60 ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความเห็นว่า การมีบุคลิกภาพวิตกกังวลและภาวะวิกฤติในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยทางจิต

ส่วนด้านการป้องกันปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มวัยทำงาน มีกิจกรรมของวัยผู้ใหญ่ที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ปัญหาทางด้านจิตใจต่างๆ ที่มีให้เลือกมากกว่าวัยเด็ก วัยรุ่นหรือวัยผู้สูงอายุ เช่น การสังสรรค์ การท่องเที่ยว การแสวงหาความสงบทางใจ การเข้าวัด ปฏิบัติธรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถปรึกษาเรื่องราวความไม่สบายใจเพื่อระบายและวิธีแก้ปัญหาด้านจิตใจได้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam (2014) พบว่า วัยรุ่นจะมีปัญหาในการเลือกวิธีป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้น้อย โดยให้เหตุผลถึงปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายที่สูง ความกลัว อายุ ไม่กล้าปรึกษา และไม่มั่นใจในการขอรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตจากคนรอบตัว เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของ Thangkratok (2020) รายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบว่า มีช่องทางการค้นหาข้อมูลสุขภาพจิตที่จำกัด ภาวะพึ่งพิงจากลูกหลาน การเลือกกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุต้องขึ้นอยู่กับสถานะทางการเงินและบริบทของครอบครัวเป็นหลัก ทำให้มีโอกาสเลือกวิธีป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุได้น้อย

สำหรับการจัดการปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มวัยทำงาน สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นด้วยการค้นหาวิธีการและแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ง่าย ตลอดจนถึงสนใจเข้ารับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและการรักษาทางการแพทย์ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือหรือขออนุญาตจากใครเหมือนกลุ่มวัยเด็ก วัยเรียน หรือ วัยผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dahlberg, Waern, & Runeson (2008) ที่ทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในประเทศสวีเดน และ การศึกษาของ Kaewprom, Yuthavisut, Pratoom, & Boontum (2014) ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ การรับบริการจิตบำบัด การออกไปพบปะผู้คน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการจัดการความเครียด การปฏิบัติธรรม การนั่งสมาธิ และการอ่านหนังสือหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต วิถีลดความเครียด เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตมีอาการดีขึ้น โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มวัยที่ต้องพึ่งพิงอาศัยผู้อื่นในการดูแลตนเองด้านการจัดการปัญหาสุขภาพจิต (White & Casey, 2017)

สำหรับความชุกของภาวะอารมณ์ด้านลบ พบว่า ทั้งภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติมากกว่าครึ่ง อาจจะเป็นเพราะว่า ในกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยทั่วไปสามารถมีภาวะอารมณ์ด้านลบเกิดขึ้นได้เป็นปกติธรรมชาติของมนุษย์ แต่ไม่ได้อยู่ในระดับที่ถือว่าผิดปกติของภาวะสุขภาพจิตตามภาวะอารมณ์ด้านลบทั้งสามด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Komwong, Prasanthanakul, Wongwan, & Phanasathit (2021) ที่ทำการศึกษาปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนใน

เขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าภาวะอารมณ์ด้านลบส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติมากกว่าครึ่งเช่นเดียวกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 76.11, 76.92 และ 82.19 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด พบว่า ในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีความสามารถจัดการปัญหาทางจิตโดยรวมที่สูงจะมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ดี นำไปสู่มีแนวทางในการป้องกันตนเองจากปัญหาสุขภาพจิต และรับมือจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้หลากหลายและได้ผลลัพธ์ที่ดี ทำให้มีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลน้อยกว่าคนที่มีความสามารถจัดการปัญหาทางจิตที่ต่ำ หรือเรียกว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ต่ำ สอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของ Yu, Zi-wei, Mi, Xi-guang, Hui-ming, & Joyce, et al (2015) ที่ทำการศึกษาประชาชนในประเทศจีนโดยใช้แบบสอบถามวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่พัฒนาโดยประเทศจีน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ดีสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมที่ดี โดยมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่น้อยมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอภิปรายรายละเอียดดังนี้

ด้านการรับรู้ปัญหา พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด อยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า บุคคลที่มีความสามารถในการรับรู้และจำแนกปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเองได้เป็นอย่างดี นำสู่การช่วยเหลือจัดการตนเองทางสุขภาพจิตเบื้องต้น มีทัศนคติที่ดีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Bovopoulos, Jorm, Bond, Lamontagne, Reavley, & Kelly, et al (2016) ได้ทบทวนและรายงานการศึกษาโปรแกรมการจัดการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพจิตในสถานที่ทำงานพบว่าเมื่อพนักงานได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเองให้ดีขึ้นแล้วจะนำไปสู่การเริ่มต้นการหาความช่วยเหลือและจัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้รวดเร็วขึ้นนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านจิตใจให้ลดน้อยลงได้ดีกว่าพนักงานที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม

ด้านการจัดการปัญหา พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด อยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า เมื่อบุคคลมีปัญหาสุขภาพจิตแล้วมีความสามารถด้านการจัดการปัญหาที่สูง จะทำให้บุคคลนั้นมีความพยายามแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยอาจขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือค้นหาวิธีการทดลองจนแหล่งช่วยเหลือจากที่ต่าง ๆ หากไม่ได้ผลก็พร้อมที่จะไปขอรับการรักษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ มีความยินดีที่จะบอกเล่าความรู้สึกหรืออาการทางสุขภาพจิตของตนเองแก่ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Madalyn, Henny, & Group (2012) ที่ทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในประชาชนผู้ใหญ่ของประเทศแคนาดา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านการจัดการปัญหาที่ดีจะชอบแก้ปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเองและค้นหาวิธีดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจากหลากหลายแหล่งข้อมูลทั้งจากเพื่อนและคนในครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพ

การประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้านการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงานมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนวัยทำงานอย่างเป็นองค์รวมทั้งสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนนำมาใช้ประเมินผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในด้านทักษะการดูแลตนเองด้านจิตใจและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองที่เป็นรูปธรรม ให้สามารถรับมือและแก้ปัญหาสุขภาพจิตภาวะอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ได้ (Ganaseen, Parker, Hugo, Stein, Emsley, & Seedat, 2008)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการประเมินอารมณ์ด้านลบของประชาชนวัยทำงาน พบภาวะวิตกกังวลตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด หน่วยงานสาธารณสุขจึงควรจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความรุนแรงและลดภาวะวิตกกังวลในประชาชนวัยทำงาน
2. ระดับความสามารถจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ประเมินและพัฒนาความรู้สุขภาพจิตด้านการจัดการปัญหาทางจิตในกลุ่มประชาชนวัยทำงานได้
3. ความสามารถจัดการปัญหาทางจิตด้านการรับรู้ปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรทำการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถรับรู้ภาวะปัญหาอารมณ์ด้านลบของตนเองเมื่อเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต จะนำไปสู่การหาวิธีจัดการปัญหาและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานพัฒนาตนเองให้สามารถจัดการปัญหาทางจิตได้
2. งานวิจัยชิ้นนี้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตประเด็นความสามารถด้านการจัดการปัญหาซึ่งเป็นการประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ เช่น ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ มุมมองต่อปัญหาสุขภาพจิตว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างไรเพิ่มเติม โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ ทั้งฉบับ จำนวน 48 ข้อคำถาม
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าระดับของความรู้ด้านสุขภาพจิตแต่ละระดับส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากภาวะอารมณ์ด้านลบเป็นอย่างไร เช่น โรคจิตเภท โรคย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

References

- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts*: Merrill.
- Bovopoulos, N., Jorm, A. F., Bond, K. S., Lamontagne, A. D., Reavley, N. J., & Kelly, C. M., et al. (2016). Providing mental health first aid in the workplace: A delphi consensus study. *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi:10.1186/s40359-016-0148-x>.
- Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a swedish community sample—investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(1), 8. <https://doi:10.1186/1471-2458-8-8>.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K., Christensen, H., & Jorm, A. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, 8, 125. <https://doi:10.1186/1471-2458-8-125>.

- Ganaseen, K. A., Parker, S., Hugo, C. J., Stein, D. J., Emsley, R. A., & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry*, 11(1), 23-8. <https://doi:10.4314/ajpsyv11i1.30251>.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9, 137-50.
- Inchaithep, S., Punsawat, M., & Nuntana, P. (2018, November 8-10). Mental health literacy among people in Lampang Province, Thailand. In *The 6th Asian Academic Society International Conference (AASIC) A Transformative Community: Asia in Dynamism, Innovation, and Globalization*. Mae Fah Luang University, Chiangrai. (in Thai)
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. <https://doi:10.1192/bjp.177.5.396>.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071>.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. <https://doi:10.1037/a0025957>.
- Kaewprom, C., Yuthavisut, S., Pratoom, L., & Boontum, A. (2014). Mental health literacy among village health workers: A case study of two sub-districts in Klong, Chantaburi. *Journal of Health Science Research*, 8(1), 10-16.
- Komwong, D., Prasanthanakul, J., Wongwan, T., & Phanasathit, M. (2021). Preventive behaviors and mental health problems of population during the first wave COVID-19 pandemic: A case study of health region 1-2, Northern Thailand. *Lanna Public Health Journal*, 17(2), 1-13.
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: A population Based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 26. <https://doi:10.1186/1753-2000-8-26>.
- Madalyn, M., Henny, W., & Group, M. M. R. (2012). Mental health literacy in canadian young adults: Results of a national survey. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 31(1), 1-15. <https://doi:10.7870/cjcmh-2012-0002>.
- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the depression anxiety stress scale 21(DASS-21) across cultures. *Int J Psychol*, 48(6), 1018-1029. <https://doi:10.1080/00207594.2012.755535>

- Sooksompong, S., Kwansanit, P., Supanya, S., Chutha, W., Kittirattanapaiboon, P. & Udomittipong, D., et al. (2016). The thai national mental health survey 2013: Prevalence of mental disorders in megacities: Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61(1), 75-88.
- Thangkratok, P. (2020). Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *Chiang Mai Medical Journal*, 59(3), 163-172.
- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302-313.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>.
- Venkataraman, S., Patil, R., & Balasundaram, S. (2019). Why mental health literacy still matters: a review. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(6), 2723.
<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20192350>.
- White, M., & Casey, L. (2017). Helping older adults to help themselves: the role of mental health literacy in family members. *Aging & Mental Health*, 21(11), 1129-1137.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1206513>.
- Yu, Y., Liu, Z. W., Hu, M., Liu, X.G., Liu, H. M., & Yang, J., et al. (2015). Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a chinese rural population. *BMJ Open*, 5(10), e009054. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00905>.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ
โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guideline (CPG) for Pain
Management among Women with Normal Vaginal Delivery (NVD) at
Pakphanang Hospital in Nakhon Si Thammarat

ทิพรัตน์ ห่อหุ้ม* และ พนิดา สุขพิทักษ์

Thiparat Hohum* and Phanida Sukphithak

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Nursing Department, Pakphanang Nakhon Si Thammarat

(Received: April 21, 2022, Revised: May 9, 2022, Accepted: May 23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยดำเนินงานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติในหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลปากพนัง กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้คลอดปกติที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 จำนวน 40 คน และกลุ่มผู้คลอดปกติที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงมกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่พัฒนาโดยจุฑามาศ บุพสุวรรณ์ พ.ศ. 2551 ดำเนินการศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลออนทารีโอ ปี ค.ศ. 2002 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้คลอดปกติที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4 - 7 และ 8 - 10 เซนติเมตร ($M = 6.38, S.D. = 1.60$ และ $M = 7.20, S.D. = 0.77$) น้อยกว่าผู้คลอดปกติที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระยะปากมดลูกเปิด 4 - 7 และ 8 - 10 เซนติเมตร ($M = 7.29, S.D. = 1.29$ และ $M = 8.28, S.D. = 0.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$)

การนำแนวปฏิบัติมาใช้เพื่อลดความเจ็บปวดนั้นมีประสิทธิภาพเหมาะสมในห้องคลอดและควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้นำไปปฏิบัติกับผู้คลอดทุกคน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก, การจัดการความเจ็บปวด, ผู้คลอดปกติ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Tip_840@hotmail.com)

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of implementing clinical practice guidelines (CPG) for pain management among women with normal vaginal delivery (NVD) in the labor room, at Pakphanang Hospital of Nakhon Si Thammarat. The purposive sampling technique was used to collect data from 40 women with NVD who received routine nursing care from October to November 2021, and 40 women with NVD who received care based on the CPG from December 2021 to January 2022. The research instrument was the CPG for pain management in normal parturient women developed by Buppasuwan (2008). The study was conducted based on the conceptual framework of CPG, which was created by the Registered Nurse Association of Ontario (2002). The data collection tool consisted of the numeric rating pain scale. The data were analyzed using descriptive statistics and an independent t-test.

The results showed that the women with NVD who received care based on the CPG had significantly lower pain scores in a phase of 4-7- and 8-10-centimeter cervical dilatation ($M=6.38$, $S.D.=1.60$ and $M=7.20$, $S.D.=0.77$) than those who received routine nursing care in a phase of 4-7- and 8-10-centimeter cervical dilatation ($M=7.29$, $S.D.=1.29$ and $M=8.28$, $S.D.=0.93$, respectively) at 0.05 level of statistical significance.

The findings suggested that the CPG for pain management should be implemented among women with NVD to reduce their pain, resulting in quality-of-care improvement.

Keywords: Clinical practice guideline, Pain management, Normal vaginal delivery

บทนำ

ความเจ็บปวดที่เกิดในระยะคลอด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อขับสิ่งที่อยู่ภายในมดลูก ได้แก่ ทารก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำ ผ่านทางช่องคลอดออกมาสู่ภายนอก (Sangtongrungrachoen & Ngamkham, 2019) ถึงแม้ว่าการคลอดจะเป็นกระบวนการทางด้านสรีรวิทยาตามธรรมชาติก็ตาม แต่การเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการคลอดถือเป็นภาวะวิกฤตสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะ และสถานการณ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว (Kunneejitmethee, 2017) ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งของตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้ความเจ็บปวดมากขึ้น

จากการศึกษาระบบสรีรวิทยา พบว่าเมื่อมีการเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ ร่างกายจะหลั่งสารอะดรีนาลิน (Adrenaline) และสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น (Sangtongrungrachoen & Ngamkham, 2019) ซึ่งสารเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการทำงานของปากมดลูกและระยะเวลาการคลอด โดยมีผลลดการบีบตัวของมดลูก ทำให้การหดตัวของมดลูกมีไม่เพียงพอที่จะทำให้ปากมดลูกขยายตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระยะเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน เกิดการคลอดล่าช้า และเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจเต้นผิดปกติของทารกในครรภ์คะแนนชีพ (Apgar score) ของทารกแรกเกิดในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ต่ำ และส่งผลให้มีอัตราเกิด

กลุ่มอาการลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น ทารกกกลุ่มนี้จะมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 20 - 50 ส่วนที่รอดชีวิตจะมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคปอดเรื้อรัง ความผิดปกติของระบบประสาทและพัฒนาการ (Kunneejitmethee, 2017) ในด้านมารดา การคลอดล่าช้าจะทำให้หญิงตั้งครรภ์อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เครียดและกลัวการคลอด ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการคลอด ซึ่งการใช้สูติศาสตร์หัตถการนี้เอง เป็นสาเหตุของการติดเชื้อและตกเลือดหลังคลอดได้ ดังนั้นการคลอดโดยไม่เจ็บปวดจึงมีความสำคัญต่อมารดาและทารก (Sangtongrungrachoen & Ngamkham, 2019)

การบรรเทาความปวดในระยะคลอดนั้น จะประกอบด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการใช้เทคนิคบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นบทบาทหลักของพยาบาลในห้องคลอด และเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยอิสระในการให้การพยาบาล (Sangtongrungrachoen & Ngamkham, 2019) รวมทั้งถือว่าเป็นสนับสนุนให้ผู้คลอดเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมกับสภาวะของตนเอง เทคนิคในการบรรเทาความเจ็บปวดมีรูปแบบ เช่น การสัมผัสและการนวด สุคนธบำบัด การใช้ดนตรีบำบัด การใช้เทคนิคการหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจและการประคบประครองด้านจิตใจ (Kaewsiri & Darulrud, 2018; Kunneejitmethee, 2017) อีกทั้งการส่งเสริมความมั่นใจโดยการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดในแต่ละระยะของการเจ็บครรภ์คลอดก็สามารถช่วยให้ผู้คลอดควบคุมอาการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดได้ โดยตัวของผู้คลอดจะรู้สึกปลอดภัยและนำไปสู่การมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและเกิดความพึงพอใจในการคลอด (Sangtongrungrachoen & Ngamkham, 2019) ซึ่งการนำองค์ความรู้การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาที่กล่าวมาข้างต้นมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน พยาบาลห้องคลอดก็จำเป็นต้องยึดแนวปฏิบัติทางคลินิกในการบรรเทาปวดอย่างถูกต้องควบคู่ไปกับองค์ความรู้ ดังนั้น แนวปฏิบัติทางคลินิกจึงถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์องค์ความรู้กับการปฏิบัติเข้าด้วยกัน และเป็นผลที่เกิดจากการพัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ หรือผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน (Jaksan, Muenhong & Jaiwongpab, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่พัฒนาโดย Bupsuwan (2008) ที่สร้างขึ้นจากการนำความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ National Health and Medical Research Council: NHMRC (1999) ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างชัดเจน มีความครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ และมีคุณภาพที่นำมาใช้ในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาก็ได้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่กล่าวมาข้างต้นมาใช้ในการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้คลอดปกติที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเจ็บปวดลดลง และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Srisuwan, 2012)

จากการเก็บข้อมูลในห้องคลอด โรงพยาบาลปากพูน พบปัญหาไม่พึงประสงค์ จากภาวะเจ็บครรภ์คลอด

คือ ทารกแรกคลอดเกิดภาวะ Birth asphyxia 10.56 : 1000, 16 : 1000, 8.54: 1,000 ในปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564 และผู้คลอดมีภาวะตกเลือด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี ร้อยละ 2.11, 2.50, 1.70 ในปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564 เพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดได้ ดังนั้น ความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ มาใช้ในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลปากพนังซึ่งยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่มีความสำคัญ โดยการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติกับไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อนำไปสู่แนวทางการประเมิน การจัดการความเจ็บปวด การวางแผนการพยาบาลผู้คลอด แนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมองค์รวมเข้ากับบริบทของโรงพยาบาล เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่มคลอดโรงพยาบาลปากพนังโดยเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้คลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐาน

ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่พัฒนาโดย Bupsuwan (2008) ประกอบด้วย 1) การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดและจริยธรรม 2) การประเมินความเจ็บปวด 3) การจัดการกับความเจ็บปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด 5) การดูแลต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการในการประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของ Registered Nurses Association of Ontario (2002) ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ผู้ศึกษาและทีมผู้ใช้นโยบายทางคลินิกได้ทำการติดตามถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยประเมินผลลัพธ์จากความเจ็บปวดของผู้คลอด ดังภาพ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ

1. การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดและจริยธรรม 2. การประเมินความเจ็บปวด
3. การจัดการกับความเจ็บปวด ได้แก่ (1) การใช้ท่าศีรษะสูง-การลูบหน้าท้อง (2) การหายใจ-การฟังเสียงดนตรี (3) การประคบร้อนหรือเย็น-การนวด
4. การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด 5. การดูแลต่อเนื่อง
6. การพัฒนาคุณภาพบริการ

ระดับความเจ็บปวด ในผู้คลอดปกติ

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยดำเนินงาน (Operational research) ครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่มาคลอดที่โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปากพนัง ตั้งครรภ์ครบกำหนด และมารับบริการคลอดปกติ โรงพยาบาลปากพนัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปากพนัง ตั้งครรภ์ครบกำหนดมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร เมื่อแรกเข้าที่ห้องคลอดและคลอดปกติทางช่องคลอด เก็บรวบรวมข้อมูลแบบเจาะจงในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดตั้งแต่เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 จำนวน 40 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดคลอดเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปากพนัง ตั้งครรภ์ครบกำหนดมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตรเมื่อแรกเข้าที่ห้องคลอด ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 – มกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 40 ราย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การหาอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.119 (Worapongthorn & Worapongthorn, 2018) ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Independent t-test เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยโดยกำหนดขนาดของอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (Effect size) $d = 0.50$ กำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.90 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 68 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและต้องการให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 79 ราย ผู้วิจัยเพิ่มอีก 1 ราย เพื่อให้แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 ราย และกลุ่มทดลอง 40 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1) ผู้คลอดครรภ์ครบกำหนด มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปากพนัง 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในระยะรอคลอดและระยะคลอด 3) ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร 4) คลอดปกติที่หน่วยงานห้องคลอด 5) สามารถพูดฟังเข้าใจภาษาไทยได้ดี 6) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถพูดฟังเข้าใจภาษาไทยได้ 2) ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา 3) มีการใช้เครื่องมือช่วยคลอด/หรือคลอดผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ผู้วิจัยพัฒนามาจาก Bupsuwan (2008) ประกอบด้วย 1) การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดและจริยธรรม 2) การประเมินความเจ็บปวด 3) การจัดการกับความเจ็บปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด 5) การดูแลต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการโดยการปฏิบัติงานด้วยการประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบบันทึกและตรวจสอบข้อมูลตัวบ่งชี้คุณภาพเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลำดับการตั้งครรภ์ การเตรียมคลอด การได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก วิธีการจัดการความเจ็บปวด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำหรือข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating pain scales) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0 - 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่พัฒนาโดย Bupsuwan (2008) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ตรวจสอบดัชนีความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลห้องคลอด 1 ท่าน และหัวหน้าห้องคลอด 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index :CVI) เท่ากับ 0.96

2. การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ โดยได้นำไปประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทางคลินิก 3 ท่าน โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติสำหรับงานวิจัย The AGREE Collaboration (2001) และได้คะแนนในหมวดที่เป็นสาระสำคัญมากกว่าร้อยละ 50 แนวปฏิบัตินี้จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมในทางปฏิบัติ (Feasibility and appropriateness) เครื่องมือดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติโดยได้นำเอาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดมาใช้กับผู้ป่วยในห้องคลอด เป็นเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นจัดประชุมสอบถามความคิดเห็นและประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลผู้ทดลองใช้ จำนวน 9 คน พบว่า 1) ความง่ายต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทางคลินิกร้อยละ 88.88 2) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 77.77 3) ความเหมาะสมของเนื้อหาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน ร้อยละ 88.88 5) แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอดและทารกแรกเกิด ร้อยละ 88.88 5) แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ได้ ในหน่วยงาน ร้อยละ 88.88 6) ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิก ร้อยละ 77.77 ทีมผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติจนเหมาะสม และใช้ได้จริงกับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การบรรเทาปวดด้วยวิธีประคบร้อน โดยการใช้ลูกประคบร้อน เป็น การใช้กระเป๋าน้ำร้อนเพื่อลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้คลอด และลดขั้นตอนการเตรียมก่อนการใช้ของผู้ปฏิบัติ

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและทีมรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบบันทึกระดับความเจ็บปวดจากกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลปากพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลองจนครบเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อตัวแปรตาม ดังนี้

1. หลังจากโครงการวิจัย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนังเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการศึกษาและดำเนินการใช้แนวปฏิบัติแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ โรงพยาบาลปากพนัง

2. ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยในหน่วยงานเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการลงบันทึกข้อมูลในเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามจนบุคลากรทุกคนสามารถลงบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วนก่อนมีการรวบรวมผลลัพธ์

3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดตามปกติในเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ได้แก่ รวบรวมข้อมูลทั่วไปผลลัพธ์ความเจ็บปวด

4. ดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของ Registered Nurses Association of Ontario (2002) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยการคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมคือแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่พัฒนาโดย Bupsuwan (2008) ผู้วิจัยได้ประเมินความพร้อมของหน่วยงาน และผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประชุมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อสร้างความเข้าใจในแนวทางของการนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหน่วยงานและทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางคลินิกในผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่า ทีมผู้ใช้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ครบทุกขั้นตอน

ผู้วิจัยและทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของ Bupsuwan (2008) ดำเนินการใช้และการปฏิบัติโดยชี้แจงทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เน้นให้ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตระหนัก เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และให้ความรู้การปฏิบัติตามขั้นตอนแนวปฏิบัติทางคลินิก การประเมินความเจ็บปวด รวมทั้งการจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อให้ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้งจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบบันทึกระดับความเจ็บปวด จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ อุปกรณ์การนวด อุปกรณ์การประคบร้อน ประคบเย็น Thumb drive เพลงหมอนใบใหญ่ และหมอนสำหรับหนุนหลังในการจัดทำศิระสูงเผยแพร่นโยบายทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติของ Bupsuwan (2008) โดยจัดเตรียมแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ไว้ประจำห้องคลอด จัดทำ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติมาไว้ที่ห้องคลอด และห้องรอคลอด บริเวณโต๊ะที่ใช้ปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถมองเห็นได้ง่ายและชัดเจน พร้อมจัดทำแผ่นพับและแผ่นความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา โดยแจกให้ผู้คลอดไว้อ่านที่เตียงขณะรอคลอด เพื่อสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ผู้วิจัยและทีมรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความเจ็บปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ที่พัฒนาโดย Bupsuwan (2008)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกลอฟสเมอนอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบเป็นโค้งปกติจึงเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ NSTPH 024/2564 ลงวันที่ 8 เมษายน 2564 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยมีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n= 80)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (n= 40)		กลุ่มที่ไม่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
15-20	6	15.00	5	12.50
21-25	7	17.50	11	27.50
26-30	17	42.50	11	27.50
31 ขึ้นไป	10	25.50	13	32.50
สถานภาพสมรส				
คู่	40	100.00	39	97.50
หม้าย	0	0.00	1	2.50
การศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.00	0	0.00
ประถมศึกษา	2	5.00	4	10.00
มัธยมศึกษา	26	65.00	22	55.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (n= 40)		กลุ่มที่ไม่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อนุสัญญา	10	25.00	10	25.00
ปฏิญญาตรี	2	5.00	4	10.0
อาชีพ				
แม่บ้าน	26	65.00	23	57.50
รับจ้าง	12	30.00	9	22.50
ค้าขาย	2	5.00	8	20.00
ลำดับการคลอด				
ครรภ์ที่ 1	10	25.00	10	25.00
ครรภ์ที่ 2	12	30.00	9	22.50
ครรภ์ที่ 3	11	27.50	9	22.50
ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	7	17.50	12	30.00
การเตรียมคลอด				
ได้รับ	30	75.00	27	67.50
ไม่ได้รับ	10	25.00	13	32.50
ยาเสริมการหดตัวของมดลูก				
ได้รับ	15	37.50	16	40.00
ไม่ได้รับ	25	62.50	24	60.00
สรุปการคลอด				
คลอดปกติ	40	100.00	40	100.00
วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์				
การใช้ท่าศีรษะสูง	21	52.50	21	52.50
การลูบหน้าท้อง	18	45.00	17	42.50
การหายใจ	31	77.50	26	65.00
การฟังเสียงดนตรี	1	2.20	0	0.00
การประคบร้อนหรือเย็น	5	12.50	0	0.00
การนวด	27	67.50	0	0.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันคือ กลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดร้อยละ 45.50 อยู่ในระหว่างอายุ 26 - 30 ปี สถานการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 65.00 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 65.00 ลำดับการคลอดครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 30.00 ได้รับการเตรียมคลอด ร้อยละ 75.00 ได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ร้อยละ 37.50 สำหรับกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

ร้อยละ 32.50 มีอายุตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.00 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 57.50 ลำดับการคลอดครั้งที่ 4 ร้อยละ 27.50 ได้รับการเตรียมคลอด ร้อยละ 67.50 ได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ร้อยละ 40.00 มีการเลือกวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ทั้ง 2 กลุ่ม เลือกใช้วิธีการหายใจมากที่สุด

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดหลังการบรรเทาความปวดระหว่างกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n= 80)

ความเจ็บปวดหลัง ได้รับการพยาบาล เพื่อบรรเทาความ เจ็บปวด	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ทางคลินิก (n=40)		กลุ่มไม่ใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิก (n=40)		Mean- difference	t	p	95% C.I. of the Difference	
	M	S.D.	M	S.D.				Lower	Upper
ปากมดลูกเปิด 4 - 7 เซนติเมตร	6.38	1.60	7.29	1.29	-1.53	1.98*	0.05	1.26	1.81
ปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร	7.20	0.77	8.28	0.93	-1.53	0.81*	0.04	1.18	1.89

$p \leq 0.05$

จากตาราง 2 พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ของการคลอดกับกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยแบ่งเป็นช่วงการเปิดของปากมดลูก 2 ช่วงคือ ปากมดลูกเปิด 4 - 7 เซนติเมตร และปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ($M = 6.38, S.D. = 1.60$ และ $M = 7.20, S.D. = 0.77$) น้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ($M = 7.29, S.D. = 1.29$ และ $M = 8.28, S.D. = 0.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$)

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติที่มาคลอดที่โรงพยาบาลปากพนังจังหวัดนครศรีธรรมราช เปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้คลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลปากพนัง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดช่วงของปากมดลูกเปิด 4 - 7 เซนติเมตร และปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร ($M = 6.38, S.D. = 1.60, M = 7.20, S.D. = 0.77$) น้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ($M = 7.29, S.D. = 1.29$ และ $M = 8.28, S.D. = 0.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนามาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการกระทำอย่างรอบคอบ อย่างมีจุดมุ่งหมาย และมีการใช้หลักฐานที่มีความเป็นธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แตกต่างกับการปฏิบัติทางการพยาบาลแบบดั้งเดิม

ที่อาศัยเพียงความรู้ที่เคยเรียนมาร่วมกับประสบการณ์ ซึ่งผลของการพัฒนาตามลักษณะดังกล่าวมี ประโยชน์ต่อการปฏิบัติทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน (Jaksan, Muenhong, & Jaiwongpab, 2020) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด มีคะแนนความปวดที่ลดลง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การศึกษาของ Srisuwan (2012) พบว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ($p < 0.001$) และในระยะเปลี่ยนผ่านต่ำ ($p < 0.05$) กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Kosoom (2014) ได้ศึกษาวิจัยพบว่า ระดับความปวดในกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) Aussawaponpaisan & Chiwongnakkapun (2021) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนความปวดที่ลดลง ($M = 2.24$) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ ($M = 1.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกของ Registered Nurses Association of Ontario (2002) สำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดที่พัฒนาโดย Bupsuwan (2008) ผลการติดตามพบว่า พยาบาลห้องคลอดมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติครบทั้ง 6 ด้าน โดยเริ่มตั้งแต่ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความตระหนักและให้การพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้คลอดมีการบอกวัตถุประสงค์เป้าหมายการดูแลประโยชน์ความเสี่ยงผลข้างเคียงในการดูแลรักษาให้ผู้คลอดรับทราบและได้รับความยินยอมก่อนให้การพยาบาลใด ๆ กับผู้คลอดมีการประเมินความเจ็บปวดตั้งแต่แรกรับและประเมินความเจ็บปวดอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจนถึงระยะเบ่งคลอดสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaiwongpab, Ruangwattana, Janthawang, Kaewkhampa, Panyoyai, & Jaisin (2019) พบว่า การที่พยาบาลทำการประเมินความปวดให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แม้ผู้คลอดไม่ได้ร้องขอ แสดงว่าพยาบาลเกิดความตระหนักต่อความปวดของผู้คลอดถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดผลลัพธ์ในการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง

ด้านการประเมินอาการปวด พยาบาลมีการประเมินความปวดแก่ผู้คลอดอย่างครอบคลุมสม่ำเสมอต่อเนื่องจนถึงระยะเบ่งคลอดทำให้ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถให้การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างใกล้ชิดจึงทำให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือหวาดกลัวว่าจะเผชิญการคลอดตามลำพัง ช่วยลดความวิตกกังวลทำให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaiwongpab, Ruangwattana, Janthawang, Kaewkhampa, Panyoyai, & Jaisin (2019) พบว่า ผู้คลอดที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการประเมินความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมร้อยละ 99.65 ประเมินอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง ร้อยละ 95.32 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสม ร้อยละ 83.51 และ Jaksan, Muenhong, & Jaiwongpab (2020) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการประเมินความเจ็บปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง ร้อยละ 93.6 มีการประเมินความปวดหลังได้รับการระงับความปวด 15 นาที ร้อยละ 99.5

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติไปใช้ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติจริงหลากหลาย โดยผู้ศึกษาได้จัดการประชุมวางแผนการใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิก จัดทำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จัดทำแผ่นพับและแฟ้มเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา จัดทำแผนภูมิแสดงขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้บนโต๊ะปฏิบัติงาน และในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้ง่าย และชัดเจนเพื่อช่วยให้ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถปฏิบัติตามได้สะดวกมากขึ้น ทำให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการนำไปใช้ สามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง เกิดประสิทธิผลในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลปากพนัง ร้อยละ 88.8 รับรู้ว่ามีความสะดวกต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และมีความเหมาะสมของเนื้อหาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaksan, Muenhong, & Jaiwongpab (2020) พบว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตีกัลยกรรมโรงพยาบาลแพร่ มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ร้อยละ 87.5 แนวปฏิบัติทางคลินิก ฯ มีความสะดวกในการใช้ ร้อยละ 87.5 ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมทุกตัวชี้วัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดลดลง ดังนั้น ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่หลากหลาย ได้แก่ การจัดทำศีรษะสูง การลูบหน้าท้อง การหายใจ การฟังเสียงดนตรี การประคบร้อนหรือเย็น และการนวด โดยทีมวิจัยแจกเอกสารแผ่นพับและแฟ้มให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดทำความเข้าใจได้ในขณะรอคลอด เมื่อผู้คลอดเกิดความสงสัยหรือไม่เข้าใจสามารถสอบถามพยาบาลผู้ดูแลได้ทุกเวลา ส่งผลให้ผู้คลอดมีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดมากขึ้น อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้คลอดเป็นผู้เลือกวิธีการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง ทำให้ผู้คลอดรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการฝึกให้ผู้คลอดสามารถตัดสินใจควบคุมตนเอง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย ซึ่งเป็นการตัดวงจร กลัว-ตึงเครียด-เจ็บปวด (Fear-Tension-Pain) (Ruangsrri, 2021; Sangtongrunghcharoen & Ngamkham, 2019) และมีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด ซึ่งจะส่งผลให้อาการปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษา Borrirukwanit, Jindajumnonng, Pomyen, Junhmanun, Yusuk, & Thayawiwat, et al (2019) ศึกษาทำนั้งมณีเวชต่อระดับความเจ็บปวดขณะรอคลอด พบว่า ผู้คลอดนั่งท่ามณีเวชขณะรอคลอด มีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าผู้คลอดที่นอนรอคลอดปกติทั้งระยะปากมดลูกเปิด 4 - 7 ซม. (M= 7.49 และ 8.04 ตามลำดับ) และ 8 - 10 ซม. (M= 8.63 และ 9.34 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนั้น ในกิจกรรมที่ใช้ในแนวปฏิบัติลดความปวดที่พัฒนา โดยการใช้เทคนิคการหายใจในกลุ่มทดลอง Bupsuwan (2008) จะสามารถลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติ เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการจัดการความปวด เป็นแนวทางเดียวกัน โดยมีการประเมินความปวดด้วยการใช้เครื่องมือวัดระดับความปวด มีการจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมตามระดับของความเจ็บปวด ใช้วิธีการจัดการความเจ็บปวดควบคู่ไปกับการหายใจ เช่น การนวด การฟังเสียงดนตรี จะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดขณะมดลูกหดรัดตัว อีกทั้งมีการกระตุ้น ติดตามให้มีการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย และแสดงถึงความเอาใจใส่ และคลายความวิตกกังวลทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง สามารถควบคุมตนเองในการคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mano, Chunuan, & Samankasikorn (2021) ศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับการหายใจแบบปราณายามะต่อการเจ็บครรภ์คลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเจ็บครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะที่ 2 ของ

การคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.92$; $t = 4.21$; $z = 4.58$; $z = 6.14$; $p < .001$)

ผลการศึกษานี้ แสดงถึงประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ที่พัฒนาโดย Bupsuwan (2008) ไปใช้ตามขั้นตอนของ Registered Nurses Association of Ontario (2002) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดปกติ ที่มีพื้นฐานอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานควรมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเพื่อเป็นมาตรฐานการบริการพยาบาลของหน่วยงาน
2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควรคำนึงถึงความต้องการและความเหมาะสมของผู้คลอดแต่ละราย ความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ สถานที่และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งพยาบาลควรแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาในการคลอดแต่ละวิธี และหากผู้คลอดยังมีความเจ็บปวดมากหลังจากการใช้การจัดการลดความเจ็บปวดด้วยเทคนิคต่าง ๆ ไม่ได้ผล ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้การดูแลที่เหมาะสม หรือให้ได้รับการจัดการลดความเจ็บปวดโดยใช้ยาต่อไป
3. ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ พยาบาลต้องคำนึงถึงจำนวนครั้งของที่มีประสบการณ์การคลอดที่ดีจากการคลอดมาก่อน จะมีความมั่นใจสามารถควบคุมตนเอง และจัดการกับความเจ็บปวดได้ดี

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น และมีการควบคุมตัวแปรที่มีผลกระทบต่อการจัดการอาการปวด เช่น ประสบการณ์การคลอด การฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น

References

- Aussawapongpaisan, P. & Chiwongnakkapun, C. (2021). Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for pain management among surgical critically ill patients in surgical intensive care unit, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 29(1), 139-152.
- Borrirukwanit, K., Jindajumnong, P., Pomyen, S., Junhman, K., Yusuk, K., & Seewan, T., et al. (2019). Nursing effect and duration in pain degree delivery and blood loss. *Journal of Health Science*, 28(3), 457-465.
- Bupsuwan, J. (2008). *Development of clinical practice guidelines for pain management SuratThani Hospital*. Independent research, master of nursing science advanced midwifery program graduate school, Chiang Mai University. (in Thai)
- Jaiwongpab, S., Ruangwattana, S., Janthawang, S., Kaewkhampa, P., Panyoyai, S., & Jaisin, T. (2019). Effectiveness of clinical nursing practice guidelines for pain relief in critically ill patients, Lamphun hospital. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*, 25(1), 49-62.

- Jaksan, A., Muenhong, S., & Jaiwongpab, S. (2020). Development of clinical nursing practice guideline for pain management of postoperative patients at male surgical ward, surgical nursing group in Phrae hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 28(1), 121-134.
- Kaewsiri, P. & Darulrud, C. (2018). Non-pharmacological approaches to management of labor pain. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University*, 8(Special edit), 173-180.
- Kosoom, K. (2014). The outcomes of clinical nursing practice guideline for pain management of postoperative patients at a tertiary level hospital in Prachinburi province. Master of nursing science, adult nursing faculty of nursing, Christian University. (in Thai)
- Kunneejitmethee, T. K. (2017). Pain and pain management during labor. *Apheit Humanities and Social Sciences Journal*, 6(2), 158-165.
- Mano, R., Chunuan, S., & Samankasikorn, W. (2021). Effects of the maneevej exercise technique with pranayama breathing on labor pain and duration of Labor in primiparous women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 69-84.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of the clinical practice guidelines*. Retrieved February 1, 2021 from https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf.file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf.
- Registered Nurse Association of Ontario. (2002). Implementation of clinical practice guidelines. Retrieved February 1, 2021, from <http://www.rnao.org>.
- Ruangsi, P. (2021). A development of practice guideline for pain education in women with caesaren section, Koh Sa Mui hospital. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(9), 144-159.
- Sangtongruncharoen, P. & Ngamkham, S. (2019). Pain management in labor based on the neuromatrix theory. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*, 25(2), 1-12.
- Srisuwan, T. (2012). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for pain management among normal parturients, Lumphun Hospital*. Master of nursing science, advanced midwifery, faculty of nursing, Chang Mai University. (in Thai)
- The AGREE Collaboration. (2001). *The appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument*. London: St. George's Hospital Medical School.
- Worapongthorn, T. & Worapongthorn, S. (2018). Sample size calculation for research project with G*Power program. *Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 41(2), 11-21.

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้
โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

Prevention of Stroke among Patients with Uncontrolled Hypertension:
The Correlations between Health Beliefs and Self-Care Behaviors

ชินกมล สิริยอดยิ่ง*

Chuenkamol Sittiyodying*

โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

Napalai Hospital, Samut Songkhram

(Received: April 24, 2022, Revised: May 18, 2022, Accepted: May 30, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 351 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่า CVI เท่ากับ 0.89 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 – 0.89 รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงกุมภาพันธ์ 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดย Pearson's product moment correlation coefficient

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.55, S.D. = 0.55$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = -0.68, p < 0.01$) การรับรู้ถึงผลประโยชน์การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = 0.58, 0.45, 0.76, 0.51$ และ $0.56, p < 0.01$)

ควรมีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดประสบการณ์ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นให้เห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคและร่วมกันหาแนวทางการป้องกันโรค

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: sittiyodying@gmail.com)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the relationships between health beliefs and self-care behaviors in the prevention of stroke among patients with uncontrolled hypertension. The sample consisted of 351 patients from Napalai Hospital in Samut Songkhram. Data were collected by using a questionnaire created by the researcher. Content validity of the questionnaire was verified by the 3 experts and the CVI was 0.89. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining values of 0.86 – 0.89. Data collection was carried out from December 2021 to February 2022. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation coefficient were used to analyze data.

The results revealed that overall self-care behavior in the prevention of stroke among patients with uncontrolled hypertension was at a moderate level ($M = 3.55$, $S.D. = 0.55$). Perceived susceptibility and disease severity were negatively and significantly correlated with self-care behavior in the prevention of stroke ($r = -0.68$, $p < 0.01$). Perceived benefits and preventive behavior, as well as perceived barriers to their implementation and health motivation, were positively and significantly correlated to their self-care behavior in the prevention of stroke ($r = 0.58, 0.45, 0.76, 0.51$, and 0.56 , respectively, $p < 0.01$).

Per the findings, the health behavior modification program for patients with uncontrolled hypertension to prevent stroke should be run by increasing perceived benefits and reducing perceived barriers to disease prevention and mutually finding ways to prevent the disease.

Keywords: Self-care Behavior, Health Belief Model, Stroke,
Patients with Uncontrolled Hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่ทำให้เกิดการขาดดุลทางระบบประสาทส่วนกลางอย่างกะทันหันอันเป็นผลมาจากการขาดเลือดหรือการตกเลือดที่เกิดขึ้นเองในสมอง (Brunner, 2010) ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากทั่วโลกต้องทนทุกข์ทรมานจากคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงรุนแรงและนำไปสู่ผลกระทบทางสังคมและการรับรู้หลายอย่าง เช่น ปัญหาในการสื่อสาร ความจำเสื่อม การเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ยาก อาการซึมเศร้า และอัมพาต (Adams, Schweitzer, Molenberghs & Henry, 2019) นอกจากผลกระทบด้านสุขภาพแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจอีกด้วย โดยที่ประชุมเศรษฐกิจโลกและองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจะมีการสูญเสียมากกว่า 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในช่วงปี 2554 - 2568 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMIC) (Silberberg, Anand, Michels, & Kalaria, 2019)

อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง โดยในสหรัฐอเมริกา (พ.ศ. 2513 - 2553) เพิ่มขึ้น 100% ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แต่ลดลง 42% ในประเทศที่พัฒนา

แล้ว (Feigin, Lawes, Bennett, Barker-Collo, & Parag, 2009) ล่าสุดมีข้อมูล พบว่า ทั่วโลกมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่า โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (World Health Organization, 2019) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศชาย รองจากอุบัติเหตุจราจร และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง รองจาก โรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราป่วยทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2559 พบจำนวน 451.39 และเพิ่มขึ้นเป็น 506.20 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561 (Ministry of Public Health, 2019) สอดคล้องกับรายงาน สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราตาย เฉลี่ยจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ 48.1 ต่อประชากรแสนคน แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความ รุนแรงอยู่อย่างต่อเนื่อง (Division of Non-Communicable Disease, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม ระบุว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ เพศ และ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายน้อย โรคอ้วน แอลกอฮอล์ การไม่รับประทานยาลดความดันโลหิต ความดันโลหิต ที่ไม่สามารถควบคุมได้ การเป็นเบาหวาน และระดับคอเลสเตอรอล (Silberberg, Anand, Michels, & Kalaria, 2019; O'Donnell, Chin, Rangarajan, Xavier, Liu, & Zhang, et al, 2016; Owolabi & Agunloye, 2013; Li, Engstrom, Hedblad, Berglund, & Janzon, 2005; Li, Yang, Moullaali, Chen, Woodward, & Carcel, et al, 2019; Cummings, Letter, Howard, Howard, Safford, & Prince, et al, 2013) สอดคล้องกับ สมาคมหัวใจอเมริกันวางแผนที่จะลดโรคและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปี 2020 โดยมุ่งเน้นไปที่ ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสำคัญ 7 ประการที่ลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ น้ำหนักตัว และการควบคุมของคอเลสเตอรอล ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด (Benjamin, Blaha, Chiuve, Cushman, Das, & Deo, et al, 2017) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สาเหตุด้านพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ เกิดโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยา ไม่ไป พบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็ม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Siritawee, Lemsadikul, & Nuysr, 2018)

แนวทางการรักษาดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากเน้นที่การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แล้ว ยังรวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับ พฤติกรรมสุขภาพนี้ด้วยตนเอง โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานเค็ม รับประทานอาหารที่มีผักเป็นหลัก ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ควบคุม ระดับไขมันในเลือด และมีการออกกำลังกาย (Lahkum & Intaranongpai, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ เกิดจากการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่าง ถูกต้องสม่ำเสมอจึงจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Ruangchaithaweesuk, Watcharanurak, & Klubklay, 2021) นอกจากนี้ผลการศึกษาวงการการดูแลสุขภาพ พบว่า มีปัจจัยหลาย

อย่างที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงผลประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต (Yoopan, Duangchan, & Jampole, 2017)

จากการศึกษาข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลนภลัย พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8,600 คน ซึ่งเป็นอันดับที่ 1 ในเขตการรับผิดชอบของโรงพยาบาลนภลัย โดยพบว่า ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีมากถึง 4,000 คน (ร้อยละ 85.73) และควบคุมความดันโลหิตได้เพียง 228 คน (ร้อยละ 20.15) และพบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการสูญเสียชีวิต อันดับ 1 เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ (Napalai Hospital Center, 2021) ซึ่งจากการศึกษา พบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเกือบทั้งหมดมาจากพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม ของหมักดอง กะปิ น้ำปลา ร่วมกับการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Ponchaimat & Sangkeang, 2020) จากปัญหาดังกล่าว พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชนของบุคคลนั้น ๆ แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากความนึกคิด ความเข้าใจจนเกิดเป็นความเชื่อ (Belief) ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเรื่องนั้น ๆ ในครอบครัวหรือขยายสู่สังคมเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่มีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Boehme, Esenwa, & Elkind, 2017) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคของบุคคลคือ บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รับรู้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องมีประโยชน์และรับรู้ว่าคุณไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นนั้นด้วยเหตุใด การรับรู้เหล่านี้เป็นแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของบุคคล (Becker, 1974)

การศึกษารุ่นนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลมีการกระทำ การปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคนั้น ๆ การให้ความร่วมมือในการรักษาโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติเพื่อเข้าในระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง (Duangkaew & Sirasoonthorn, 2017) การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาหรือให้ความร่วมมือในการรักษาได้นั้น โดยบุคคลต้องมีความเชื่อในด้านสุขภาพ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกัน (Singco, Changmai, & Toskullkao, 2020) ที่เชื่อมโยงถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลที่สำคัญในการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์วิจัย

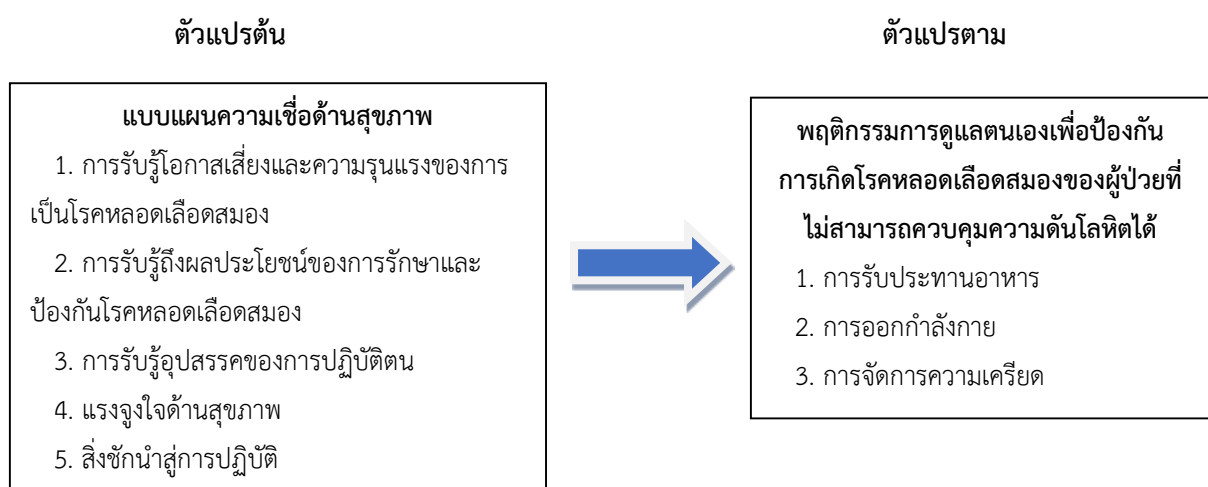
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานของการวิจัย

แบบแผนความเชื่อของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยศึกษาแบบแผนความเชื่อของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามแนวคิดของ Becker (1974) ได้ประยุกต์ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ถึงผลประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เนื่องจากว่าความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติได้ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวสามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องตามแนวคิดของ Becker (1974) 5 ด้าน เพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และไม่มีโรคร่วมอื่นๆ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษาในระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือไม่สามารถทำให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน จำนวน 4,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่มีการขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นมาอย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม นานกว่า 6 เดือน โดยไม่มีโรคร่วมอื่นๆ และภาวะของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
2. อายุระหว่าง 40 – 60 ปี
3. ไม่มีภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง
4. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ Krejcie & Morgan (1970) กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กยอมรับโดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 351 คน นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Simple random sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกแบบจับฉลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงและเป็นมานานอย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอบางคนที่ จังหวัดสมุทรสงคราม ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 351 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสถานะทางสุขภาพผู้วิจัยได้สร้างเอง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การออกกำลังกาย อาการผิดปกติของร่างกาย และสิทธิการรักษาพยาบาล
2. แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย Muanmee

(2017) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย Muanmee (2017) มีการวัด 5 ระดับ คือ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางด้านกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และด้านการพยาบาลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89 และนำไปหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 – 0.89 (Polit & Beck, 2012)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตโรงพยาบาลนภลัยที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยจะสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
3. การตอบแบบสอบถามการวิจัย ใช้เวลาตอบ ประมาณ 30 นาที หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการตอบและรวบรวมไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งประกอบด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดย Pearson's product moment correlation coefficient

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เอกสารเลขที่รับรอง 3/2564 ลงวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.61 โดยมีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.63 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.72 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.54 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.60 มีรายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท

ต่อเนื่อง และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.34 ปี ($S.D. = 2.25$) โดยมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคอยู่ระหว่าง 5 - 9 ปี ร้อยละ 59.33 มีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ร้อยละ 55.91 อาการผิดปกติที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 42.52

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกเป็นรายด้าน ($n=351$)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้	M	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านการบริโภคอาหาร	3.28	0.31	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.18	0.65	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการความเครียด	3.09	0.56	ปานกลาง
4. ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	3.88	0.68	มาก
โดยภาพรวม	3.35	0.55	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.35$, $S.D. = 0.55$) โดยด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($M = 3.88$, $S.D. = 0.68$) และรองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย ($M = 3.18$, $S.D. = 0.65$)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกเป็นรายด้าน ($n=351$)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	ระดับพฤติกรรม
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	3.68	0.61	ปานกลาง
การรับรู้ผลประโยชน์การรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	3.54	0.72	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	3.45	0.65	ปานกลาง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	3.88	0.45	มาก
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	3.55	0.55	ปานกลาง
ภาพรวม	3.53	0.49	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.53$, $S.D. = 0.49$) ส่วนรายด้านที่อยู่ในระดับมาก คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ($M = 3.88$, $S.D. = 0.45$) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($M = 3.68$, $S.D. = 0.61$) ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ($M = 3.55$, $S.D. = 0.55$) ด้านการรับรู้ผลประโยชน์การรักษา และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($M = 3.54$, $S.D. = 0.72$) และด้านการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติ ($M = 3.45$, $S.D. = 0.65$) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสาคร ($n=351$)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	-0.68	<.001**	ปานกลาง
2. การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.58	<.001**	ปานกลาง
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	0.45	<.001**	ต่ำ
4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ	0.76	<.001**	ปานกลาง
5. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	0.52	<.001**	ปานกลาง
ภาพรวม	0.56	<.001**	ปานกลาง

** $p < 0.01$

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -0.68$) ส่วนการรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = 0.52$ และ 0.76) สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = 0.45$) และภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ($r = 0.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.35$, $S.D. = 0.55$) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.63 โดยมีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.61 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและคนในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างนี้จะมุ่งเน้นการทำงานเพื่อหารายได้มากกว่าการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ขาดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palitnont, & Sriarun, & Chadlee, Jantong, Janpurn, & Chaisunan, et al (2018) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana (2017) ด้วยเช่นกัน

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คือ

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและต้องรักษาโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Banyen & Sudta (2020) พบว่า การรับรู้ภาวะหลอดเลือดสมองภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ซึ่ง Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อร่างกายจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

2.2 การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของการรักษาและป้องกันโรค เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ จะยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เช่น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และการพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ไม่เกิดโรคจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งตรงกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) ซึ่งกล่าวไว้ว่าการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ หลีกเลี่ยงโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย การรับรู้ผลประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค

2.3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.45$) เนื่องจาก เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคมากขึ้น เช่น ไปพบแพทย์ตามนัดถึงแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางรวมไปถึงการที่ต้องสูญเสียรายได้ หรือการรบกวน เป็นไปตามแนวคิดของ Becker (1974) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัตินั้นมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ที่ดีมากกว่าผลเสียพบแพทย์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Purateeranrath & Wongpiriyayothar (2019) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

2.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมากขึ้น ยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น เช่น การ ที่บุคคลสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคล ในครอบครัว ได้ ครอบครัวมีการกระตุ้นให้ไปพบ แพทย์ตามนัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลมีพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่าสิ่งจูงใจให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิด พฤติกรรมที่ต้องการออกมาระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพที่กล่าวว่า สิ่งจูงใจให้เกิดการปฏิบัติเป็น เหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับ สุขภาพ (Interested in and concern about health matters) อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในบุคคล โดยมีสาเหตุ มาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก คือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) เป็น เหตุการณ์ หรือสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมี ความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

2.5 การรับรู้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.52$) อยู่ระดับปานกลาง คือ ไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อเกิด ความเจ็บป่วย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยังรับรู้ไม่เพียงพอว่า การไปพบแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย สามารถป้องกันการเกิดโรคได้ดีกว่าปล่อยให้โรคที่รุนแรงแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana (2017) ที่พบว่าสิ่งชักนำไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.6 ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากการศึกษา ครั้งนี้ พบว่า ภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.56$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Loussug, Lawang, & Homsin (2019) ที่พบว่าองค์ประกอบ 5 ภาพรวม ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อ หรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติ นั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคช่วยลดความรุนแรงของโรค การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเอง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะมีผลทำให้เกิดความตระหนักหรือรับรู้ว่ามีปัญหา ทางสุขภาพของตนในขณะนี้เป็นเรื่องที่สำคัญจึงต้องแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะ คุกคามเหล่านั้นอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางสุขภาพครอบครัว และชุมชน ในการนำไปออกแบบระบบการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. คลินิกโรคเรื้อรังและแผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมถ่ายทอดประสบการณ์ จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นให้เห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคและร่วมกันหาแนวทางการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบของการสร้างเสริมสนับสนุนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ เพื่อนบ้าน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข
2. ควรศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
3. ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้นหรือทดสอบประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้
4. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำผลไปวางแผนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

References

- Adams, A. G., Schweitzer, D., Molenberghs, P., & Henry, J. D. (2019). A meta-analytic review of social cognitive function following stroke. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 102, 400–416. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.03.01>.
- Banyen, B., & Sudta, W. (2020). Perception of stroke in hypertensive patients Makhamlom sub-district, Suphan Buri province. *Journal of Safety and Health*, 13(1), 93-101.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and sick role behavior*. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model, and personal health behavior* (pp.82-92). New York: Charles B. Slack.
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., & Deo, R., et al. (2017). American heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee, heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the american heart association. *Circulation*, 135(10), e146–e603. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485>.
- Boehme, A. K, Esenwa, C, & Elkind, M. S. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472-495.
- Brunner L. S. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (12^{ed}). Vol. 1. 2010: Lippincott Williams & Wilkins.

- Cummings, D. M., Letter, A. J., Howard, G., Howard, V. J., Safford, M. M., & Prince, V., et al. (2013). Medication adherence and stroke/TIA risk in treated hypertensives: Results from the regards study. *Journal of the American Society of Hypertension*, 7(5), 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2013.05.002>.
- Division of Non-Communicable Disease. (2020). *Annual report 2020*. Nonthaburi: The Office of Disease Prevention and Control. (in Thai)
- Duangkaew, T. & Sirasoonthorn, P. (2017). An application of marshall H. Becker's health belief model [HBM] in the study of hypertension patients in urban communities in Phitsanulok. *Naresuan University Journals*, 10(3), 101-113.
- Feigin, V. L., Lawes, C. M., Bennett, D. A., Barker-Collo, S. L., & Parag, V. (2009). Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: A systematic review. *The Lancet. Neurology*, 8(4), 355–369. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70025-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70025-0).
- Jangwang, S., Pittayapinune, T., & Chutipattana, N. (2017). Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(1), 110-128.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), pp. 607-610.
- Lahkum, S. & Intaranongpai, S. (2017). Relationship between health belief perception and stroke prevention behavior in high risk patients in Nuea Mueang sub-district, Mueang district, Roiet Province. *Journal Of the police Nurse*, 9(2), 85-94.
- Li, C., Engström, G., Hedblad, B., Berglund, G., & Janzon, L. (2005). Blood pressure control and risk of stroke: A population-based prospective cohort study. *Stroke*, 36(4), 725–730. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000158925.12740.87>
- Li, J., Yang, S. C., Moullaali, T. J., Chen, R., Woodward, M., & Carcel, C., et al. (2019). Sex differences in blood pressure after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of hypertension*, 37(10), 1991–1999. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002116>.
- Loussug W, Lawang W & Homsin P. (2019). The effects of application of the health belief model with family support program on preventive behaviors against cerebrovascular disease among individual at risk. *Journal of Nursing and Education*, 12(4), 32-45.
- Muanmee, W. (2017). *Factor influencing preventive behavior for cerebrovascular disease among hypertensive patients in Bangrakam district, phitsanulok*. Master of nursing science thesis community nurse practitioner, Naresuan University. (in Thai)

- Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. (2020). *Public health statistics A.D. 2019*. Retrieved April 1, 2022 from https://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf. (in Thai)
- Napalai Hospital Center. (2021). *A report non-communicable disease from division of non-communicable disease 2019-2020 from Napalai Hospital, Samut Songkhram*. (in Thai)
- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., & Zhang, H., et al. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (Interstroke): A case-control study. *Lancet (London, England)*, 388(10046), 761–775. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30506-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30506-2).
- Owolabi, M. O., & Agunloye, A. M. (2013). Risk factors for stroke among patients with hypertension: A case-control study. *Journal of the Neurological Sciences*, 325(1-2), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.11.016>.
- Palitnonkert, A., Sriarun, J., Chadlee, N., Jantong, T., Janpurm, A., Chaisunan, C., & Pumpothong, S., et al. (2018). Health belief model related to self-care behavior of patients with hypertension at Bangsamak sub-district health promoting hospital, Bangpakong district, Chachoengsao province. *Apheit Humanities and Social Sciences Journal*, 7(2), 43-52.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed). New York: J.B. Lippincott.
- Ponchaimat, C. & Sangkeang, S. (2020). Factors associated with health care behavior of hypertensive patients in the elderly club in Bang Nok Khwaek sub-district, Bang Khonthi, Samut Songkhra. *Interdisciplinary Management Journal Faculty of Management Science, Buriram Rajabhat University*, 3(1), 65-70.
- Purateeranrath, P. & Wongpiriyayothar, A. (2019). The relationships between health beliefs and health behaviors among essential hypertension patients of hypertension clinic, Surin hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*, 34(2), 257-272.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183
- Ruangchaithaweesuk, K., Watcharanurak, P. & Klubklay, A. (2021). Factors influencing preventive behavior among stroke-risk patients in Songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 217-233.
- Silberberg, D., Anand, N. P., Michels, K., & Kalaria, R. N. (2019). Brain and other nervous system disorders across the lifespan-global challenges and opportunities. *Nature*, 527(7578), S151–S154. <https://doi.org/10.1038/nature16028>.

- Singco, T., Changmai, S., & Toskulkao, T. (2020). The effects of promoting perception of health beliefs program on stroke preventive behaviors and perceived benefit of sustained behaviors in elderly at risk. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 16(2), 43-60.
- Siritawee, C., lemsadikul, W., & Nuysr, M. (2018). Effects of a health behaviors developing program for hypertension patients at Rattanaaburi. *Research and Development Health System Journal*, 13(2), 307-317.
- World Stroke Organization. (2019). Annual reports 2019. Retrieved April 14, 2022 from <http://www.world-stroke.org/about-wso/annual-reports>. (in Thai)
- Yoopan, N., Duangchan, P., & Jampole, P. (2017). Relationships among social support, health beliefs, self-care behaviors and blood pressure of hypertensive. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 10(1). 75-90.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ
เฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่

Factors Related to Hospital Arrival Time of Acute Stroke Patients at Emergency
Department of ChianYai Hospital in Nakhon Si Thammarat

วรรณา บุญสวยขวัญ* และ อมรรัตน์ กลับริด

Wanna Boonsauykwon and Amornrat Klabrod

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Emergency department ChianYai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: April 22, 2022, Revised: May 28, 2022, Accepted: May 30, 2022)

บทนำ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับบริการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2564 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 86 ราย เครื่องมือที่ใช้แบบเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์และค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมาถึงงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ทันเวลา ร้อยละ 61.63 โดยค่าเวลาเฉลี่ยที่มาถึงโรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการเตือน เท่ากับ 231.95 นาที ($S.D. = 280.70$) และปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ($r = -0.253$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สิทธิการรักษา สถานที่และเวลาเกิดอาการ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ อาการที่เป็น วิธีการนำส่ง ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล และการรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้ตระหนักและเฝ้าระวังอาการฉุกเฉินและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันเวลาเพื่อลดความรุนแรงของโรคและลดความพิการ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน, การรับรู้, ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Wanna-b@hotmail.com)

Abstract

This correlational research aimed to explore hospital arrival time and its related factors among patients with acute stroke at the emergency department of ChianYai Hospital in Nakhon Si Thammarat. The sample was 86 transporters and patients with acute stroke. Purpose sampling was applied. Data were collected from 1 September 2021 to 31 March 2022, using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, and correlation was analyzed with Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that more than half of the patients (61.63%) had hospital arrival time within 180 minutes; the mean time for hospital arrival time after the onset of symptoms was 231.95 ($S.D.= 280.70$). Only perceived severity was negatively and significantly associated with the hospital arrival time of acute stroke patients ($r= -0.253, p < 0.05$). There was no significant correlation between other studied factors and the hospital arrival time.

The findings suggest that it is important to educate the general public and those at risk of stroke to be aware of, and watch out for, the emergency symptoms and severity of stroke that require immediate hospitalization so that patients receive prompt, timely treatment to reduce the severity of the disease and reduce disability.

Keywords: Acute Stroke, Perception, Hospital Arrival Time

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกประกอบด้วย ลักษณะอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง อาการที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการแตก ตีบ หรือตันของหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับขนาดหรือตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงหรือบริเวณที่มีเลือดออก โดยภายใน 1 นาทีที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จะทำให้เซลล์ประสาทตายอย่างน้อย 2 ล้านเซลล์และปมประสาทถูกทำลายไป 14 ล้านคน สมองจะเสียการทำงานอย่างถาวรเมื่อขาดเลือดมาเลี้ยงหรือถูกกดจากก้อนเลือดนานกว่า 3 - 6 ชั่วโมง (American Stroke Association, 2012)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก ปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปี ขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Division of Non-communicable Diseases, 2021) และพบว่า ในปี 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 800,749 ราย และเสียชีวิตจำนวนถึง 41,840 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.58 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2562 - 2564 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 8.30, 8.46 และ 9.11 ตามลำดับ ซึ่งสามารถจะเกิดขึ้นได้กับประชาชนทุกเพศทุกวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง และการรักษาโรคหลอดเลือดสมองใน

ปัจจุบัน มีเป้าหมาย คือ ต้องได้รับการรักษารวดเร็วที่สุดและช่วยให้เลือดกลับมาเลี้ยงสมองได้มากที่สุด สถาบันประสาทวิทยาร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการวางระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke fast tract) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง แรกหลังเกิดอาการ มีโอกาสหายเป็นปกติสูง เกิดความพิการลดลง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง และจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Institute of Neurology, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมารับการรักษาล่าช้า กว่า 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการทำให้ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Rt-PA) สอดคล้องกับการศึกษาของ Phokham (2020) คือ ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 1,907.3 นาที และสอดคล้องกับการศึกษาของ Srila, Baotun, Prakphon, & Chanpen (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 26.8 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า อาจเกิดจากความไม่รู้ว่าการเตือนและไม่รู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ถ้าอาการไม่รุนแรงมาก ก็คิดว่าอาการจะดีขึ้นหรืออาจจะหายเอง และคิดว่าเป็นอาการของโรคประจำตัวจะบิบนวดหรือนอนสังเกตอาการที่บ้าน รออาการก่อน และบางรายไม่มีคนพามาโรงพยาบาล ต้องรองจนกว่าญาติหรือคนในครอบครัวว่าง (Rattanaprapha, 2016) และส่วนใหญ่จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย (Sukpongthai, 2017) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก จะใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อย (Khamsareeruk & Jitpanya, 2014) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการ (Binthaisong, 2013; Srila, Baotun, Prakphon & Chanpen, 2019)

จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2562 - 2564 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ เท่ากับ 99, 117 และ 101คน ตามลำดับ และที่มาโรงพยาบาลทันเวลา Stroke Fast Track ภายในเวลา 180 นาที เท่ากับ 31, 55 และ 59 ราย ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 31.31, 47.00 และ 55.44 ตามลำดับ (เวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ใช้เกณฑ์เวลา 180 นาที) ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จะมีผู้ป่วยที่มาทันเวลาเพิ่มขึ้น แต่หากผู้ป่วยที่มาไม่ทันเวลาในระยะที่มีผลต่อการรักษาจะมีภาวะแทรกซ้อน ความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแลในบ้านหรือบุคคลในครอบครัว และอาจจะเสียชีวิตในเวลาต่อมาได้ ทั้งนี้โรงพยาบาลเชียรใหญ่ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Rt-PA เองได้ ต้องส่งต่อโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ทุกราย ซึ่งมีระยะทาง 48 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 40 นาที และรวมเวลาเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้ยาประมาณ 4 ชั่วโมง 30 นาที ทันเวลาให้ยา Rt-PA และมีอาการทางโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง (Butsingh, 2019) และจากข้อมูลงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ปี 2562 - 2564 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีความพิการ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มาทำกายภาพต่อเนื่อง จำนวน 59, 52 และ 45 ราย ตามลำดับ ซึ่งหากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ทันเวลาภายใน 180 นาที จะสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ผู้ป่วยก็จะกลับมามีชีวิตปกติได้มากยิ่งขึ้น ฉะนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จะเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดแนวทางรณรงค์ในการรับการรักษา

ที่ทันเวลา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบแนวทางการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับโรค และความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรค จึงได้คัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross section study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2564 - 31 พ.ศ. มีนาคม 2565 มีจำนวนทั้งหมด 102 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันรายใหม่ ที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2564 - 31 มีนาคม 2565 จำนวน 92 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 86 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบเก็บข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 ส่วน โดยส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบสอบถามของ Binthaisong (2013) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ในครอบครัว โรคประจำตัว และสิทธิการรักษา เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน คำถามเกี่ยวกับ ผู้นำส่ง สถานที่เกิดอาการ เวลาที่เกิดอาการครั้งแรก อาการที่เป็น ระยะเวลาที่มีอาการจนเดินทางมาถึงโรงพยาบาล วิธีการมาโรงพยาบาล การรู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รู้วิธีการแจ้งเหตุ ความต้องการใช้บริการ 1669 ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยให้คะแนน ซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงที่เท่ากัน จากคะแนนเต็ม 3 เห็นด้วย คะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย

การแปลผลค่าคะแนนประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันตามแนวคิดของ Best (1977) คือ การรับรู้สูง (ค่าเฉลี่ย 2.35 – 3.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.68 – 2.34) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.67)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ ลักษณะเป็นมาตราวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน คะแนนของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก กำหนดเกณฑ์การแบ่งคะแนนการรับรู้ คือ คะแนน 0 – 50 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงน้อย และ 51 - 100 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงมาก (Panyaprachoom, 2016)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคหลอดเลือดสมอง (APN) หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 1 ท่าน ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ที่มารับบริการในวันที่ 16 กรกฎาคม - 22 สิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 30 ราย และได้นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ (Polit & Hungler, 1999)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียรใหญ่ เพื่อเก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยและพยาบาลประจำการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ รายละเอียดของเครื่องมือแต่ละข้อ การบันทึกในแบบฟอร์มเก็บข้อมูล และระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

เริ่มเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเองหรือผู้ช่วยวิจัยหรือพยาบาลในเวรนั้น ๆ โดยเก็บข้อมูลส่วนที่ 3 และ 4 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายละเอียดประมาณ 5 นาที หลังจากที่ได้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนอาการคงที่แล้ว รอสั่งต่อไปโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หรืออาจจะเก็บข้อมูลระหว่างส่งต่อ และเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 และ 2 เพิ่มเติมจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ และบันทึกข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และระยะเวลาการมารับการรักษา

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test วิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ เพศ การศึกษา โรคประจำตัว สิทธิรักษาพยาบาล ผู้นำส่ง สถานที่เกิดอาการ ช่วงเวลาที่เกิดอาการ วิธีการมาโรงพยาบาล การรู้จักระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน การรู้จักวิธีการแจ้งเหตุ การต้องการใช้บริการ 1669 และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล สำหรับตัวแปร ได้แก่ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และระยะเวลาการมารับการรักษา โดยใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ ($p < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 031/2564 เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.44 อายุเฉลี่ย 69.77 ปี มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 50.81 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.27 ทุกคนอาศัยอยู่กับบุตร ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.63 รองลงมาคือ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.43

และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 75.58 รองลงมาคือ เบิกได้ ร้อยละ 23.26 ผู้นำส่งมาโรงพยาบาล ร้อยละ 58.15 คือ บุตร เกิดอาการขณะอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 97.67 ส่วนใหญ่เกิดอาการในช่วงเช้าเวลา 08.00-16.00 น. ร้อยละ 47.67 กลุ่มตัวอย่างจะมีการแขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง ทันทีทันใดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.32 และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนเดินทางมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ยใหญ่ มากกว่า 180 นาที ร้อยละ 61.63 เฉลี่ย 231.95 นาที ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวช่วยรถยนต์ส่วนตัวพามาโรงพยาบาล ร้อยละ 87.21 ส่วนใหญ่ไม่รู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 58.14 และไม่รู้วิธีการแจ้งเหตุ ร้อยละ 54.65 ต้องการใช้บริการ 1669 ร้อยละ 96.51 และส่วนใหญ่บ้านอยู่ห่างจากโรงพยาบาล มากกว่า 10 กิโลเมตร ร้อยละ 60.47 เฉลี่ยระยะทาง 10.55 กิโลเมตร

2. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ดังนี้

ตาราง 1 ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (n= 86)

ระยะเวลาการมารับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
มารับการรักษาทันเวลา (≤ 180 นาที)	53	61.63
มารับการรักษาล่าช้า (> 180 นาที)	33	38.37

(M= 231.95, S.D.= 280.70, Min= 15, Max= 1,500)

จากตาราง 1 พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมาแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ มารับการรักษาได้ทันเวลา (ร้อยละ 61.63)

2. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ดังนี้

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (n= 86)

ข้อความ	M	S.D.	ระดับ
1. ท่านคิดว่าหลังตื่นนอนในตอนเช้า ถ้าท่านพบว่ามีอาการพูดไม่ได้ หรือพูดไม่ชัด แขน ขาไม่มีแรงซีกใดซีกหนึ่ง เป็นอาการของอัมพาต	2.80	0.53	สูง
2. ท่านคิดว่าคนที่มีอาการตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมีอาการปากเบี้ยวเป็นอาการของอัมพาต	2.79	0.52	สูง
3. ท่านคิดว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการเดียวกับอัมพาต	2.61	1.09	สูง
4. ท่านคิดว่าโรคอัมพาตเกิดจากเส้นเลือดในสมองอุดตันทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง	2.52	0.55	สูง
5. ท่านคิดว่าอัมพาตเกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก ทำให้สมองไม่ทำงาน	2.71	0.48	สูง
6. ท่านคิดว่าอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด จากนั้นแล้วอาการดังกล่าวได้หายไป ท่านคิดว่ายังเป็นอาการของโรคอัมพาต	2.94	0.24	สูง
ภาพรวม	2.73	0.33	สูง

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ในภาพรวมอยู่ระดับสูงทุกข้อ (M= 2.73, S.D.= 0.33) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ท่านคิดว่าอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด

จากนั้นแล้วอาการดังกล่าวได้หายไป ท่านคิดว่ายังเป็นอาการของโรคอัมพาต ($M = 2.94, S.D. = 0.24$), ท่านคิดว่าหลังตื่นนอนในตอนเช้า ถ้าท่านพบว่ามือมีอาการปวดไม่ได้ หรือปวดไม่ชัด แขน ขาไม่มีแรงซีกใดซีกหนึ่ง เป็นอาการของอัมพาต ($M = 2.80, S.D. = 0.53$) และท่านคิดว่าคนที่มือมีอาการตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมือมีอาการปากเบี้ยว เป็นอาการของอัมพาต ($M = 2.79, S.D. = 0.52$) ตามลำดับ

3. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ดังนี้

ตาราง 3 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ($n = 86$)

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้สูง	86	100.00
ระดับการรับรู้ปานกลาง	0	0.00
ระดับการรับรู้ต่ำ	0	0.00

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีการรับรู้อยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ร้อยละ 100.00)

4. การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ดังนี้

ตาราง 4 ระดับการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ($n = 86$)

การรับรู้ (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ความรุนแรงในระดับน้อย (คะแนน 0 - 50)	4	4.65
ระดับการรับรู้ในระดับมาก (คะแนน 51 - 100)	82	95.35

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.35 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับมาก และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อยเพียง ร้อยละ 4.65

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ดังนี้

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ($n = 86$)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		χ^2	df	p-value
	ทันเวลา จำนวน (ร้อยละ)	ล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)			
ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล					
เพศ			0.353	1	0.552
ชาย	37 (63.79)	21 (36.21)			
หญิง	16 (57.14)	12 (42.86)			

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		χ^2	df	p-value
	ทันเวลา จำนวน (ร้อยละ)	ล่าช้า จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา			0.280	1	0.597
ตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา	34 (59.64)	23 (40.35)			
สูงกว่าประถมศึกษา	19 (65.52)	10 (34.48)			
การมีโรคประจำตัว			1.005	1	0.316
ไม่มีโรคประจำตัว	11 (52.38)	10 (47.61)			
มีโรคประจำตัว	42 (64.62)	23 (35.38)			
สิทธิการรักษาพยาบาล			1.491	2	0.474
จ่ายเงินเอง	1 (100.00)	0 (0.00)			
เบิกได้	14 (70.00)	6 (30.00)			
บัตรประกันสุขภาพ/ประกันสังคม	38 (58.46)	27 (41.54)			
ผู้นำส่ง			1.052	1	0.305
บุคคลในครอบครัว	52 (62.65)	31 (37.35)			
บุคคลอื่น	1 (33.33)	2 (66.67)			
สถานที่เกิดอาการ			Fisher's Exact Test		0.521
บ้าน	51 (60.71)	33 (39.29)			
ที่อื่น	2 (100.00)	0 (0.00)			
ช่วงเวลาที่เกิดอาการ			2.863	2	0.239
เช้า (8.00 – 16.00 น.)	29 (70.73)	12 (29.27)			
บ่าย (16.01 – 24.00 น.)	8 (50.00)	8 (50.00)			
ดึก (0.01 – 7.59 น.)	16 (55.17)	13 (44.83)			
วิธีการมาโรงพยาบาล			0.717	3	0.869
มาเอง	2 (66.67)	1 (33.33)			
บุคคลในครอบครัว	46 (61.33)	29 (38.67)			
เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน	1 (100.00)	0 (0.00)			
รถโรงพยาบาล/มูลนิธิ	4 (57.14)	3 (42.86)			
การรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			0.655	1	0.415
รู้จัก	24 (66.67)	12 (33.33)			
ไม่รู้จัก	29 (58.00)	21 (42.00)			
การรู้จักวิธีการแจ้งเหตุ			0.185	1	0.667
รู้จัก	25 (64.10)	14 (35.90)			
ไม่รู้จัก	28 (59.57)	19 (40.43)			

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		χ^2	df	p-value
	ทันเวลา	ล่าช้า			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การต้องการใช้บริการ 1669					
ต้องการ	51 (61.45)	32 (38.55)	Fisher's		1.00
ไม่ต้องการ	2 (66.67)	1 (33.33)	Exact Test		
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล			0.861	1	0.353
< 10 กิโลเมตร	23 (67.65)	11 (32.35)			
≥ 10 กิโลเมตร	30 (57.69)	22 (42.31)			

จากตาราง 5 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่

เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ ในระดับต่ำไปในทิศทางลบ ($r = -0.253$) ส่วนอายุ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ความรุนแรง กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่

		ระยะเวลาการมารับการรักษา
อายุ	ค่าสหสัมพันธ์	0.084
	p - value	0.441
	ระดับความสัมพันธ์	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้เกี่ยวกับโรค	ค่าสหสัมพันธ์	-0.111
	p - value	0.309
	ระดับความสัมพันธ์	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรง	ค่าสหสัมพันธ์	-0.253*
	p - value	0.019
	ระดับความสัมพันธ์	มีความสัมพันธ์ต่ำ

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษานี้พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน เฉลี่ยเท่ากับ 231.95 นาที ($S.D.=280.70$) ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลทันเวลาภายใน 180 นาที ร้อยละ 61.63 สอดคล้องกับการศึกษาของ Punyaprachum (2016) ที่พบว่า ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจนถึงโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 73.43 นาที ($S.D.=53.70$) ซึ่งทันภายในเวลา 180 นาที (ใช้เกณฑ์เวลา 180 นาที ซึ่งเป็นเกณฑ์คัดผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke fast track ของโรงพยาบาล เนื่องจากสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกาได้จัดทำขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดโดยมีเป้าหมายเกี่ยวกับระยะเวลาในการมารับการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดไม่ควรเกิน 3 – 4.5 ชั่วโมง โรงพยาบาลเชียรใหญ่ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Rt-PA ได้ ต้องส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทुरาย ระยะทาง 48 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 40 นาที และใช้เวลาในการเตรียมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดทันภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที) อาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ เกิดอาการที่บ้านร้อยละ 97.67 เกิดอาการในช่วงกลางวัน เวลา 08.00-16.00 น. ร้อยละ 47.67 และผู้ป่วยทุกคนมีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ จึงสามารถพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่อยู่บ้านคนเดียว (Khamseeruk & Jitpanya, 2019) และผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นในตอนกลางคืนมักจะรับรู้ถึงอาการผิดปกติในตอนเช้า ส่งผลให้ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า และจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร (ร้อยละ 58.15) พาผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลรถยนต์ส่วนตัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 87.21 ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่รู้จักระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 58.14) และใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพียงร้อยละ 8.14 อธิบายได้ว่า เนื่องจากว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการที่บ้าน โดยมีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยจึงนำส่งโรงพยาบาลและมีรถยนต์ส่วนตัว หากต้องรอรถพยาบาลมารับที่บ้านอาจจะส่งผลให้รอนาน จึงตัดสินใจเดินทางเองด้วยรถยนต์ส่วนตัวจะสะดวกกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Khammak & Sindhu (2015) พบว่า ไม่มีผู้ป่วยแม้แต่รายเดียวที่ถูกนำส่งโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hansuthiwetkul, Chenthanakij, & Chamnankul (2012) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามีรถส่วนตัวสามารถมาโรงพยาบาลเองได้และไม่เข้าใจบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรู้สึกว่าการเจ็บป่วยนั้นเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องเรียกรถพยาบาลมารับ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Phokham (2020) ที่พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ย 1,907.3 นาที และต่างจากการศึกษาของ Srila, Baotun, Prakphon, & Chanpen (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 3 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 26.8 และต่างจากการศึกษาของ Khantichit, Saenchaisuriya, & Thepwan (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมาถึงโรงพยาบาลช้ากว่า 180 นาที ร้อยละ 76.3 ค่าเฉลี่ยของการใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนเดินทางมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Pre-hospital time) เท่ากับ 1,117.7 นาที ($S.D.=1,556.4$)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษานี้พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($M=2.73, S.D.=0.33$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ถึง อาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขาไม่มีแรง ซีกใดซีกหนึ่ง อาการตามัว มองเห็นภาพซ้อน เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่

ตอบว่า ไม่แน่ใจ หรือไม่รู้ว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาอย่างเร่งด่วนให้ทันเวลา ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Sawangmongkol, Masingbun, & Kunsongkiat (2020) ที่พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.6 ไม่แน่ใจ เกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษาโรคสมองขาดเลือดที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมง หลังมีอาการ และมากกว่าร้อยละ 50 ไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการแสดงและอาการเตือนของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแปลผลจากค่าเฉลี่ย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 17.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน จะเห็นได้ว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดและเมื่อพิจารณาคำตอบรายข้อ ด้านความรู้ ส่วนใหญ่ตอบไม่แน่ใจ และแตกต่างจากการศึกษาของ Chaiyo (2014) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อย จะมีโอกาสเข้ารับการรักษาโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระยะเวลาเกินกว่า 180 นาที (3 ชั่วโมง) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า ความไม่แน่ใจของผู้ป่วยหรือญาติ ส่งผลให้การตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 75.93 คะแนน ($S.D.=10.77$) อยู่ในระดับมาก (51 - 100 คะแนน) ร้อยละ 95.35 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jayaphong, Sritumsuk, Charoensan, Chamnongchit, Munsil, & Pansri (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 78.75 ($S.D.= 17.99$) และ Phokham (2020) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.83 ($S.D.= 0.62$) รวมถึง Panyachum (2016) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 81.54 คะแนน ($S.D.= 16.52$) โดยมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก (51 - 100 คะแนน) ร้อยละ 92.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Binthaisong (2013) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Sawangmongkol, Masingbun, & Kunsongkiat (2020) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ (0 - 50 คะแนน) เฉลี่ย 29.29 คะแนน ร้อยละ 8.1 ($M= 29.29, S.D.= 24.69$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r= -0.253$) กับระยะเวลาการมารับการรักษาหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของ Becker (1974) อ้างใน Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Amnatsatsue (2012) ให้ความหมาย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้น อาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อน้ำที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจาก

ผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก จะใช้ระยะเวลาไปโรงพยาบาล น้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ของ Binthaisong (2013) และ Khantichit, Sanchaisuriya, & Thepwan (2015) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงได้รับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก จะใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงได้รับการรักษาน้อยและจากการศึกษาของ Panyachum (2016) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่า การมารับการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่ล่าช้า ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้นำส่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Srila, Baotun, Prakphon, & Chanpen (2019) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่ง มีความสัมพันธ์ผกผันกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระยะเฉียบพลัน และจากการศึกษาของ Jayaphong, Sritumsuk, Charoensan, Chamnongchit, Munsil, & Pansri (2020) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาของผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลัง เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.325$, $p\text{-value} = 0.040$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Khamsareeruk & Jitpanya (2019) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการและความสำคัญของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญที่ .01 ($r = -0.048$, -0.339 ตามลำดับ) เมื่อรับรู้ความรุนแรงของอาการมาก ระยะเวลาการมารับการรักษา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ใช้เวลาน้อย แต่ถ้ารับรู้ความรุนแรงของอาการน้อย ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้เวลามาก ทำให้เกิดความล่าช้า ในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้ ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่มาถึง งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่เล่าช้ากว่า 180 นาที ให้ข้อมูลว่า ไม่ได้คิดว่าอาการขาแขนขาจะเป็นอาการที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายใด ๆ จึงได้ช่วยกันปีนวด รอกว่าสักพักจะดีขึ้นเอง จึงทำให้เสียโอกาสในการรับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจะทำให้เป็นผลดีต่อการฟื้นหายของโรค และจากการสัมภาษณ์ผู้นำส่งที่มาส่งผู้ป่วยที่มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด บอกว่าเห็นอาการผู้ป่วยแล้วตัวเองคิดว่าอาการรุนแรงมาก ไม่เคยเห็นอาการแบบนี้ จึงรีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยหรือญาติรับรู้ อาการที่พบมีความรุนแรง จะส่งผลให้รีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ระยะเวลาการมารับการรักษาตั้งแต่เกิดอาการ ก็จะน้อย ผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาเร็ว ทันเวลาในการรับยาละลายลิ่มเลือด สมองจะได้รับเลือดไปเลี้ยงเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยของโรคหลอดเลือดสมองลดความพิการ คุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยงานจึงควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนทั่วไป เช่น การให้ข้อมูลความรุนแรงของโรคแก่คนในชุมชนด้วยเสียงตามสาย สื่อออนไลน์ หรือสอดแทรกในการประชุมอบรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือแม้แต่

กลุ่มที่ไม่เสี่ยง เพราะจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันไม่มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 24.41 เพื่อการตัดสินใจในการรับการรักษาที่ทันเวลา เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดภาวะพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ในอำเภออื่นๆ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงได้ว่าเนื่องจากกระบวนการคมนาคม สภาพการจราจร หรือระบบบริการสุขภาพในแต่ละอำเภอทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคฉุกเฉินต่างๆ

References

- American Stroke Association. (2012). *Latest news about stroke*. Retrieved from <https://www.stroke.org>.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Binthaisong, T. (2013). Factors related to the time of arrival at the hospital after the onset of symptoms of acute stroke patients. *Kuakarun Journal*, 20(1), 15-29.
- Butsingh, N. (2019). *Nursing care of patients with acute stroke*. *Journal of the Nursing Council*, 34(3), 15-29.
- Chaiyo, S. (2014). *Factors predicting the visiting time in patients with acute ischemic stroke*. Master of nursing science thesis in adult nursing, graduate school, Khon Kaen University. (in Thai)
- Division of Non-communicable Diseases. (2021). *Office of risk communication department of disease control*. Retrieved April 1, 2022 from <https://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease=data.php>. (in Thai)
- Hansuthiwetkul, N., Chenthanakij, B., & Chamnankul, B. (2012). Why do people in Chiang Mai so do not call for emergency medical services when an emergency or an accident. *Research Journal Public Health Systems*, 6(2), 268-277.
- Institute of Neurology. (2015). *Stroke nursing guidelines for general nurses (Complete edition)*. Bangkok: Institute of Neurology.
- Jayaphong, S., Sritumsuk, W., Charoensan, P., Chamnongchit, S., Munsil, J., & Pansri, S. (2020). A study of violence, perceived severity of disease in relation to hospital arrival times of acute stroke patients. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 21(2), 273-285.

- Khantichit, P., Sanchaisuriya, P., & Thepwan, P. (2015). The period of treatment of ischemic stroke patients in Ubon Ratchathani province. *Journal of Health Systems Research*, 10(3), 227-228
- Khammak, U. & Sindhu, S. (2015). Duration of fibrinolytic drugs on neurological recovery in acute ischemic stroke patients. Thammasat University hospital. *Royal Thai Army Nursing Journal*, 16(2), 106-112.
- Khamsareeruk, J. & Jitpanya, C. (2019). Factors related to the duration of treatment of patients with acute ischemic stroke. *Journal of the Police Nurses*, 7(2), 106-119.
- Panyachum, P. (2016). *Factors related to hospital admission using expressway network system for acute stroke patients*. Master of nursing science program thesis, adult nursing faculty of nursing Thammasat University. (in Thai)
- Panyaprachoom, P. (2016). *The factors related to seeking treatment at a hospital using a stroke fast track referral network system with acute stroke patients*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science department of adult nursing faculty of nursing, Thammasat University. (in Thai)
- Powwattana A, Kalampakorn S, Lagampan S, Amnatsatsue, K. (2012). *Health promotion and disease prevention in community: an application of concepts and theories to practice*. 2nd ed. Khonkaen: Klungnana Vitthaya Printing House. (in Thai)
- Phokham, S. (2000). Stroke expressway perceived in acute ischemic stroke patients Somdej Phrayuparaj Kranuan hospital KhonKaen province. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 15(4), 66 -75.
- Pilit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and method*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rattanaprapha, Y. (2016). Factors related to treatment duration of stroke patients acute ischemic Chum Phae hospital KhonKaen province. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 13(4), 13-27.
- Sawangmongkol, W., Masingbun, K., & Kunsongkiat, W. (2020). Delay in hospitalization of relatives of acute stroke patients. *Faculty of Nursing Journal Burapha University*, 28(3), 90-101.
- Srila, P., Baotun, R., Prakphon, P. & Chanpen, U. (2019). Factors related to the time to hospital arrival after the onset of acute stroke patients. *Phraphutthabat Hospital Journal of Clinical Medicine Education Center Phrapokklao Hospital*, 30(1), 7-15.
- Sukpongthai, S. (2017). Caring for acute stroke patients entering the expressway Deparat hospital NakhonRatchasima. *Medicine MaharajNakhonRatchasima Hospital*, 39(1) 31-38.

การประเมินผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์
ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ: กรณีศึกษาเรือนจำอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
Evaluation of an HIV Prevention and Medical Practice Program for Prisoners:
A Case Study of Pakphanang District Prison, Nakhon Si Thammarat Province

สีฟ้า มงคลการุณย์^{1,*}, มิลินดา แววรรณจิตร² และ สุภาวรรณ แพรกทอง³

Seepha Mongkolkaroon^{1,*}, Milunda Waewanjit² and Supawan Praktong³

¹โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช, ²เรือนจำปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช,

³สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช

¹Pak Phanang Hospital, Nakhon Si Thammarat Province, ²Pak Phanang Prison, Nakhon Si Thammarat Province,

³The Office of Disease Prevention and Control 11

(Received: May 24, 2022, Revised: June 9, 2022, Accepted: June 13, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงประเมิน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับโปรแกรม ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาล เรือนจำ และผู้ต้องขัง จำนวน 169 คน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทดสอบความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.86 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า หน่วยปฏิบัติเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดราชทัณฑ์ปันสุข โดยใช้การประเมินตามแบบจำลอง CIPP ประกอบด้วย บริบทสภาพแวดล้อมการบริหารจัดการเชิงนโยบาย ปัจจัยนำเข้าด้านความเพียงพอของทรัพยากรอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.23, S.D. = 0.11$; $M = 4.45, S.D. = 0.06$) ตามลำดับ กระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรม ความครอบคลุมต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม อยู่ในระดับมาก ($M = 3.41, S.D. = 0.06$) ความรู้ในการป้องกันเอชไอวีเอดส์ของผู้ต้องขังอยู่ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.95) พฤติกรรมส่งเสริมป้องกันกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.10, S.D. = 0.60$) ประสิทธิภาพของโปรแกรม ผู้ต้องขังทุกรายได้รับการคัดกรองเอชไอวีเอดส์เมื่อแรกจับ และมีผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวีเอดส์รายใหม่ ร้อยละ 1.33, 0.80, 0.47 และ 1.40 ในปี พ.ศ. 2560 - 2563 ตามลำดับ โดยผู้ต้องขังที่ตรวจพบเชื้อได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทุกราย ซึ่งการดำเนินงานพบปัญหาโดยรวม คือ การคัดกรองในผู้ต้องขังรายเก่าประจำยังไม่ผ่านเกณฑ์ และการจัดระบบการส่งต่อการรักษาต่อเนื่องกรณีผู้ต้องขังพ้นโทษ

ข้อเสนอแนะ 1) ควรจัดระบบส่งต่อการรักษาต่อเนื่องในกรณีผู้ต้องขังพ้นโทษและต้องกักขังต่อในระบบสุขภาพ 2) ควรจัดให้บริการโทรศัพท์ทางไกลในการสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ต้องขัง 3) ควรมีระบบเชื่อมต่อการรักษา เมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษและรับยาต้านไวรัสต่อเนื่องในระบบสุขภาพ

คำสำคัญ: การประเมินโครงการ, เรือนจำ, การป้องกันโรคเอดส์, เวชปฏิบัติ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: seepha2517@gmail.com)

Abstract

This evaluation research aimed to assess the context, inputs, processes, and effectiveness of an HIV prevention and medical practice program for prisoners. The sample was 166 participants including workers from Pak Phanang Hospital and Pak Phanang Prison of Nakhon Si Thammarat Province. Both quantitative and qualitative data were collected using questionnaires and in-depth interviews developed by the researcher. The reliability of the questionnaire regarding knowledge was tested using K-R 20, obtaining a value of 0.86. The other parts of the questionnaire were tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining a value of 0.85. Data were collected in May 2022 and analyzed using descriptive percentages, mean, standard deviations, and content analysis.

Results revealed that in terms of context, the satisfaction towards management support and policy monitoring was at a high level ($M = 4.23$, $S.D. = 0.11$). For inputs, the resource sufficiency was at the highest level ($M = 4.45$, $S.D. = 0.06$). And the knowledge was also at a high level (84.95%). The HIV AIDS prevention behaviors were at a high level ($M = 4.10$, $S.D. = 0.60$). In terms of process, the coverage pertaining to the activities was at a medium level ($M = 3.41$, $S.D. = 0.06$). All inmates were initially screened for HIV AIDS. From 2017 to 2020, new HIV-infected inmates were 1.3, 0.80, 0.47, and 1.40, respectively. All inmates diagnosed with HIV have been registered in the antiretroviral therapy (ART) system. The overall problems of the operation were: 1) the annual screening of old inmates who had not yet passed the criteria, and 2) organizing a referral system for the continuation of treatment when prisoners were released.

Per findings, this case study suggests: 1) a systematic referral into the regular health system is necessary for the continuation of treatment when prisoners are released, 2) the provision of television service would support inmates' care, and 3) connecting treatment is necessary when prisoners are released and must continue to receive antiretroviral therapy (ART).

Keywords: HIV Prevention, Prison, Program Evaluation, Medical Practice

บทนำ

ผู้ต้องขังที่เป็นพลเมืองไทยจะได้รับสิทธิคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ตามหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 กำหนดไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกัน และขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (Royal Thai Government Gazette, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้สะท้อนถึงสถานการณ์ขนาดปัญหาเอชไอวีเอดส์ในผู้ต้องขังเรือนจำ กล่าวคือ Health Administration Division (2019), The National AIDS Management Center Bureau of AIDS TB and STIs Department of Disease Control Ministry of Public

Health (2017) ได้สรุปรายงานข้อมูลเอชไอวีเอดส์ผู้ต้องขังเรือนจำย้อนหลังปี 2560 - 2562 พบว่า มีสถิติการเจ็บป่วยใน อันดับที่10 เฉลี่ยเดือนละ 3,990 คน (ร้อยละ 1.89) เป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 3 และมีอัตราความชุกการติดเชื้อ ร้อยละ 1.59 (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560) สภาพปัญหาดังกล่าวทำให้ประเทศไทยเร่งรัดการจัดการปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Department of Disease Control (2017) กำหนดแนวทางปฏิบัติโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ ถ่ายทอดให้กับสถานพยาบาลเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เรือนจำตั้งอยู่เป็นแนวปฏิบัติ ซึ่งเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ

ตามกรอบแนวทางปฏิบัติยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 ยุทธศาสตร์ที่ 1) มุ่งเน้นเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้าน ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยง และมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง ผู้ต้องขังในเรือนจำและเยาวชนในสถานพินิจ โดยมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบคือ กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาทางคลินิกเอชไอวีเอดส์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย และเรือนจำในพื้นที่ (The National AIDS Management Center Bureau of AIDS TB and STIs Department of Disease Control Ministry of Public Health (2017) ดำเนินงานร่วมกันมาตั้งแต่ปี 2560 - 2563 ประกอบด้วย การบริหารจัดการทั้งระดับนโยบายแผนงาน การประสานงาน การจัดการด้านทรัพยากรวัสดุทางการแพทย์ การพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านความรู้และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง และการขับเคลื่อนการจัดบริการโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ ซึ่งประกอบด้วยระบบการตรวจคัดกรองแรกเริ่มและการจัดกิจกรรมป้องกันในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีผลเลือดเป็นลบ ระบบการดูแลรักษาการดูแลต่อเนื่องทางคลินิกด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ต้องขังที่มีผลเลือดบวกในขณะที่ต้องขังในเรือนจำ และการดูแลต่อเนื่องหลังการปล่อยตัวในระบบการดูแลรักษาปกติ และระบบการบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานตลอดจนการกำกับติดตามผลการดำเนินงานจากการดำเนินงาน และพัฒนาร่วมกันระหว่างเรือนจำกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์ของโปรแกรม คือ ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองแรกเริ่ม การพัฒนาความรู้และพฤติกรรมป้องกัน และการเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อตรวจพบเชื้อของผู้ต้องขังทุกราย การดำเนินงานโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำได้ดำเนินการตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา

จากการดำเนินของอำเภอปากพนัง พบว่า การดำเนินการขับเคลื่อนโปรแกรมห่วงการ ยังขาดการประเมินผลลัพธ์ในการบรรลุตามเป้าหมายทั้งในด้านความครอบคลุม การจัดกิจกรรม และประสิทธิผล และถึงแม้ว่าความครอบคลุมของการคัดกรองมีการตรวจคัดกรองเอชไอวีเอดส์ แรกเริ่มผู้ต้องขังทุกราย แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้ต้องขังรายเก่าที่ต้องได้รับการค้นหา คัดกรองทุกราย ผู้ต้องขังที่ตรวจพบเชื้อได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทุกราย มีการติดตามความร่วมมือในการใช้ยา หรือความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (Adherence) ขณะที่ผู้ต้องขังต้องโทษในเรือนจำจนกระทั่งพ้นโทษ ในขณะที่มีประเด็นสำคัญที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ คือ การเชื่อมโยงส่งต่อผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังพ้นโทษสู่ชุมชน

นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังรายเก่ามากกว่ารายใหม่ เนื่องจาก ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า

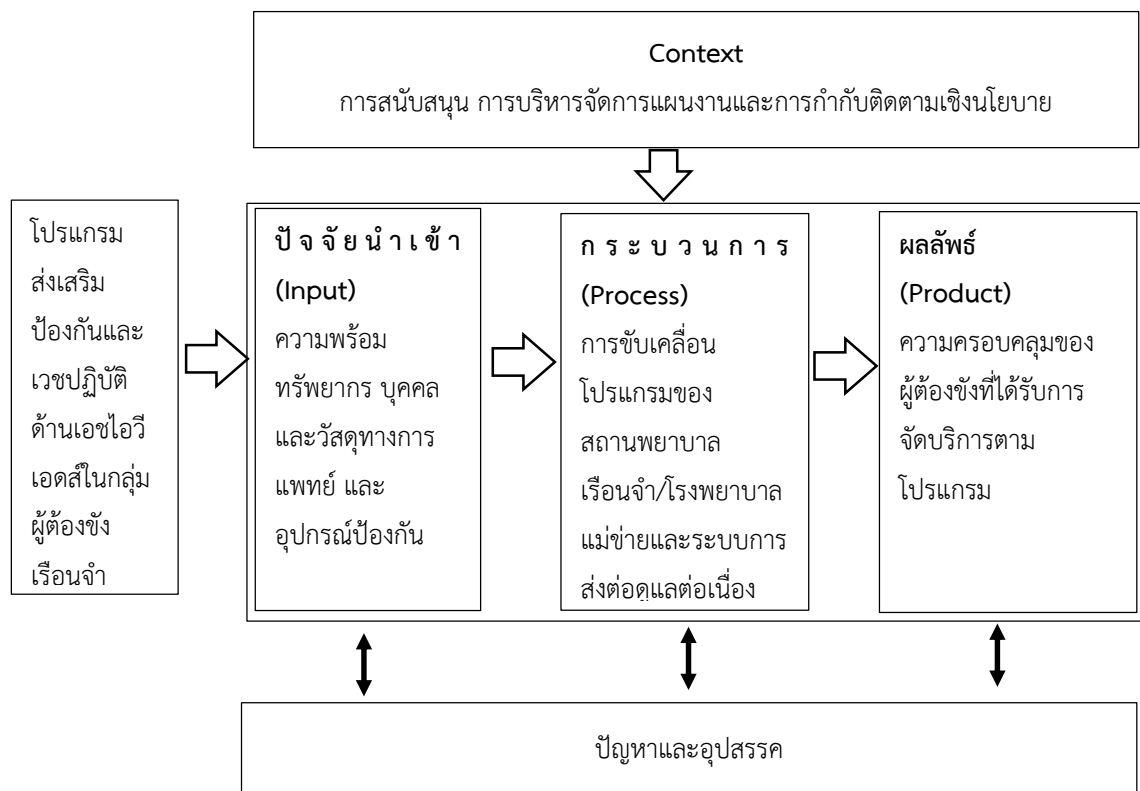
(Sunanta, 2021) ในด้านความรู้ พบว่า ผู้ต้องราชทัณฑ์ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ ชีวิตร่วมกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการติดต่อของโรคโดยร้อยละ 96.8 เข้าใจว่าหากรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี จะทำให้สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ (Sa-ardeam & Sukhontapirom, 2015)

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพื่อหาคำตอบในประเด็นดังกล่าว โดยการประเมินโปรแกรม ฯ ด้วย CIPP โมเดล ตามองค์ประกอบด้านบริบทสภาพแวดล้อม การสนับสนุนการบริหารจัดการ และการกำกับ ติดตามเชิงนโยบาย ปัจจัยนำเข้า ความพร้อมความเพียงพอของทรัพยากร กระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรม ด้านความครอบคลุมต่อเนื่องการดำเนินงานกิจกรรมและประสิทธิผลของโปรแกรม ฯ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการ ประเมินนี้ไปเสนอแนะประกอบการปรับปรุงโปรแกรมเอชไอวีเอดส์ในการดูแลด้านสุขภาพผู้ต้องขังเรือนจำ ของหน่วยปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินผลโปรแกรมการส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อโปรแกรมส่งเสริม ป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงประเมิน (Evaluative research) แบบจำลองการประเมินผล โดย CIPP Model

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินการบริหารจัดการแผนงานและกำกับติดตามเชิงนโยบาย ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ (CIP) ประชากรที่ศึกษา คือ หัวหน้างานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานด้านเอชไอวีเอดส์เรือนจำ ผู้ควบคุมดูแล ผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาทางคลินิกเอชไอวีเอดส์ของโรงพยาบาลทุกราย รวม 73 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาทางคลินิกเอชไอวีเอดส์ของโรงพยาบาล จำนวน 13 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในประเด็น เกี่ยวกับบริบทแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการขับเคลื่อน และผลของโปรแกรม
2. หัวหน้างานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานด้านเอชไอวีเอดส์ในเรือนจำ จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในประเด็นเกี่ยวกับบริบทแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการขับเคลื่อน และผลของโปรแกรม
3. กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมดูแลผู้ต้องขัง จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลปัจจัยนำเข้า กระบวนการขับเคลื่อน และผลของโปรแกรม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินผลลัพธ์ (P)

1. ผู้ต้องขังในเรือนจำ จำนวน 943 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - 1) ผู้ต้องขังที่เป็นอาสาสมัครเรือนจำ
 - 2) ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ คำนวณ โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Taro Yamane (1973) ได้จำนวน 91 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลอีกจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จึงได้จำนวนตัวอย่างเพิ่มอีก 9 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการหยิบบิลลาแบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

แบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามใช้เก็บข้อมูลกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาทางคลินิกเอชไอวีเอดส์ของโรงพยาบาล และหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานด้านเอชไอวีเอดส์เรือนจำ และเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมดูแลผู้ต้องขัง จำนวน 73 คน โครงสร้างของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ตอน ประกอบด้วย บริบทแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการขับเคลื่อน ผลของโปรแกรม และปัญหาอุปสรรคของโปรแกรม ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการทำงาน เป็นคำถามปลายเปิดให้ระบุเต็ม และปลายปิดแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทสภาพแวดล้อมการบริหารจัดการแผนงานเชิงนโยบาย จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า จำนวนความเพียงพอของทรัพยากร จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรมเอชไอวีเอดส์ จำนวน 14 ข้อ

โดยตอนที่ 2-4 แบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าวัดแบบ Rating scale 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด คือ (5 คะแนน) มาก คือ (4 คะแนน) ปานกลาง คือ (3 คะแนน) น้อย คือ (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลตามแนวคิดของ Best (1977) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21

– 5.00) ระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20) ระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40) ระดับน้อย (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60) และระดับน้อยที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80)

ตอนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมเอชไอวีเอดส์ เป็นตารางบันทึกเป็นจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรอง และผู้ต้องขังที่คัดกรองพบเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และจำนวนผู้ติดเชื้อรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สะสมตั้งแต่ ปี 2560-2563

ตอนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค เป็นแบบสอบถามปลายเปิด

แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้เก็บข้อมูล ด้านความรู้และพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีเอดส์ของผู้ต้องขังของผู้ต้องขังจำนวน 96 คน ซึ่งมีโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และสถานภาพ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินแบบวัดความรู้ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความรู้มาก (คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80) และความรู้น้อย (คะแนน $<$ ร้อยละ 80)

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค เป็นแบบสอบถามปลายเปิด

ตอนที่ 4 เป็นข้อคำถาม ด้านพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงเอชไอวีเอดส์ จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่าวัดแบบ Likert scale เสกัล 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้านเอชไอวีเอดส์ AIDS Surveillance Section (2022)

การแปลผลตามแนวคิดของ Best (1977) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00) ระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20) ระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40) ระดับน้อย (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60) และระดับน้อยที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารและกำหนดองค์ประกอบของเนื้อหาเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร แล้วดำเนินการทดสอบคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน ดังนี้

1. การทดสอบความตรงของเนื้อหา หลังจากสร้างข้อคำถามและคำตอบเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมได้ตรวจสอบคุณภาพตามโครงสร้างเนื้อหา (นิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร) และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีเอดส์ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข ด้านเอชไอวีเอดส์ 1 คน และอาจารย์ภาควิชาสถิติ 1 คน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองกับบุคลากรผู้เกี่ยวข้องของการปฏิบัติงานโปรแกรมเอชไอวีเอดส์ของเรือนจำกลางนครศรีธรรมราช

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้านความรู้เอชไอวีเอดส์ โดยการทดสอบของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.86 ตัวแปรบริบทสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า การขับเคลื่อนโปรแกรมเอชไอวีเอดส์ และทัศนคติด้านพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงเอชไอวีเอดส์ โดยการทดสอบทางสถิติหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.86, 0.85, 0.76 และ 0.93 ตามลำดับ ภาพรวมทั้งหมด เท่ากับ 0.852

การรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยการทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานจากนั้นนำ

แบบสอบถามไปให้ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2. การเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เรือนจำ แกนนำอาสาสมัคร โดยการทำหนังสือขออนุญาตผู้บัญชาการเรือนจำ และประสานผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของเรือนจำให้ตอบแบบสอบถาม ส่วนแกนนำอาสาสมัครเรือนจำผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม เนื่องจากมีความหลากหลายบางส่วนอ่านออกเขียนได้ บางส่วนอ่านหนังสือไม่ออก และเขียนไม่ได้

3. ข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สะสมตั้งแต่ ปี 2560-2563 ดำเนินการโดยทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานจากนั้นนำแบบสอบถามไปให้ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำเป็นผู้ถามและผู้ติดเชื้อรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจำนวนผู้ติดเชื้อรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สะสมตั้งแต่ ปี 2560 - 2563 จากบันทึกผลการคัดกรองของหน่วยงานเรือนจำโดยทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมเอชไอวีเอดส์ ใช้ความถี่ จำนวน และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลบริบทสภาพแวดล้อมการบริหารจัดการ ปัจจัยนำเข้า ด้านความพร้อมและความเพียงพอของทรัพยากร ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรมเอชไอวีเอดส์ ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้ (Crabtree & Miller, 1992) 1) จัดหมวดหมู่ข้อมูล 2) ลงรหัสข้อมูล 3) จัดประเภทของข้อมูล 4) พัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ 5) เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ และ 6) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามวัตถุประสงค์เรื่อง “การประเมินผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ: กรณีศึกษาเรือนจำอำเภอบางแพ จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่อนุมัติ F-03/2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.70 มีอายุ 46 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 36.84 สถานภาพในองค์กร เป็นผู้ควบคุมดูแลผู้ต้องขัง ร้อยละ 68.70 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาทางคลินิกเอชไอวีเอดส์ของโรงพยาบาล ร้อยละ 17.80 และหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านเอชไอวีเอดส์ในเรือนจำ ร้อยละ 13.50 เมื่อแยกเป็นรายด้านได้ดังนี้

1. บริบทสภาพแวดล้อมการบริหารจัดการ และการกำกับติดตามเชิงนโยบาย (Context) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบริบทสภาพแวดล้อมการบริหารจัดการแผนงานเชิงนโยบาย (n= 23)

ข้อความ	M	S.D.	ระดับ
1. นโยบายและแผนการจัดบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/ รักษาเอ็ดส์และโรคร่วมในเรือนจำปากพ่องเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการด้านสุขภาพของรพ.	3.96	0.11	มาก
2. มีการประกาศ/ แจ้งให้เอชไอวีเอ็ดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเป็นเรื่องที่เร่งรัดในระดับนโยบายต่อคณะกรรมการบริหาร/ เอกสารให้ทราบทั่วกัน	4.02	0.67	มาก
3. การการมอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเอ็ดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	4.12	0.53	มาก
4. การจัดทำโครงการจัดกิจกรรมด้านเอ็ดส์ในแผนงานด้านสุขภาพของเรือนจำ	4.47	0.27	มากที่สุด
5. การประสานแผน/ กิจกรรมการดำเนินงานด้านเอชไอวีเอ็ดส์ระหว่าง โรงพยาบาลกับสถานพยาบาลเรือนจำ	4.27	0.51	มากที่สุด
6. การกำกับ ติดตาม/ ตรวจเยี่ยม/ สรุปผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานพยาบาลเรือนจำ	4.19	0.60	มาก
7. มีการกำกับติดตาม/ ตรวจเยี่ยม/ นำเสนอผลการดำเนินงานจากหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข/ กรมราชทัณฑ์	4.07	0.71	มาก
8. มีการประสานขอความร่วมมือในระบบงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน	4.11	0.34	มาก
9. ได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต	3.67	0.12	มาก
ภาพรวม	4.23	0.11	มากที่สุด

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อบริบทสภาพแวดล้อมการบริหารจัดการแผนงานเชิงนโยบาย ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.23, S.D.= 0.11) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ในการจัดทำโครงการจัดกิจกรรมด้านเอ็ดส์ในแผนงานด้านสุขภาพของเรือนจำ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M= 4.47, S.D.= 0.27) และการได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (M= 3.67, S.D.= 0.12)

2. ปัจจัยนำเข้า ด้านความเพียงพอของทรัพยากร (Input) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเพียงพอของทรัพยากร (n= 23)

ข้อความ	M	S.D.	ระดับ
1. การสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้และการปรับทัศนคติเจ้าหน้าที่เรือนจำ/ทัณฑสถาน ทั้งผู้คุมและผู้ต้องขัง	5.00	0.00	มากที่สุด
2. การสนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างแกนนำในเรือนจำ/ทัณฑสถาน	4.43	0.51	มากที่สุด
3. การเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเอ็ดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4.57	0.51	มากที่สุด
4. การสนับสนุนองค์ความรู้ คู่มือ หลักสูตร สื่อ เอกสารสิ่งพิมพ์ ฤกษ์งามยามดีและสารหล่อลื่น	4.00	0.00	มาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อความ	M	S.D.	ระดับ
5. การเยี่ยม ติดตาม การดำเนินงานด้านเอดส์ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน	4.57	0.51	มากที่สุด
6. การสนับสนุนเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เช่น ถุงมือ เข็มฉีดยา น้ำยาฆ่าเชื้อ ถุงยางอนามัย เป็นต้น ตามความจำเป็น และเหมาะสม	4.43	0.51	มากที่สุด
7. การสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมด้านการรณรงค์ป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเรือนจำ/ทัณฑสถานอย่างต่อเนื่อง	4.57	0.51	มากที่สุด
8. การสนับสนุนทางวิชาการเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส จัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4.00	0.00	มาก
ภาพรวม	4.45	0.06	มากที่สุด

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้านความเพียงพอของทรัพยากร ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.45$, $S.D. = 0.06$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้และการปรับทัศนคติเจ้าหน้าที่เรือนจำ/ทัณฑสถาน ทั้งผู้คุมและผู้ต้องขัง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 5.00$, $S.D. = 0.00$) และการสนับสนุนองค์ความรู้ คู่มือ หลักสูตร สื่อ เอกสารสิ่งพิมพ์ ถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น รวมทั้งการสนับสนุนทางวิชาการเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสจัดทำแนวทางปฏิบัติในการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.00$, $S.D. = 0.00$)

3. ด้านกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรมความครอบคลุมต่อการดำเนินกิจกรรม (Process)

ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรม ความครอบคลุมต่อการดำเนินกิจกรรม ($n = 50$)

ข้อความ	M	S.D.	ระดับ
1. การจัดให้มีคลินิกเคลื่อนที่ให้บริการตรวจ รักษา ให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งให้บริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจแก่ผู้ต้องขัง โดยประสานงานเพื่อนัดวันและจัดกระบวนการเข้าให้บริการพยาบาลในเรือนจำ	4.61	0.50	มากที่สุด
2. การสนับสนุนช่วยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำในการให้บริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจ อาทิ การให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด การเจาะเลือดส่งตรวจ การให้การปรึกษาหลังตรวจเลือดพร้อมแจ้งผล โดยอาจเป็นพี่เลี้ยงให้ในระยะแรก	5.00	0.00	มากที่สุด
3. การอำนวยความสะดวกในการส่งสิ่งส่งตรวจแก่เรือนจำและการแจ้งผลเลือด พร้อมซักซ้อมและทำความเข้าใจกระบวนการกรอกแบบฟอร์มสำหรับเบิกค่าใช้จ่ายจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและการกรอกแบบฟอร์มของคลินิกเรือนจำ	3.00	0.00	ปานกลาง
4. การตรวจวินิจฉัยเอชไอวีเอดส์และการเตรียมความพร้อมในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	5.00	0.00	มากที่สุด

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อความ	M	S.D.	ระดับ
5. การติดตามการดูแลรักษาให้แก่ผู้ต้องขังที่มีเชื้อ โดยนัดติดตามการตรวจสุขภาพ และการตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4) ทุก 6 เดือนและแจ้งผลให้ทราบ	1.57	0.50	น้อยที่สุด
6. การส่งเสริมวินัยในการกินยา (adherence) ผู้ต้องขังที่รับยาต้านไวรัส โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลเรือนจำในการตรวจจำนวนยา และตรวจสอบด้านวินัยและปัญหาในการกินยา	3.43	0.50	มาก
7. การให้การปรึกษาในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการกินยาต้านไวรัสเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังในการรับยาต้านไวรัส โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอาจพัฒนาความสามารถ เจ้าหน้าที่เรือนจำที่มีศักยภาพเพียงพอในด้านนี้โดยเป็นพี่เลี้ยงสอนงานในระยะแรก	3.61	0.50	มาก
8. การพิจารณาให้การช่วยเหลือผู้ต้องขังที่ไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ระหว่างแจ้งโอนย้ายสิทธิ	3.61	0.50	มาก
9. การจัดให้บริการโทรทัศนทางไกล (telemedicine) สำหรับหน่วยบริการที่มีความพร้อม	1.57	0.50	น้อยที่สุด
10. การส่งเสริมการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ	5.00	0.00	มากที่สุด
11. การอำนวยความสะดวกในการจัดระบบบริการการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4)	4.00	0.00	มาก
12. การจัดพื้นที่ควบคุมพิเศษสำหรับผู้ต้องขังที่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล สำหรับหน่วยบริการที่มีความพร้อม	3.39	0.50	ปานกลาง
13. การจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ต้องขังพ้นโทษและต้องกินยาต่อในระบบสุขภาพปกติ	1.00	0.00	น้อยที่สุด
14. ตรวจสอบการเชื่อมต่อระบบและการเข้าสู่ระบบบริการรักษาปกติของผู้ต้องขังรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเอดส์กับโรงพยาบาลที่ผู้ต้องขังพ้นโทษ	1.13	0.62	น้อยที่สุด
ภาพรวม	3.41	0.06	มาก

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรม ความครอบคลุมต่อการดำเนินการดำเนินกิจกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.41$, $S.D. = 0.06$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การสนับสนุนช่วยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาลเรือนจำในการให้บริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจ อาทิ การให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด การเจาะเลือดส่งตรวจ การให้การปรึกษาหลังตรวจเลือดพร้อมแจ้งผล โดยอาจเป็นพี่เลี้ยงให้ในระยะแรก, การตรวจวินิจฉัยเอชไอวีเอดส์และการเตรียมความพร้อมในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 5.00$, $S.D. = 0.00$) ส่วนการจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ต้องขังพ้นโทษและต้องกินยาต่อในระบบสุขภาพปกติ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 1.00$, $S.D. = 0.00$)

4. ผลลัพธ์ ความครอบคลุมของผู้ต้องขังที่ได้รับการจัดบริการตามโปรแกรม (Product) ดังนี้

4.1 จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจเลือดคัดกรองเอชไอวีเอดส์ และผลการตรวจคัดกรองที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ตั้งแต่ ปี 2560-2563 ซึ่งครอบคลุมผู้ต้องขังแรกรับทุกราย ผ่านการตรวจคัดกรอง ผลการคัดกรองได้มาจากร้อยละของจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองต่อผู้ต้องขังที่ตรวจพบผลเลือดบวก พบผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ สัดส่วนร้อยละ 1.33, 0.80, 0.47 และ 1.40 ตามลำดับ

4.2 จำนวนผู้ต้องขังเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพตั้งแต่ ปี 2560 - 2563 มีผู้ต้องขังติดเชื้อสะสม จำนวน 24, 28, 33 และ 38 ตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้ต้องขังติดเชื้อรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบการรักษาในแต่ละปี จำนวน 4, 4, 5 และ 7 คน ตามลำดับ

4.3 ด้านความรู้ในการป้องกันเอชไอวีเอดส์ของผู้ต้องขัง ดังนี้

4.3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขัง เป็นเพศชายทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 68.84) และเป็นผู้มีคดีสารเสพติดมากที่สุด (ร้อยละ 70.91)

4.3.2 ด้านความรู้ในการป้องกันเอชไอวีเอดส์ของผู้ต้องขัง ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ในการป้องกันเอชไอวีเอดส์ของผู้ต้องขัง (n=96)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้มาก (≥ 80 คะแนน)	82	84.95
รู้น้อย (< 80 คะแนน)	14	15.05

(Maximum=13, Minimum= 5, M= 11.05 , S.D.= 1.81)

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันเอชไอวีเอดส์ระดับมาก ประมาณ 6 เท่า (ร้อยละ 84.95) ของผู้ที่มีความรู้ระดับน้อย (ร้อยละ 15.05) สามารถแยกเป็นรายข้อได้ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละความรู้ในการป้องกันเอชไอวีเอดส์ผู้ต้องขัง (n= 96)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวเป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวีเอดส์	94	97.91	2	2.09
2. การไม่มีคู่นอนคนอื่นลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์	91	94.79	5	5.21
3. การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์	89	92.70	7	7.3
4. คนที่ดูสุขภาพแข็งแรงก็มีเชื้อเอชไอวีเอดส์ได้	78	81.25	18	18.25
5. คนที่ดูผอมแห้ง มีแผลรอยตามตัวเป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีเอดส์	91	94.79	5	5.21
6. คนติดเชื้อเอชไอวีเอดส์จากการถูกยุงกัด	88	91.66	8	8.34
7. คนติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ได้จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์	83	86.45	13	13.55
8. โรคเอดส์เป็นแล้วรักษาให้หายขาดได้	70	72.91	26	27.09
9. โรคเอดส์สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน	70	72.91	26	27.09

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. การล้างอวัยวะเพศหลังจากมีเพศสัมพันธ์ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	66	68.75	30	31.25
11. การฉีดทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังการมีเพศสัมพันธ์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ได้	78	81.25	18	18.25
12. การตรวจเลือดคัดกรองหาเชื้อเอชไอวีทำให้รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง	78	81.25	18	18.25
13. หากเรามีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนคู่นอน/ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน (ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์) ประเมินได้ว่าเราอาจมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์	84	87.75	12	12.25

จากตาราง 5 พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวเป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวีเอดส์ (ร้อยละ 97.91) ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การล้างอวัยวะเพศหลังจากมีเพศสัมพันธ์ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ (ร้อยละ 68.75)

4.4 ด้านพฤติกรรมส่งเสริม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ผู้ต้องขัง ดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ผู้ต้องขัง (n= 96)

ข้อความ	M	S.D.	ระดับ
1. ในแต่ละวันกินอาหารมีประโยชน์	3.91	0.86	ปานกลาง
2. ในแต่ละวันนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ	3.85	0.87	มาก
3. ในแต่ละวันท่านได้ร่วมกิจกรรมสันทนาการหรือผ่อนคลาย	3.56	1.04	มาก
4. จนท.พยาบาลของเรือนจำสอบถามพูดคุยให้คำปรึกษา	3.97	0.71	มาก
5. มีการติดตามการดูแลสุขภาพหากมีการเจ็บป่วย	4.34	0.77	มากที่สุด
6. หากท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพสามารถพบจนท.สถานพยาบาลของเรือนจำได้อย่างสะดวก	4.46	0.69	มากที่สุด
7. ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเรือนจำหากท่านร้องขอการตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวีเอดส์	4.38	0.76	มากที่สุด
8. ท่านสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวีเอดส์ตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพ	4.16	0.70	มากที่สุด
9. ท่านหาข้อมูลให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงตนเองด้านเอชไอวีเอดส์	4.22	0.77	มากที่สุด
10. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงด้วยการตรวจเลือดคัดกรองการเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์มีความสำคัญและจำเป็นต่อตัวท่านเอง	4.52	0.64	มากที่สุด

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อความ	M	S.D.	ระดับ
11. ท่านมีความสะดวกในเข้ารับการตรวจเลือดคัดกรองหาเชื้อเอชไอวีเอดส์จากสถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อพ้นโทษ	4.04	0.97	มาก
12. ได้เข้าร่วมการจัดกิจกรรมสอน/สาธิต/ให้ข้อมูลแนะนำเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่เรือนจำจัดให้	4.10	0.61	มาก
13. มีการสื่อสารข้อมูลหรือให้คำปรึกษาแนะนำผ่าน จนท. สถานพยาบาลเรือนจำ	3.85	1.13	มาก
ภาพรวม	4.10	0.60	มาก

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างความคิดเห็นด้านพฤติกรรมส่งเสริม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $S.D. = 0.60$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงด้วยการตรวจเลือดคัดกรองการเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์มีความสำคัญและจำเป็นต่อตัวท่านเอง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.52$, $S.D. = 0.64$) และในแต่ละวันกินอาหารมีประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.91$, $S.D. = 0.86$)

5. ประโยชน์จากกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรม ความครอบคลุมต่อเนื่องการดำเนินกิจกรรม ส่งผลดังนี้

5.1 เกิดความครอบคลุมในการคัดกรอง เชื้อเอชไอวีเอดส์ในผู้ต้องขังแรกรับทุกราย

5.2 มีการเจาะเลือด ค้นหาหาเชื้อเอชไอวีเอดส์ในผู้ต้องขังแรกรับทุกราย

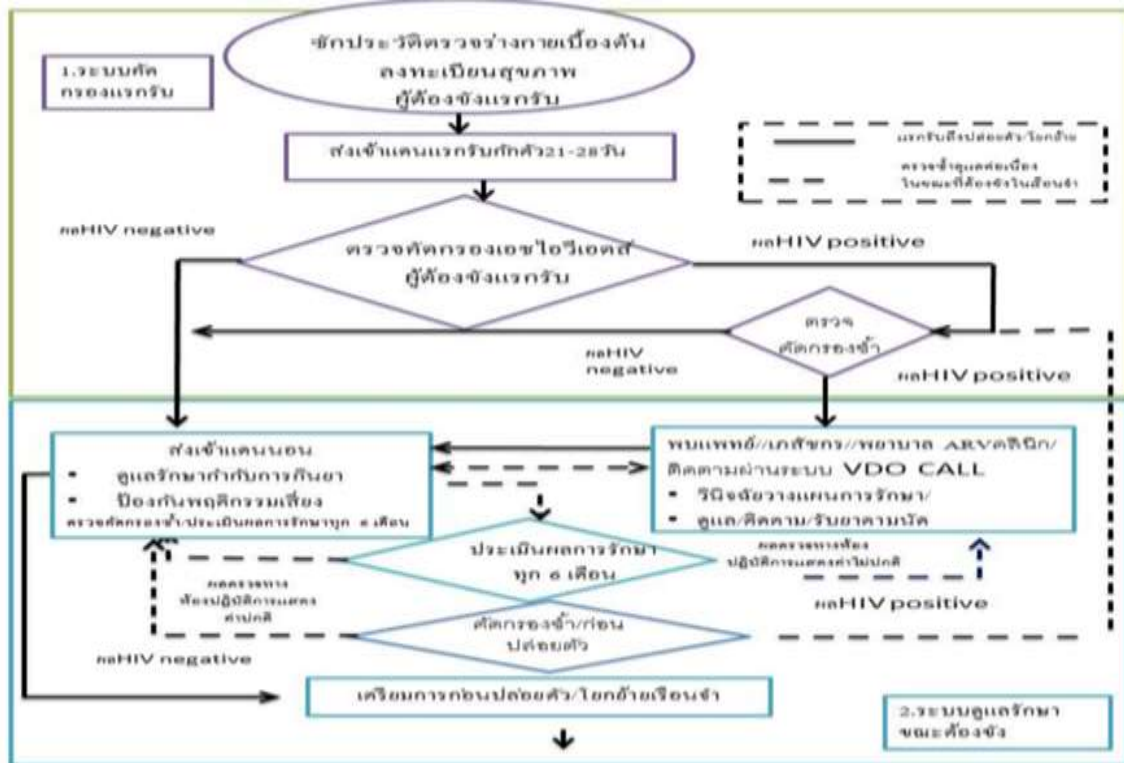
5.3 มีการ Confirm เชื้อเอชไอวีเอดส์ ทุกปีในผู้ต้องขังรายเก่า

5.4 มีกิจกรรมให้ความรู้ ด้านส่งเสริม ป้องกัน เชื้อเอชไอวีเอดส์ในผู้ต้องขังเรือนจำ

5.5 มีการกำกับ ติดตามการรับประทานยาเอชไอวีเอดส์อย่างต่อเนื่อง ในผู้ต้องขังที่มีผลเลือดบวก

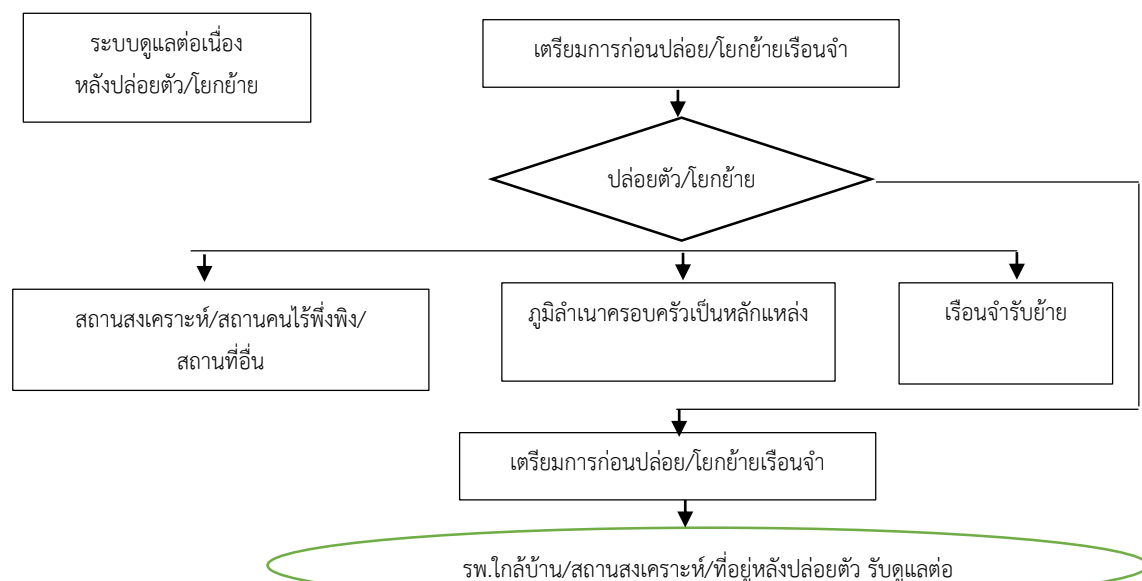
5.6 เกิด Knowledge & Practice ในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีผลเลือดเป็นลบ ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เพิ่มการคัดกรอง เพื่อให้มีผลเลือดเป็นลบตลอดไป กลุ่มผู้ต้องขังที่มีผลเลือดเป็นบวก ช่วยลดพฤติกรรม การแพร่กระจายของโรค และเพิ่มการเข้าสู่กระบวนการรักษา

5.7 เกิดกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขัง ซึ่งสามารถแสดงเป็นภาพได้ ดังภาพ 2 และ 3



ภาพ 2 กระบวนการคัดกรองเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องซัง

จากภาพ 2 อธิบายได้ว่า กระบวนการคัดกรองเอชไอวีเอดส์ในเรือนจำ เริ่มตั้งแต่รับใหม่ผู้ต้องซังเข้าเรือนจำ ลงทะเบียนสุขภาพ ชักประวัติตรวจร่างกาย กักตัวที่ห้องแยกกัก 21 วัน หลังจากนั้นก่อนปล่อยตัวเข้าแดนจะทำการตรวจเลือดคัดกรองเอชไอวีเอดส์ผู้ต้องซังทุกราย ผู้ที่ผลเลือดเป็นลบถูกส่งเข้าแดนนอน ส่วนผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวกตรวจยืนยันผลเลือดอีกครั้ง ผลเลือดยืนยันเป็นบวกส่งผู้ป่วยพบทีมดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวีเอดส์โรงพยาบาลปากพนังทุกวันพุธเพื่อวางแผนการรักษา ดูแลติดตามการรักษาผ่าน ระบบ VDO call ติดตามการกินยาโดยเจ้าหน้าที่เรือนจำ และประเมินผลการรักษาทุก 6 เดือน (เจาะ CD4)



ภาพ 3 ระบบการดูแลต่อเนื่องหลังปล่อยตัว/โยกย้าย

จากแผนภาพ 3 อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษ มีการเตรียมตัวผู้ต้องขังก่อนปล่อยโดยเบิกยาล่วงหน้าให้ผู้ต้องขัง ส่งรายชื่อผู้ต้องขังมาโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่ ที่ผู้ต้องขังกลับสู่ชุมชนเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องหลังพ้นโทษ

6. ปัญหาการดำเนินงานจากการวิจัย สรุปได้ดังนี้

6.1 ภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่มีปริมาณมาก ไม่สามารถจัดการบริการได้ครอบคลุมในทุกกิจกรรม

6.2 หลังพ้นโทษผู้ต้องขังไม่ได้กลับพื้นที่ตามสถานที่ที่แจ้งไว้กับสถานพยาบาล ทำให้ไม่สามารถติดตามการรักษาได้

อภิปรายผล

1. การประเมินตามแบบจำลอง CIPP สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1 ด้านบริบท การสนับสนุน การบริหารจัดการแผนงาน และการกำกับติดตามเชิงนโยบาย (Context) จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อบริบทสภาพแวดล้อมการบริหารจัดการแผนงานเชิงนโยบาย ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.23, S.D. = 0.11$) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่ากรมราชทัณฑ์มีการประกาศ/แจ้งให้เอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเป็นเรื่องที่เร่งรัดในระดับนโยบายต่อคณะกรรมการบริหาร/เอกสารให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน มีการประสานแผน/กิจกรรมการดำเนินงานด้านเอชไอวีเอดส์ระหว่างโรงพยาบาลกับสถานพยาบาลเรือนจำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการติดตามทั้งระบบรายงานและการลงพื้นที่โดยคณะกรรมการจังหวัด และผู้แทนตรวจราชการระดับเขตอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากงานวิจัยยังพบว่า ในการจัดทำโครงการจัดกิจกรรมด้านเอดส์ในแผนงานด้านสุขภาพของเรือนจำ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.47, S.D. = 0.27$) ซึ่งสอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์โดยการจัดวางบทบาทพันธกิจที่เชื่อมประสานกันเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อเป้าหมายเพื่อลดขนาดปัญหา และนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำ พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่องค์กรต่าง ๆ สู่การปฏิบัติ The National AIDS Management Center Bureau of AIDS, TB, and STIs Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2017) ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 3.67, S.D. = 0.12$) อาจจะเป็นเพราะว่างบประมาณในการในการสนับสนุนชุดบริการมีไม่พอกับจำนวนผู้ต้องขังที่มีมากจนล้นเรือนจำ สอดคล้องกับ The National AIDS Management Center Bureau of AIDS, TB, and STIs Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2017) ทรัพยากรในการสนับสนุนการดำเนินงานแม้จะได้รับงบประมาณสนับสนุนการป้องกันแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยากและอยู่ในกลุ่มเสี่ยง แต่ยังมีข้อจำกัดในใช้งบประมาณ จึงได้มีความพยายามพัฒนากลไกการเงินการคลังใหม่ในการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

1.2 ปัจจัยนำเข้า ด้านความพร้อมทรัพยากรบุคคล และวัสดุทางการแพทย์ และอุปกรณ์ป้องกัน (Input) จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้านความพร้อมของทรัพยากรบุคคล และวัสดุทางการแพทย์ และอุปกรณ์ป้องกัน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.45, S.D. = 0.06$) ทั้งนี้เพราะการการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้และการปรับทัศนคติเจ้าหน้าที่เรือนจำ/ทัณฑสถานทั้งผู้คุมและผู้ต้องขัง ส่วนการสนับสนุนองค์ความรู้ คู่มือ หลักสูตร สื่อ เอกสารสิ่งพิมพ์ ฤกษ์งามยามดี และสารหล่อลื่น รวมทั้งการสนับสนุนทางวิชาการเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสจัดทำแนวทางปฏิบัติในการ

ป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.00$, $S.D. = 0.00$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา Silapichit & Vorapart (2016) ที่พบว่า เรือนจำประสบปัญหาในการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันดูแลรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ และผู้ต้องขังมีการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ โดยจะเห็นได้จากอัตราการ ใช้ถุงยางอนามัยที่น้อยมาก ในทุกคู่เพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกันในเรือนจำ ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงถุงยางอนามัย และการขาดอำนาจต่อรองในบางกรณี Chamniyom, Krungkraipetch, & Junprasert (2017) พบว่า การให้ผู้ต้องขังเข้ารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองนั้น ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงที่ครอบคลุมในสาระสำคัญเกี่ยวกับประโยชน์ที่ตนจะได้รับเพื่อให้เกิดเจตคติที่ดี

1.3 กระบวนการ การขับเคลื่อนโปรแกรมของสถานพยาบาลเรือนจำ/โรงพยาบาลแม่ข่าย และระบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง (Process) จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรม ความครอบคลุมต่อเนื่องการดำเนินกิจกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.41$, $S.D. = 0.06$) เนื่องจากการสนับสนุนช่วยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำในการให้บริการตรวจเอชไอวีด้วยความสนใจ อาทิ การให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด การเจาะเลือดส่งตรวจ การให้การปรึกษาหลังตรวจเลือดพร้อมแจ้งผล โดยอาจเป็นพี่เลี้ยงให้ในระยะแรก การตรวจวินิจฉัยเอชไอวีเอดส์และการเตรียมความพร้อมในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 5.00$, $S.D. = 0.00$) สอดคล้องกับ Jantarathaneewat, Chanakaew, Udon, & Thariyain. (2019) ที่ผลการศึกษพบว่า การส่งเสริมให้มีกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพให้กับผู้ต้องขัง โดยการสร้างการมีส่วนร่วมทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง และการพัฒนาอาสาสมัครแกนนำให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข Thailand MOPH-U.S.CDC Collaboration (2007) อ้างถึง Chonlapan (2019) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีเอดส์ผู้ต้องขัง ช่องว่างคุณภาพบริการที่ต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติมในการตรวจบริการหาเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ คือ แกนนำอาสาสมัครมีผลต่อการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรอง ส่วนการจัดระบบส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ต้องขังพ้นโทษและต้องกักขังต่อในระบบสุขภาพปกติ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 1.00$, $S.D. = 0.00$) ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ต้องขังเข้า - ออก ในแต่ละวันมีจำนวนมาก ทำให้การเตรียมตัวก่อนจำหน่ายผู้ต้องขังทำได้ไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sunanta (2019) ที่พบว่า บริบทของเรือนจำที่มีผู้ต้องขังเข้าออกทุกเดือน ทำให้ผู้ต้องขังได้รับการตรวจเลือดคัดกรอง รับทราบผลเลือดของตนเข้าสู่ระบบการรักษาที่รวดเร็วกว่าการตรวจคัดกรองประจำปี Makada Carroll, et al (2013) อ้างถึงใน Chonlapan (2019) ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการดูแลหลังปล่อยตัวค่อนข้างต่ำ ในระบบการเชื่อมต่อหลังปล่อยตัว

1.4 ผลลัพธ์ ความครอบคลุมของผู้ต้องขังที่ได้รับการจัดบริการตามโปรแกรม (Product) จากผลการวิจัยพบว่า จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจเลือดคัดกรองเอชไอวีเอดส์ ด้วยชุดบริการป้องกันการติดเชื้อผ่านเกณฑ์การประเมิน ตรวจคัดกรอง ร้อยละ 100 (เกณฑ์ประเมิน ร้อยละ 90 ภายในปี 63) และผลการตรวจคัดกรองที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ปี 2560-2563 จำนวน 4, 4, 5 และ 7 คน ผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ร้อยละ 100 ได้เข้าสู่ระบบการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งผู้ต้องขังติดเชื้อสะสม จำนวน 24, 28, 33 และ 38 ได้เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ทุกรายเช่นกัน สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 ในยุทธศาสตร์ที่ 1 การมุ่งเน้นเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูง

และรอบด้าน ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง ผู้ต้องขังในเรือนจำและเยาวชนในสถานพินิจ โดยมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบคือ กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาทางคลินิกเอชไอวีเอดส์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย และเรือนจำในพื้นที่ (The National AIDS Management Center Bureau of AIDS TB and STIs Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2017)

1.5 จากผลการวิจัย พบประโยชน์จากกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรม กล่าวคือ เกิดความครอบคลุมในการคัดกรอง เจาะเลือด ค้นหา และ Confirm เอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขัง ทั้งนี้ทำให้เกิดกิจกรรมให้ความรู้ ด้านส่งเสริม และป้องกันเอชไอวีเอดส์ ทั้งนี้ยังมีการกำกับ ติดตาม รวมไปถึงการรับประสานยาเอชไอวีเอดส์อย่างต่อเนื่อง จนทำให้เกิด Knowledge & Practice ในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีผลเลือดเป็นลบ ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เกิดกระบวนการขับเคลื่อนโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sunanta (2021) ที่พบว่า แขนงอาสาสมัครเรือนจำมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ต้องขังในเรือนจำได้รับความรู้ความเข้าใจและเข้าถึงการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้กลุ่มเสี่ยงในเรือนจำมีความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์สามารถส่งเสริมพลังบวกสร้างความตระหนักในการคงสถานะผลเลือดลบให้มีผลเลือดลบต่อไป

ทั้งนี้จากงานวิจัย พบประเด็นปัญหา คือ ภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่มีปริมาณมาก ไม่สามารถจัดบริการได้ ครอบคลุมในทุกกิจกรรม ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ต้องขังจำนวนมากผู้ต้องขังล้นเรือนจำ ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ต้องขังทุกด้าน รวมไปถึงการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมตามแผนการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Legislative Institutional Repository of Thailand (2020) พบว่า ปัญหาผู้ต้องขังล้นเรือนจำส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้ต้องขังในเรือนจำ และการบริหารจัดการเรือนจำ ทั้งในเรื่องการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้ต้องขัง การแก้ไขฟื้นฟูพฤติกรรมนิสัยของผู้ต้องขัง และความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ Woraphat (2021) การเพิ่มปริมาณผู้ต้องขังนั้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่องบประมาณและประสิทธิภาพในการบริหารงานราชทัณฑ์การควบคุมดูแลและพัฒนาพฤติกรรมนิสัยผู้ต้องขัง และปัญหาต่าง ๆ ทั้งแออัด บุคลากรการบริหารงาน สิทธิมนุษยชนผู้ต้องขัง อาหาร สุขภาพอนามัย อันเป็นวิกฤตของสังคมไทยที่ส่งผลกระทบทางลบมากในปัจจุบันและอนาคต และอีกประเด็นหนึ่ง คือ หลังพ้นโทษผู้ต้องขังไม่ได้กลับพื้นที่ตามสถานที่ที่แจ้งไว้กับสถานพยาบาล ทำให้ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ต้องขังต้องการการยอมรับจากชุมชน ไม่อยากให้บุคคลอื่นรู้ว่าเคยต้องโทษจำคุกมาก่อน ต้องการเริ่มต้นใหม่กับที่ใหม่สอดคล้องกับ Phuengsanthia & Tongkum (2018) บุคคลที่เคยตกเป็นผู้ต้องขังถูกปฏิเสธจากสังคม ไม่ได้มีโอกาสที่ควรได้รับ หลังจากได้รับอิสรภาพ พวกเขาไม่สามารถที่จะแสดงความสามารถและศักยภาพที่มีออกมาให้สาธารณะชนได้รับรู้ เพราะในโลกหลังกำแพงเป็นโลกของความผิดพลาด Samama & Na-Ranong (2017) คนทุกคนอยากเป็นคนดีอยากปรับตัวไม่มีใครอยากเป็นคนเลวทั้งในเรื่องจริงและในความคิดของผู้อื่น บางครั้งพยายามที่จะไม่แคร์ ไม่สนใจในความคิดของผู้อื่น แต่การคนเป็นสัตว์สังคมจึงห้ามไม่ได้ที่จะคิด คาดหวังให้ผู้อื่นยอมรับและให้โอกาส แต่สายตาของคนในสังคมที่มองมา สามารถที่จะรับรู้ได้ โดยไม่ต้องมีคำพูดอะไรว่าสังคมรังเกียจและไม่ได้คิดว่าเขาสามารถที่จะกลับตัวได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยปฏิบัติเรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

1. หน่วยงานราชทัณฑ์นำโปรแกรมส่งเสริมป้องกันและเวชปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ต้องขังไปใช้เพื่อมุ่งเน้นเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้าน ให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูงตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์
2. หน่วยงานราชทัณฑ์ และหน่วยบริการสาธารณสุขที่ห่างไกล เช่น รพ.สต. สามารถจัดบริการโทรทัศน์ทางไกลในการสนับสนุนการดูแลรักษา (Telemedicine) เพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ลดช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ เพิ่มการเข้าถึงในระบบสุขภาพ
3. กรมราชทัณฑ์พัฒนาระบบส่งต่อรายชื่อผู้ต้องขังติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่พ้นโทษให้กับโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ต้องขังพ้นโทษและต้องรับยาต้านไวรัสต่อในระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ต้องขังหลังพ้นโทษมักจะไม่ได้รับยาต่อเนื่องและไม่มีหน่วยงานไหนติดตามทำให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อและการติดต่อยาต้านไวรัส

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทแวดล้อม ปัจจัยนำเข้าด้านความเพียงพอของทรัพยากรความรู้ พฤติกรรมส่งเสริม ป้องกันติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ รวมทั้งกระบวนการขับเคลื่อนและประสิทธิภาพของโปรแกรม ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการติดตามผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์หลังได้รับการปล่อยตัว ควรศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาในระบบสุขภาพของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ หลังจากได้รับการปล่อยตัวจะทำให้มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและป้องกันการแพร่ระบาดของเอชไอวีเอดส์ ตลอดจนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ต้องขังเมื่อคืนสู่ครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

References

- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing qualitative research: multiple strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chamniyom, A., Krungraietch, N., & Junprasert, S. (2017). Factors predicting intention to voluntary HIV screening test among male prisoners in prison seventh territory. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(2), 57-68.
- Chonlapan, A. (2019). *The development of the integrated system for diseases prevalent among prisoner-inmates: first admitted, transferred and discharged screening*. Department of Disease Control. [Online]; (Cited 2017 September, 21). Retrieved January 14, 2022 from <https://ddc.moph.go.th>. (in Thai)

- Department of Disease Control. (2017). *National strategy on ending AIDS problems 2017-2030*. Ministry of Public Health. Nonthaburi: N.C. Concept Co. Ltd., Bangkok. (in Thai)
- Jantarathaneewat, K., Chanakaew, P., Udon, T., & Thariyain, A. (2019). A formative assessment to develop HIV/STD prevention and care program for young prisoners at the central correctional institution for young offenders, Pathumthani. *Thai AIDS Journal*, 24(1), 1-8.
- Health Administration Division. (2019). *Guide of health service system development for prisoners*. Bangkok: Born to Publishing, Ltd. (in Thai)
- Legislative Institutional Repository of Thailand. (2020). *Academic focus*. Bangkok. (in Thai)
- Phuengsanthia, T. & Tongkum, S. (2018). Prison: the area of punishment and the return of good inmates to society. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 11(3), 737-748.
- Royal Thai Government Gazette. (2017). Constitution of the kingdom of Thailand. [Online]; (Cited 2017 September, 21). Retrieved January 14, 2022 from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/>. (in Thai)
- Sa-ardeam, S. & Sukhontapirom Na Pattalung, A. (2015). A study of self-esteem and risk behaviors to HIV of inmates in prison with therapeutic community program in Northeastern Region of Thailand. *Chulalongkorn Medical Journal*, 59(1), 75-89.
- Samama, C. & Na-Ranong, L. (2017). The crux of prisoners toward the project of return good people to the society. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(2), 1105-1114.
- Silapichit, C. & Vorapart, T. (2016). *Legal measures for prevent and control the epidemic of AIDS in Prison*. A Thesis submitted in partial fulfillment for the degree of master of laws. Department of Low Dhurakij Pundit University. (in Thai).
- Sunanta, M. (2019). An application of RRTTR measure for HIV prevention among prisoners in a province prison in Northern Thailand Office of Disease Prevention & Control Region 11 Chiangmai. *Lanna Public Health Journal*, 15(2), 34.
- Sunanta, M. (2021). A study of prevalence and risk factors of HIV infection among male prisoners in Chiang Mai province. *Lanna Public Health Journal*, 17(2), 26-36.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. 3rded. New York. Harper and Row Publications.
- The National AIDS Management Center Bureau of AIDS, TB, and STIs Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). *Thailand aational strategy to end AIDS 2017 – 2030*. N.C. Concept Co. Ltd., Bangkok. (in Thai)
- Woraphat, T. (2021). Immates overflow. *Kamlungjai Journal*, 6(2), 36-42.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/index> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสาร ฯ ติดต่อกลับวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

การตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) และและบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ เนื้อหาและรายการอ้างอิงรวมกันไม่ควรเกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่องให้ระบุตัวเลขเป็นด้วยท่าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท่ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ตรงกลาง ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบ ทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือ

ภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- นิยามศัพท์ (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample

- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of academic performance in humanized service mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. ” *Basic nursing challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The new face of nursing: expanding patient advocacy with leadership, creativity, and vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators development of nursing students's identities in nursing colleges, Ministry of Public Health*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of education degree in educational administration faculty of education and liberal arts, Hatyai University. (in Thai)

7. รายงานการวิจัย

Chitnomrath, T. (2011). *A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand* (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University. (in Thai)

8. การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

Jankingthong, K. (2019, July 12-13). Confirmatory factor analysis of organizational citizenship behavior of personnel in Southern Border Provinces Administrative Center (SBPAC). In *The 10th Hatyai national and international conference*. Hatyai University, Songkhla. (in Thai)

Template บทความวิจัย

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14¹* (หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ¹* ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนาบทคัดย่อไม่เกิน1 หน้า (300-350คำ)

(ย่อหน้าที่ 1) ประกอบไปด้วย งานวิจัยแบบไหน วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ระเบียบวิธีวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....

.....
.....
.....

(ย่อหน้าที่ 2) เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัย เสนอตามวัตถุประสงค์ที่เป็นส่วนสำคัญ

.....
.....
.....
.....

(ย่อหน้าที่ 3) เป็นข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย และองค์ความรู้ ที่เป็นประโยชน์
จากงานวิจัย.....

.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

2.54 ซม.

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาเหมือนบทคัดย่อภาษาไทย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี)(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

นิยามศัพท์ (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายใน ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หนา)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (ระบุทศนิยม 2 ตำแหน่ง)
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	25	20.00
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	75	75.00

ที่มา: (ถ้ามี)

(อธิบายใต้ตาราง)ให้ผู้เขียนนำเสนอผลจากตารางที่น่าสนใจ เช่น

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย เป็น 3 เท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 75.00)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายใน ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการ กำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

จากตาราง 2 พบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้ง
บทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani
College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in
Thai)

การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ข

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

(การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ซ)

สอบถามข้อมูล

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่

ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

Tel. 093-6356351 E-mail: Rphalasuek@gmail.com

