

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ประจำปี พ.ศ. 2563 – 2564

ที่ปรึกษาภายในสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. อ. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 2. อ. ดร. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 3. อ. ดร. ทศนีย์ เกริกกุลธร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี (ข้าราชการเกษียณ) |
| 4. อ. ศุภิสรา สุวรรณชาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 5. อ. ดร. วิไลพร รังควัต | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (ข้าราชการเกษียณ) |
| 6. อ. ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 7. อ.ดร. พัชร ใจการุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |

บรรณาธิการ

อ.ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ.ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายใน

1. อ.ดร. อติพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
2. อ.ดร. จิรนุช สมโชค ไวกั๊ว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
3. อ.ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอก

- | | |
|--|---|
| 1. รศ. ดร. รัชนี ศุภจินทรรัตน์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 2. รศ. ดร. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ | มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ |
| 3. รศ. ดร. จันทรีทิรา เจียรณัย | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 4. ผศ. ดร. จิตภา ผูกพันธ์ | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 5. ผศ. ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 6. ผศ. ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี |
| 7. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 8. อ. ดร. ปณิตา ครองยุทธ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสุสิรินธร อุบลราชธานี |
| 9. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 10. อ. ดร. วิไลวรรณ ปะธิเก | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์) |
| 11. อ. ดร. สุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 12. อ. ดร. สรินทิพย์ ทวีเดช | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 13. พว. ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| 14. พว. ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 15. พว. ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการ

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (สถิติ) |
| 2. Mr. Kent Hamilton | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (ภาษาอังกฤษ) |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม) 2564 ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน ดังนี้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. พว. กานดา ตูลาธร | โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี |
| 2. อ.ดร. กุลระวี วิวัฒนชีวิน | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 3. อ.ดร. ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. ผศ. จริยาพร ศรีสว่าง | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ผศ.ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 6. ผศ.ดร. จิราวรรณ ดีเหลือ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 7. ผศ.ดร. เจนเนตร พลเพชร | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 8. อ.ดร. ญัฐยา ศรีทะแก้ว | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 9. ผศ. ธนวัฒน์ ธิตินานนท์ | คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 10. ผศ.ดร. เบญจมาศ สุขสถิตย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 11. ผศ.ดร. ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี |
| 12. ผศ.ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 13. อ.ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเคชะ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 14. รศ.ดร. วราภรณ์ บุญเชียง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 15. ผศ.ดร. วรรณวดี ฦกค | นักวิชาการอิสระ ข้าราชการเกษียณ กระทรวงสาธารณสุข |
| 16. อ.ดร. วิไลวรรณ ปะธิเก | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 17. พว. ศรีนรา ทอมี | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 18. ดร. สีนศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 19. พว.ดร. สุเพียร โภคทิพย์ | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 20. อ.ดร. สุวิมล โรจนาวี | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 21. พว.ดร. โสภิต ทับทิมหิน | โรงพยาบาลมะเรียงอุบลราชธานี |

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 22. ผศ.ดร. อภิญญา จำปามูล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 23. ผศ.ดร. อัจฉรา ชัยชาญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. อ.ดร. นุสรรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 2. อ.ดร. พัทรี ใจการุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 3. ภก. ไพสิฐ จิรรัตนโสภ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินทร จังหวัดยะลา |
| 4. ดร. ภคิน ไชยช่วย | วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินทร จังหวัดอุบลราชธานี |
| 5. อ. มโนไท วงษาหล้า | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 6. อ.ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไพบูล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 7. อ.ดร. ศุภวดี แถวเพีย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 8. อ.ดร. สาดิ แฮมิลตัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 9. อ.ดร. สุชีวา วิชัยกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ |
| 10. อ.ดร. อติพร สำราญบัว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทบรรณาธิการ	
บทความวิจัย	
-ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ เพื่อเตรียมสอบใบประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อผลคะแนนในรายวิชาผดุงครรภ์ มนัสชนก กุลพานิชย์, พัทธวรรณ ชูเลิศ, อ้อมใจ พลกายา, และรุจา แก้วเมืองฝาง	8-21
-ความต้องการจำเป็น และสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักสื่อสารสุขภาพ และนวัตกรรมสุขภาพในระบบสุขภาพของประเทศ สรรพพร วิรัตน์โกสิน, นพมาศ เครือสุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, วรัญญา อรุโณทยานันท์, และวันนิสา รักษามาตย์	22-37
-ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hr Postprandial Glucose) สูงผิดปกติในสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เกศกัญญา ไชยวงศา, และนงคราญ ไชยรบ	38-48
-ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง พรรณทิพา ขำโพธิ์, สิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์, ชุติพร แสงบุญเรืองกุล, และรัชดาภรณ์ เอื้อใจ	49-64
-ผลการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการเกิดปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยมาก สายสินธ์ กอมณี, ภัฏญ์รัตน์ สุวรรณโกฏ, วรรัตน์ มุ่งงาม, กมลรัตน์ กาฬภักดิ์, ภิษญาภา ขาวชายชม, และขวัญนราภรณ์ ธนกรณ์วนิช	65-80
-ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก ต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ชนิตา แป๊ะสกุล, คมเนตร โกณานนท์, และนันท์นิ พิทักษ์วานิชย์	81-95
-การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สุปราณี โรจน์สุพร, ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล, และอรุณฉวี ใจเที่ยง	96-111
-ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี จะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, และสุจิน มอญเข้มซ้อย	112-122

-ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ธิดาจิต มณีวัต	123-136
-การจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ อุไรวรรณ บุญส่ง, ปราโมทย์ ทองสุข, และประภาพร ชูกำแหง	137-149
การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิก ในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ คณินิจ ศรีษะโคตร, วไลพร ปักกระกา, จุลินทร ศรีโพนทัน, นิสากร วินุลชัย, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง, รุ่งนภา ธนุชาญ, พุทธกัญญา นารทศิลป์, เพิ่มพูน ศิริกิจ, และชวมัย ปินะเก	150-167
-ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอี ขวัญฤทัย พันธุ, จันทร์ฉาย มณีวงษ์, และเรวดี โพธิ์รัง	168-184
-ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, เพ็ญญา เพ็ชรเล็ก, สร้อยสุวรรณ พลสังข์, และอรอนงค์ ชูหอยทอง	185-200
-การพัฒนารูปแบบการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนจังหวัดตรัง: การระบาดระลอกที่ 1 จิราภรณ์ ชูวงศ์, ดวงใจ สวัสดิ์, กฤติยา ปองอนุสรณ์, และประไพ เจริญฤทธิ์	201-215
บทความวิชาการ	
-คว้นบุหรีกับสุขภาพเด็ก: การประยุกต์ใช้หลัก 5A ในการพยาบาล ศรินทร์ณา ทศนียรัตน์, สุวรรณมา มณีวงษ์, รุ่งกาญจน์ ไรจนประดิษฐ์, และเสาวภาคย์ ทัดสิงห์	216-226
-บทบาทพยาบาลในการบริหารจัดการความเสี่ยงสูง นุชพร คุมใหม่, จันทร์ทิรา เจียรณัย, และสาดี แอมิลตัน	227-240
-การใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็วสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019: แนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน ทรงวุฒิ สังข์บุญ, และอรพรรณ โตสิงห์	241-253

บทบรรณาธิการ

เรียน ท่านผู้อ่านและสมาชิกวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

วารสารฉบับนี้ เป็นปีที่ 27 ฉบับที่ 2 และเป็นปีที่ 2 ที่ประเทศของเราต้องเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นด่านหน้าในการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งดำเนินกิจกรรมการป้องกันและรักษาโรค ในวารสารฉบับนี้กองบรรณาธิการจึงได้เลือกเผยแพร่บทความวิจัย เรื่อง การจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ และบทความวิชาการ เรื่อง การใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็วสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019: แนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน

นอกจากบทความดังกล่าวแล้ว กองบรรณาธิการได้เลือกเผยแพร่บทความที่สอดคล้องกับขอบเขตของวารสาร โดยบทความด้านสุขภาพมีครอบคลุมทุกสาขาหลัก กล่าวคือ ด้านการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ ได้แก่ บทความวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ เพื่อเตรียมสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อผลคะแนนในรายวิชาผดุงครรภ์ ต่อมาในเรื่อง ปังจี้ย ทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hr Postprandial Glucose) สูงผิดปกติในสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์และเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด รวมถึงเรื่อง ผลการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยมาก ในด้านการพยาบาลเด็กเป็นบทความวิจัย เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง ต่อมาในเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง และบทความวิชาการ เรื่อง ควบคุมน้ำหนักกับสุขภาพเด็ก: การประยุกต์ใช้หลัก 5A ในการพยาบาล ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้แก่ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และเรื่อง ปังจี้ยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอี สุดท้ายคือด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ เรื่อง การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และปังจี้ยทำนายการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี

บทความด้านการศึกษาพยาบาลที่เลือกมาเผยแพร่ในฉบับนี้เป็นเรื่อง ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และบทบาทพยาบาลในการบริหารจัดการความเสี่ยงสูง โดยในฉบับนี้มีความพิเศษในเรื่องเกี่ยวกับนวัตกรรมในระบบสุขภาพ คือเรื่อง ความต้องการจำเป็น และสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพในระบบสุขภาพของประเทศ โดยกองบรรณาธิการหวังว่าบทความเหล่านี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนผู้ที่สนใจทุกท่าน

อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาสนาะ เอลเทอร์
บรรณาธิการ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ เพื่อเตรียมสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อผลคะแนนในรายวิชาผดุงครรภ์

มนัสชนก กุลพานิชย์, พย.ม.¹

พัทธวรรณ ชูเลิศ, พย.ม.²

อ้อมใจ พลกายา, พย.ม.²

รุจา แก้วเมืองฝาง, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 8 มิถุนายน 2564; วันที่แก้ไข: 28 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 28 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

จากจำนวนผลผู้สำเร็จการศึกษาที่สอบผ่านวิชาการผดุงครรภ์ในการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ยังอยู่ในระดับต่ำ และสถานการณ์โรคระบาดที่ต้องปรับกิจกรรมการสอนตามหลักสูตรและการสอนเสริมเป็นแบบออนไลน์ งานวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีจุดประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมปกติ ร่วมกับโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์สำหรับการเตรียมความพร้อมการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์รายวิชาการผดุงครรภ์ (The Online Program for Professional Nursing and Midwifery Licensing Examination in Midwifery [TOP-NM]) และผู้ที่ได้รับการสอนโดยโปรแกรมปกติเพียงอย่างเดียว และ 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ดังกล่าวของผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 48 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรมปกติก่อนที่กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนเพิ่มเติมด้วยโปรแกรม TOP-NM เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม TOP-NM แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังจากการเรียน และแบบวัดความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และค่าสถิติทดสอบที่ผลวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้น ($t(47) = -21.42, p < .001, d = 4.66$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(94) = 24.05, p < .001, d = 4.91$) โปรแกรม TOP-NM ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ในวิชาการผดุงครรภ์มากขึ้น จึงควรพัฒนาโปรแกรมการสอนออนไลน์ในทุกสาขาวิชา เพื่อเตรียมความพร้อมในการสอบใบประกอบวิชาชีพในสถานการณ์ที่จำเป็นหรือเหมาะสมที่จะต้องจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์

คำสำคัญ: โปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์, การสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, การผดุงครรภ์

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ Corresponding author: มนัสชนก กุลพานิชย์, E-mail: manatchanok@ckr.ac.th

The Effects of an Online Program for Professional Nursing and Midwifery Licensing Examination on Midwifery Knowledge Scores

Manatchanok Kulaphanich, M.N.S.¹

Pattawan Choolert, M.N.S.²

Oomjai Polgaya, M.N.S.²

Ruja Kaeomaungfang, M.N.S.²

(Received: June 8th, 2021; Revised: November 28th, 2021; Accepted: November 28th, 2021)

Abstract

The number of new graduates who have passed midwifery in the professional nursing and midwifery licensing examinations has been lower than the nursing school's expectations and the pandemic situation has compelled employing online core-curriculum classes or specialized tutoring sessions. This quasi-experimental research aimed to 1) compare the mean knowledge scores of the research participants who were taught using a regular, in-person program which was supplemented by The Online Program for Professional Nursing and Midwifery Licensing Examination in Midwifery (TOP-NM) and students who were taught only using the regular, in-person program, and 2) to compare the scores of the participants in the experimental group before and after participating in the TOP-NM program. The participants were 96 fourth-year undergraduate nursing students at a nursing college in central Thailand. They were divided evenly into an experimental and a comparison group ($n = 48$ in each group). Both groups were taught using the regular program; after completion of the in-person classes, the experimental group was given supplemental instruction through participation in the TOP-NM program. Research instruments were the TOP-NM, a pre-test / post-test knowledge assessment, and a satisfaction survey. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results showed that, after participating the TOP-NM program, the experimental group had statistically significant higher mean knowledge scores ($t(47) = -21.42$, $p < .001$, $d = 4.66$) than before participation, as well as higher scores than the members of the comparison group ($t(94) = -24.05$, $p < .001$, $d = 4.91$). In conclusion, the TOP-NM resulted in the research participants acquiring more knowledge about midwifery. Therefore, online teaching programs should be developed for all areas being tested to help prepare students for the examination in situations where online education activities are appropriate or required.

Keywords: online supplement program, professional nursing and midwifery licensing examination, midwifery

¹ Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹ Corresponding author: Manatchanok Kulaphanich, E-mail: manatchanok@ckr.ac.th

บทนำ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 กำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาศาขพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ได้รับรองจากสภาการพยาบาลต้องผ่านการสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อที่จะสามารถประกอบวิชาชีพพยาบาลตามกฎหมายได้ (สภาการพยาบาล, 2540) แต่จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จึงมีมาตรการให้งดการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่มของคนจำนวนมาก เพื่อลดความเสี่ยงในการระบาด (คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ, 2563) ในขณะที่ความรุนแรงของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น การสอบใบประกอบวิชาชีพของสภาการพยาบาลยังคงกำหนดการสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เช่นเดิม เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ที่เปรียบเสมือนเสาหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชน (เรณู พุกบุญมี, 2561) เป็นกำลังหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่อยู่กับผู้รับบริการตลอดเวลา โดยมีหน้าที่ดูแล สร้างเสริม และให้ความรู้ในการป้องกันโรคแก่บุคคลทุกช่วงวัย ตลอดจนครอบครัวและชุมชน ด้วยเหตุนี้ผู้สำเร็จการศึกษาทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้ได้พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและเป็นกำลังหลักในการดูแลสุขภาพประชาชนภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์นั้น ผู้สอบจะได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล โดยอาจารย์พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียนเพื่อผลักดันให้ผู้เรียนสามารถสอบใบประกอบวิชาชีพผ่านได้ในครั้งแรก (พรทิพา ทักนิณ, สุกรใจ เจริญสุข, และอุบล สุทธิเนียม, 2554; วิภาดา คุณาวิจิตกุล, อาวีวรรณ กลั่นกลิ่น, รัตนาวดี ขอบตะวัน, และสุปราณี อัทธเสรี, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมที่ผ่านมามีการใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การทบทวนความรู้โดยกลุ่มเพื่อน (อนูรีชาญวรัชชัย และมนสภรณ์ วิฑูรเมธา, 2560) การทบทวนความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ (ชนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล และคณะ, 2560; อนูรีชาญวรัชชัย และมนสภรณ์ วิฑูรเมธา, 2560) การทบทวนความรู้โดยรุ่นพี่ และการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง (ชนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล และคณะ, 2560) การใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ (นวรรตน์ โกมลวิภาต และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2558) ซึ่งมีภาพเคลื่อนไหว เสียง กระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และสามารถเลือกบทเรียนได้เอง (วิโรจน์ จิ่งเล็ก, อัจฉรา ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, และสุวรรณี แสงอาทิตย์, 2555)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้เรียนที่ได้รับการติวจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในแต่ละรายวิชามีอัตราสอบผ่านสูงกว่าผู้เรียนที่ไม่ได้รับการติว (Mondeik, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุภาวดี นพจรจินดา, และอุมากร ใจยังยืน (2559) พบว่า การให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ จัดแผนการทบทวนความรู้ตามหลักวิชาการให้กับผู้เรียนและกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอเป็น

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้เรียนสอบใบประกอบวิชาชีพผ่านได้ในครั้งแรกของการสอบ และการสอนเสริมตามความต้องการของผู้เรียน ยังช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจและเตรียมสอบได้ตรงประเด็น (นางฉัตร รุ่งเนย, ญัฐพร อุทัยธรรม, กฤษณา หงส์ทอง, และสถาพร แก้วจันทิก, 2559) รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของผู้เรียนช่วยให้ผู้เรียนสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพได้มากขึ้น (EllenSmith, Dreher, & Schreiber, 2019)

สำหรับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัชในปีการศึกษา 2561 ได้จัดโครงการเตรียมความพร้อมโดยเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกสอนเสริมให้กับผู้เรียน ผลการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ผ่าน 8 วิชาครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 64 (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช, 2562) ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ร้อยละ 90 โดยเฉพาะรายวิชาการผดุงครรภ์ มีผลการสอบผ่านครั้งแรกอยู่ที่ร้อยละ 83.12 โดยรูปแบบการเตรียมความพร้อมเป็นการบรรยายประกอบเอกสารในห้องเรียนตามตารางเรียน ซึ่งจากการสอบถามความคิดเห็นผู้เรียน พบว่าการจัดบรรยายบางประเด็นไม่ตรงกับความต้องการของผู้เรียน และบางครั้งผู้เรียนติดภารกิจอื่นในช่วงเวลาที่มีการจัดสอนเสริม ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ ประกอบกับในสถานการณ์ปัจจุบันกำลังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมควบคุมโรค (2564) พบยอดการติดเชื้อสะสมอยู่ที่ 578,375 ราย เสียชีวิต 4,679 ราย คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จึงมีมาตรการให้งดการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่มของคนจำนวนมาก เพื่อลดความเสี่ยงในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ส่งผลให้วิทยาลัยฯ ไม่สามารถดำเนินการเตรียมความพร้อมในรูปแบบเดิม เช่นเดียวกับสถาบันการศึกษาต่างๆ รวมถึงสถาบันการศึกษาทางการแพทย์และพยาบาลที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์ โดยการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Roskvist, Eggleton, & Goodyear-Smith, 2020) ใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิกและประชุมความรู้ออนไลน์แทน (Palancia & Sullivan, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) ที่ระบุว่าวัยผู้ใหญ่รู้จักเหตุและผล สามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเอง เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่เคยพบได้ในชีวิต มีความพร้อมที่จะเรียน และเลือกเรียนรู้สิ่งที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ในรายวิชาการผดุงครรภ์ เพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้เรียนในการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รายวิชาการผดุงครรภ์ และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสอนเสริมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์สำหรับการเตรียมความพร้อมการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รายวิชาการผดุงครรภ์ (The Online Program for Professional Nursing and Midwifery Licensing Examination in Midwifery [TOP-NM]) ร่วมกับโปรแกรมปกติ และกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังของผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับโปรแกรมปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับโปรแกรมปกติสูงกว่ากลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรม TOP-NM สูงกว่าก่อนเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) ที่ระบุว่าผู้ใหญ่จะสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามองค์ประกอบ ดังนี้ 1. มโนทัศน์ของผู้เรียน (Self-concept) ผู้เรียนสามารถตัดสินใจเลือกเรียนหัวข้อตามความสนใจได้ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องเรียนตามลำดับหัวข้อ 2. ประสบการณ์ของผู้เรียน (Experience) ผู้เรียนผ่านการเรียนภาคทฤษฎีในรายวิชาผดุงครรภ์มาแล้ว ทำให้สามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกับโปรแกรมสอนเสริมออนไลน์ได้ง่ายขึ้น 3. ความพร้อมที่จะเรียน (Readiness to learn) ผู้เรียนสามารถเลือกได้ว่า จะเรียนเวลา และสถานที่ที่จะเข้าเรียนได้ ตามความต้องการของผู้เรียน 4. แนวทางการเรียนรู้ (Orientation to learn) ผู้เรียนจะเลือกเรียนรู้สิ่งที่สามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาผดุงครรภ์ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยได้ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในรายวิชาผดุงครรภ์มาแล้ว (Experience) สามารถเลือกเรียนหัวข้อตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการได้ ไม่จำเป็นต้องเรียงตามหัวข้อ (Self-concept) โดยศึกษาผ่านวิดีโอที่สนับสนุนบรรยายสรุปสาระสำคัญของแต่ละบท ทำแบบฝึกหัดระหว่างเรียน ซึ่งในวิดีโอได้อธิบายหลักการวิเคราะห์การเลือกคำตอบพร้อมเหตุผล (Orientation to learn) ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถทบทวนซ้ำได้ตามที่ต้องการ ไม่จำกัดเวลาและสถานที่ (Readiness to learn) จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพร้อมในการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รายวิชาการผดุงครรภ์มากขึ้น

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์สำหรับการเตรียมความพร้อมการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์
รายวิชาการผดุงครรภ์

- มโนทัศน์ของผู้เรียน (Self-concept)
- ประสบการณ์ของผู้เรียน (Experience)
- ความพร้อมที่จะเรียน (Readiness to learn)
- แนวทางการเรียนรู้ (Orientation to learn)

ตัวแปรตาม

ความรู้รายวิชาผดุงครรภ์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่าง 1 พฤษภาคม – 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 20 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง จำนวน 96 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 20 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง โดยผู้วิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 48 คน โดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับโปรแกรมปกติ ด้วยวิธีการจับเป็นคู่ (Match pair) โดยนำคะแนนความรู้รายวิชาผดุงครรภ์ก่อนเข้าใช้โปรแกรม TOP-NM มาเรียงลำดับจากคะแนนน้อยสุดจนถึงคะแนนมากที่สุด แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยการจับคู่จากคะแนนความรู้ที่ได้ จำนวน 48 คู่ หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 48 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช ภายใต้หนังสือรับรองเลขที่ 101/2563 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ความปลอดภัยหรืออันตรายอาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดตามเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนาม

กำกับ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบสรุปเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรม TOP-NM ซึ่งเป็นโปรแกรมการสอนออนไลน์ในวิชาการผดุงครรภ์ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามขอบเขตเนื้อหาวิชาการผดุงครรภ์ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ถ่ายโอนข้อมูลเป็นวิดีโอลงในกลุ่มห้องเรียนออนไลน์ ซึ่งจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้ที่มีรายชื่อในห้องเรียนออนไลน์เท่านั้น ไม่สามารถบันทึก หรือส่งต่อข้อมูลให้ผู้อื่นได้ แบ่งเป็น 17 บท แต่ละบทประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 วิดีทัศน์บรรยายสรุปสาระสำคัญของแต่ละบท โดยส่วนท้ายของวิดีโอมีแบบฝึกหัดระหว่างเรียน เป็นข้อสอบชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก บทละ 2 – 3 ข้อ รวม 75 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 75 คะแนน ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึกหัดทำข้อสอบ โดยผู้วิจัยได้อธิบายหลักการวิเคราะห์การเลือกคำตอบพร้อมเหตุผล ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถทบทวนซ้ำได้ตามที่ต้องการไม่จำกัดเวลา และสถานที่

1.2 แบบฝึกหัดท้ายบทเรียน เป็นข้อสอบชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก วัดระดับความรู้ตั้งแต่ รู้จำ เข้าใจและนำไปใช้ จำนวน 75 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 75 คะแนน ให้ผู้ร่วมวิจัยทำหลังเสร็จสิ้นการเรียนในแต่ละบท เพื่อเป็นการทวนสอบการเรียนรู้ในแต่ละบทของผู้ร่วมวิจัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังจากการเรียนรู้โดยโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์รายวิชาการผดุงครรภ์เป็นข้อสอบชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก วัดระดับความรู้ตั้งแต่ รู้จำ เข้าใจและนำไปใช้ จำนวน 75 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 75 คะแนน ผ่านโปรแกรมออนไลน์ ซึ่งมีการออกแบบให้ผู้ตอบสามารถตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องก่อนส่งได้ด้วยตนเอง

2.2 แบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาผดุงครรภ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชัน ในโรงพยาบาลมารดาหลังคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาลของ นำฝน ไวทยวงศ์กร, ปรางทิพย์ ทาสนาะ เอลเทอร์, และรัชณี ชุนเกาะ (2562) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนน 1-5 ได้แก่ มากที่สุด, มาก ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด ผ่านโปรแกรมออนไลน์ ซึ่งมีการออกแบบให้ผู้ตอบสามารถตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องก่อนส่งได้ด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Validity test)

ผู้วิจัยนำ โปรแกรม TOP-NM แบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาผดุงครรภ์ และแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังจากการเรียนรู้โดยโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาการผดุงครรภ์ ไปตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการผดุงครรภ์

3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้องของภาษาและความตรงต่อเนื้อหา หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว แบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาผดุงครรภ์ มีค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of item – objective congruence [IOC]) อยู่ระหว่าง .67- 1.0 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรม TOP-NM และแบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาผดุงครรภ์ ไปทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลอีกแห่งหนึ่งในภาคกลางซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อประเมินการเข้าใจในเนื้อหา ก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability test)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังจากการเรียนโดยโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาการผดุงครรภ์ และแบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาผดุงครรภ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลอีกแห่งหนึ่งในภาคกลางซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน พบว่าแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังจากการเรียนโดยโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ หาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR 21) เท่ากับ .75 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ (เกียรติสุดา ศรีสุข, 2552) สำหรับแบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาผดุงครรภ์ หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .94 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับดีมาก หมายถึงแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ ตามเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัยเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตและผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียนโดยโปรแกรม TOP-NM ผู้วิจัยนำคะแนนความรู้ก่อนการเรียนมาเรียงลำดับจากคะแนนน้อยสุดจนถึงคะแนนมากที่สุด ผู้วิจัยจะทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงโดยการจับคู่ จำนวน 48 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มควบคุม 48 คน

2. ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการแยกตามกลุ่มดังนี้

- 2.1 กลุ่มทดลองได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรมปกติซึ่งเป็นการบรรยายโดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละรายวิชา ในห้องเรียน สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง จำนวน 12 สัปดาห์ รวมเป็น 36 ชั่วโมง ก่อนการเข้าใช้โปรแกรม TOP-NM โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้ศึกษาวิดีโอทัศน์บรรยายสรุปสาระสำคัญของแต่ละบท ทำแบบฝึกหัดระหว่างเรียน พร้อมฟังการอธิบายหลักการวิเคราะห์การเลือกคำตอบพร้อมเหตุผล ทำแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน ทั้งนี้ผู้เรียนสามารถเลือกเรียนหัวข้อใดก่อนก็ได้ ทบทวนซ้ำได้ตามที่ต้องการไม่จำกัด

เวลา และสถานที่ จนครบ 17 บท หลังเรียนจบ 1 เดือน ให้ทำแบบทดสอบความรู้หลังจากการเรียนรู้โดยโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาการผดุงครรภ์ และตอบแบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาผดุงครรภ์

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังเรียนจบ 1 เดือนให้ทำแบบทดสอบความรู้หลังจากการเรียนรู้โดยโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์ รายวิชาการผดุงครรภ์ และเข้าใช้โปรแกรม TOP-NM เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์และรักษาผลประโยชน์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่า ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ และกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ โดยใช้สถิติที่ (t-test for dependent samples)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับการสอนเสริม นำมาทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าค่า Sig คะแนนทดสอบก่อนเรียนและคะแนนทดสอบหลังเรียนเท่ากับ .000 และ .000 ตามลำดับ แสดงว่า มีการแจกแจงแบบปกติ ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 96 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติจำนวน 48 ราย และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติจำนวน 48 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 22.7 ปี ($SD = .51$) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเดือนละ 15,000 บาท ($SD = 7,389.35$) ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการใช้โปรแกรม TOP-NM นาน 2-3 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 62.5) โดยใช้โทรศัพท์มือถือต่ออินเทอร์เน็ตส่วนตัว และโน้ตบุ๊กส่วนตัวต่ออินเทอร์เน็ตส่วนตัว (ร้อยละ 66.7) ศึกษาวิธีการใช้โปรแกรม TOP-NM ที่ผู้สอนนำมาแบ่งปันอย่างเดียว (ร้อยละ 64.6) และใช้โปรแกรมที่บ้าน (ร้อยละ 97.9)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ และกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับโปรแกรมปกติ และกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	N	M	SD	t	df	d
กลุ่มควบคุม	48	45.08	3.71	24.05	94	4.91
กลุ่มทดลอง	48	66.62	4.97			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติสูงกว่ากลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนของผู้เรียน สูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรม TOP-NM

คะแนนทดสอบ	N	M	SD	t	df	d
ก่อนเรียน	48	42.10	6.44	-21.42	47	4.66
หลังเรียน	48	66.62	3.71			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วย TOP-NM สูงกว่าก่อนเรียน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม TOP-NM อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้กลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับโปรแกรมปกติสูงกว่ากลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมโดยโปรแกรมปกติเนื่องจากผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรม TOP-NM สามารถเลือกเรียนหัวข้อได้ตามความต้องการของตนเอง ไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับ ไม่จำกัดเวลา ไม่จำกัดสถานที่ และมีวิดิทัศน์บรรยายสรุปสาระสำคัญซึ่งช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ทำให้เข้าใจบทเรียนได้มากขึ้น ช่วยลดระยะเวลาการอ่าน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้สื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาต

ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล (2561) ซึ่งพบว่าผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น หลังจากใช้สื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ซึ่งการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการสอบอยู่หลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในและภายนอก เช่น ความพร้อมของนักศึกษา ความเครียด/วิตกกังวล การเตรียมความพร้อมและการสนับสนุนจากอาจารย์ และเมื่อพิจารณาจะพบว่า การใช้โปรแกรม TOP-NM ร่วมกับโปรแกรมปกติ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้มีการเตรียมความพร้อมของตนเอง ลดความตึงเครียดและความเครียด รวมทั้งสื่อมีการกระตุ้นนักศึกษา ได้มีโอกาสทบทวนบทเรียน ทำให้เข้าใจเนื้อหาของวิชาการผดุงครรภ์ได้มากขึ้น

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วย โปรแกรม TOP-NM ร่วมกับโปรแกรมปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนของผู้เรียนที่ได้รับการสอนเสริมด้วยโปรแกรม TOP-NM ร่วมกับโปรแกรมปกติสูงกว่าก่อนเรียนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากสื่อโปรแกรม TOP-NM มีวิดิทัศน์บรรยายสรุปสาระสำคัญเป็นสื่อที่ประกอบไปด้วยรูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว ข้อความ เสียง และเนื้อหาที่กระชับ ตรงประเด็นตามผังการออกข้อสอบของสภาการพยาบาล ซึ่งกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นวรัตน์ โกมลวิภาต และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2558) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์รายวิชา BNS 408 กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ สำหรับการเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล (2561) ซึ่งศึกษา เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้สื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่เพื่อเตรียมตัวสอบ ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย รังสิต พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรชาติ อาจทรัพย์, ศิริประภา ชันคำ, และอภิภู สิทธิภูมิมงคล (2558) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้วย โปรแกรม Moodle สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา (กรณีศึกษาวิชา วทกพ 217 การนำเสนอสารสนเทศทางการกีฬา ปีการศึกษา 2556) ซึ่งพบว่าผลคะแนนเฉลี่ย จำแนกตาม องค์ประกอบพบว่าการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมด้านองค์ประกอบวาง ภาพ ด้านการใช้ตัวอักษร และเทคนิคการใช้โปรแกรมฯ ดีกว่าการเรียนการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเรียนการสอนแบบออนไลน์ส่งผลดีต่อผู้เรียน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการ สอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รายวิชาผดุงครรภ์ได้แก่ผู้เรียนมีอิสระในการเรียน รู้ มีแรงจูงใจในการเรียน ไม่มีขีดจำกัดด้านเวลาและสถานที่เรียน รวมทั้งการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียนด้านเทคโนโลยี (สุนทร สันธพานนท์, 2561)

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการ TOP-NM มีประสิทธิผลในการช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ และความพร้อมในการเตรียมความพร้อมการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ รายวิชาการผดุงครรภ์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของ Knowles (1980)

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการ TOP-NM ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในวิชาการผดุงครรภ์มากขึ้นซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ต่อไป คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ดังนี้

ด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสอนเสริมออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ในรายวิชามารดาทารก และรายวิชาอื่น ๆ

ด้านการวิจัย

ควรพัฒนาโปรแกรมให้สามารถเก็บบันทึกข้อมูลและใช้งานแบบไม่พึ่งอินเทอร์เน็ต หรือพัฒนาเป็นรูปแบบแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่ทันสมัยมากขึ้น เช่น Thai-Mooc หรือ Line Official รวมทั้งพัฒนาให้สามารถสื่อสารแบบ 2 ทาง เพื่อช่วยในการตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ของผู้เรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัชที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัย คณะอาจารย์เจ้าหน้าที่ ที่ให้การสนับสนุนอย่างดี และผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ความดีของงานวิจัยครั้งนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาบิดา มารดาและบูรพาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้จัดทำจนสามารถทำงานวิจัยฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์โควิด-19. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
- เกียรติสุดา ศรีสุข. (2552). *ระเบียบวิธีวิจัย*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ครองช้าง.
- คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ. (2563). *มาตรฐานและแนวทางการดำเนินการเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands06.pdf
- ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล, จันทร์เพ็ญ นิลวัชรณัณ, จินดามาศ โกศลชั้นวิจิตร, มัตถก ศรีคล้อย, อุไร นิโรธนันท์, และจิตราดา ศรีสารคาม. (2560). ผลของการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อความพร้อมและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ*, 33(2), 43-53.

- นางนภัทร รุ่งเนย, ณัฐพร อุทัยธรรม, กฤษณา หงส์ทอง, และสถาพร แฉวจันทิก. (2559). ประสบการณ์การพัฒนาตนเองเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารกองการพยาบาล*, 43(3), 76-91.
- นารัตน์ โกมลวิภาต, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2558). การพัฒนาสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์รายวิชา BNS 408 กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับการเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 4(1), 7-17.
- น้ำฝน ไวยวงค์กร, ปรานทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, และรัชนี ชุนเกาะ. (2562). การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันในการพยาบาลมารดาหลังคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(3), 53-68.
- พรทิพา ทักษิณ, สุกรีใจ เจริญสุข, และอุบล สุทธิเนียม. (2554). ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเตรียมความพร้อม และผลสอบขึ้นทะเบียนและรับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของผู้สำเร็จการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 117-129.
- เรณู พุกบุญมี. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในยุค Thailand 4.0*. สืบค้นจาก <https://www.ramamahidol.ac.th/ramachannel/article>
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. (2562). *รายงานการประชุมฝ่ายวิชาการและกิจกรรมนักศึกษา ครั้งที่ 8/2562*. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์). ฝ่ายวิชาการและกิจกรรมนักศึกษา, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช.
- วิภาดา คุณาวิกิตกุล, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, รัตนาดี ขอบตะวัน, และสุปราณี อัครเสรี. (2012). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(3), 11-28.
- วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, อัจฉรา ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, และสุวรรณี แสงอาทิตย์. (2555). การทดสอบประสิทธิภาพของบทเรียนคอมพิวเตอร์บนเครือข่าย เรื่อง “การพยาบาลโรคหัวใจในเด็ก” สำหรับผู้เรียนพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2), 21- 29.
- ศิริชัย กาญจนวาสิ. (2544). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- สภาการพยาบาล. (2540). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540*. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/11111.PDF>
- สุคนธ์ ลินธพานนท์. (2561). *นวัตกรรม การเรียนการสอน เพื่อพัฒนาทักษะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด 9119 เทคนิคพรินติ้ง.

- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้สื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่เพื่อการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(2), 117-129.
- สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุภาวดี นพจุจินดา, และอุมากร ใจยังยืน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(2), 81-92.
- สุรชาติ อาจทรัพย์, ศีรประภา ชันคำ, และอภิภู สิทธิภูมิมงคล. (2558). การศึกษาประสิทธิผลผลการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้วยโปรแกรม Moodle สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา (กรณีศึกษาวิชา วกกพ 217 การนำเสนอสารสนเทศทางการกีฬา ปีการศึกษา 2556). *วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย*, 2, 81-89.
- อนันต์ ชาญวิทย์ชัย, และมนัสภรณ์ วิฑูรเมธา. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้สูงอายุและความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการเตรียมของผู้เรียนพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. *วารสารพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต*, 11(1), 92-106.
- EllenSmith, M. G., Dreher, H. M., & Schreiber, J. (2019). Standardized testing in nursing education: Preparing students for NCLEX-RN and practice. *Journal of Professional Nursing*, 35(6), 440-446. doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.04.012>
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. New York: The Adult Education Company.
- Mondeik, S. L. (2014). Impact of professional nursing tutors on national council licensure examination success. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/e1b7a2621cceceb96ec66cc7ebca9f4c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Palancia, C. E., & Sullivan, K. (2020). Maintaining clinical continuity through virtual simulation during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Education*, 59(9). <https://doi.org/10.3928/01484834-20200817-09>
- Roskvist, R., Eggleton, K., & Goodyear-Smith, F. (2020). Provision of e-learning programmes to replace undergraduate medical students' clinical general practice attachments during COVID-19 stand-down. Education for Primary Care: An official publication of the association of course organisers, National Association of GP Tutors, *World Organisation of Family Doctors*, 31(4), 247-254. doi: 10.1080/14739879.2020.1772123

ความต้องการจำเป็น และสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพในระบบสุขภาพของประเทศ

สรรพพร วิรัตน์โกสิน, ประ.ด.¹

นพมาศ เครือสุวรรณ, ประ.ด.¹

นภชา สิงห์วีระธรรม, ประ.ด.²

วรัญญา อรุโณทยานันท์, ประ.ด.³

วันนิศา รักษาผาตย์, วท.ม.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 10 สิงหาคม 2564; วันที่แก้ไข: 26 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 8 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพแก่ประชาชน จำเป็นต้องใช้บุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะและสมรรถนะเฉพาะ คือนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ การผลิตบุคลากรสาขานี้จึงมีความสำคัญในระบบสุขภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ ตลอดจนศึกษาลักษณะงานและสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหารหน่วยงานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน ผู้ประกอบการสุขภาพภาคเอกชน และนักสื่อสารสุขภาพ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 23 คน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) บุคลากรด้านการสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ ยังมีความต้องการและมีความจำเป็นต่อระบบสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน 2) ลักษณะงานของนักสื่อสารสุขภาพ จะเป็นการสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผ่านสื่อในช่องทางต่าง ๆ ที่ทันสมัย ดังนั้นสมรรถนะที่จำเป็น คือ ความใฝ่รู้ ความรอบรู้ในด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ ความคิดสร้างสรรค์และการมีทัศนคติที่ดี 3) ลักษณะงานของนักนวัตกรรมสุขภาพ ควรเป็นงานที่มีเทคโนโลยีด้านสุขภาพในรูปแบบใหม่ หลากหลาย ดังชุด เป็นที่ต้องการของตลาด มาใช้ในการดูแลสุขภาพ และมีสมรรถนะในการค้นคว้าหาความรู้วิจัย ออกแบบเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นบุคลากรด้านการสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ จึงมีส่วนสำคัญมากในการสื่อสารกับประชาชน เพื่อให้ความรู้และเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัย สนองตอบต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

คำสำคัญ: ความต้องการจำเป็น, สมรรถนะ, นักสื่อสารสุขภาพ, นวัตกรรมสุขภาพ

¹ วิทยากรชำนาญการพิเศษ, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² วิทยากรชำนาญการ, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ เกษตรกรชำนาญการ, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

⁴ วิทยากร, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² Corresponding author: นภชา สิงห์วีระธรรม; Email: noppcha@hotmail.com

Need and Expected Competencies of Health Communicators and Health Innovators in Thailand's Healthcare System

Sappaporn Wirattanapokin, Ph.D.¹

Noppamas Kruasuwan, Ph.D.¹

Noppcha Singweratham, Ph.D.²

Warunya Arunotayanun, Ph.D.³

Wannisa Raksamat, M.Sc.⁴

(Received: August 10th, 2021; Revised: November 26th, 2021; Accepted: December 8th, 2021)

Abstract

Health education requires public health personnel with specific skills and competencies called health communicators and health innovators. Therefore, developing professionals in these areas is essential for the healthcare system. This qualitative research aimed to investigate the need for, as well as the job descriptions and expected competencies required of, health communicators and health innovators in Thailand's healthcare system. The 23 key informants in this study included executives from both the private and public sectors, health entrepreneurs in the private sector, and health communicators. All of them were selected purposively according to inclusion criteria. In-depth interviews were used for collecting data which were analyzed using content analysis. The results revealed that 1) health communication and health innovation personnel were needed in both the public and private sectors, 2) the job description of health communicators focused on delivering health information through various up-to-date media channels; therefore, their competence required curiosity, health and media literacy, creativity, and a good attitude, 3) the job descriptions of health innovators was generally associated with the production and development of novel, diverse, attractive, and marketable health technologies; therefore, their expected competencies were searching, researching, designing, innovation, and creativity skills, together with a positive attitude towards health services. In sum, health communication and health innovation personnel are the key persons related to communicating with people to educate people and help to obtain the desired level of health literacy, in addition to the application of modern technology and innovation to serve the current situations.

Keywords: Need, Competency, Health Communicators, Health Innovator

¹ Instructor, Senior Professional Level, Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Instructor, Professional Level, Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ Pharmacist, Professional Level, Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

⁴ Instructor, Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Corresponding author: Noppcha Singweratham, E-mail: noppcha@hotmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิทัลอย่างเต็มตัว รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย Thailand 4.0 ซึ่งมีหัวใจสำคัญคือ การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม (Innovation-based economy) ภายใต้เทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ เน้นภาคการผลิตไปสู่ภาคบริการมากขึ้น Thailand 4.0 จึงเป็นโมเดลในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยกำหนดเป้าหมายสำคัญ คือ การขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (ประกาศ เรื่องยุทธศาสตร์ชาติ [พ.ศ. 2561-2580], 2561) ทรัพยากรมนุษย์จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญ และมีความจำเป็นมากที่สุดต่อการก้าวสู่ Thailand 4.0 เนื่องจากเป็นแหล่งความรู้และกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาในยุค Thailand 4.0 ที่ไม่ใช่เป็นเพียงการให้ความรู้ แต่เป็นการเตรียมมนุษย์ให้เป็นมนุษย์ โดยผู้เรียนต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่สำคัญในการดำเนินชีวิตไปด้วย (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2559) ภายใต้แนวคิดการสอนให้มีความรู้คู่คุณธรรมและมีทักษะในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ การสร้างนวัตกรรม การเรียน/ทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การสื่อสาร การใช้ข้อมูลสารสนเทศ การใช้คอมพิวเตอร์และปัญญาประดิษฐ์ การคิดคำนวณ การสร้างอาชีพและการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Kay & Greenhill, 2011; UNESCO Bangkok, 2009) เพื่อให้เกิดความรอบรู้หลากหลายมิติ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในประเทศ (ประกาศ เรื่องยุทธศาสตร์ชาติ [พ.ศ. 2561-2580], 2561) และหัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค คือ การทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อช่วยยกระดับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ การใช้ข้อมูลและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Berkman, Davis, & McCormack, 2010) คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ (กองบริหารทรัพยากรบุคคล, 2562; วิมล โรมา และคณะ, 2561) ทั้งนี้ปัญหาส่วนหนึ่งคือปัญหาการสื่อสารด้านสุขภาพ ที่ผ่านมาการสื่อสารเกิดจากบุคลากรด้านสาธารณสุข (พรพรรณ ประจักษ์เนตร, 2563) ประกอบกับช่องทางและเทคนิคที่ไม่หลากหลายในการสร้างความเข้าใจให้กับผู้รับสาร (หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง และกิตติ กันภัย, 2553) แต่ในปัจจุบันจำนวนช่องทางการสื่อสารที่เพิ่มมากขึ้น ผู้รับสารหรือประชาชนเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ผลิตสารเพื่อการส่งต่อ ส่งผลต่อการกำหนดเนื้อหาไม่ไปตามองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพ ขาดกลไก ข้อมูล และความทันต่อเหตุการณ์ในการบริหารจัดการแบบบูรณาการให้มีประสิทธิภาพในการสื่อสาร เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2563)

กระทรวงสาธารณสุขได้ทำนายความต้องการกำลังคนเพื่อพัฒนานวัตกรรมสุขภาพและนักร้องแบบอุปกรณ์ทางการแพทย์ใน 5 ปีข้างหน้า จำนวน 500 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวน 10,000 คน (ประกาศ เรื่องยุทธศาสตร์ชาติ [พ.ศ. 2561-2580], 2561) การผลิตบุคลากรสาธารณสุข

ในสาขานักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อระบบสุขภาพ โดยนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยกระดับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างถูกต้อง ทันสมัยและไม่บิดเบือน (Berkman et al., 2010) ภายใต้ผลลัพธ์สุดท้ายคือการมีสุขภาพดี

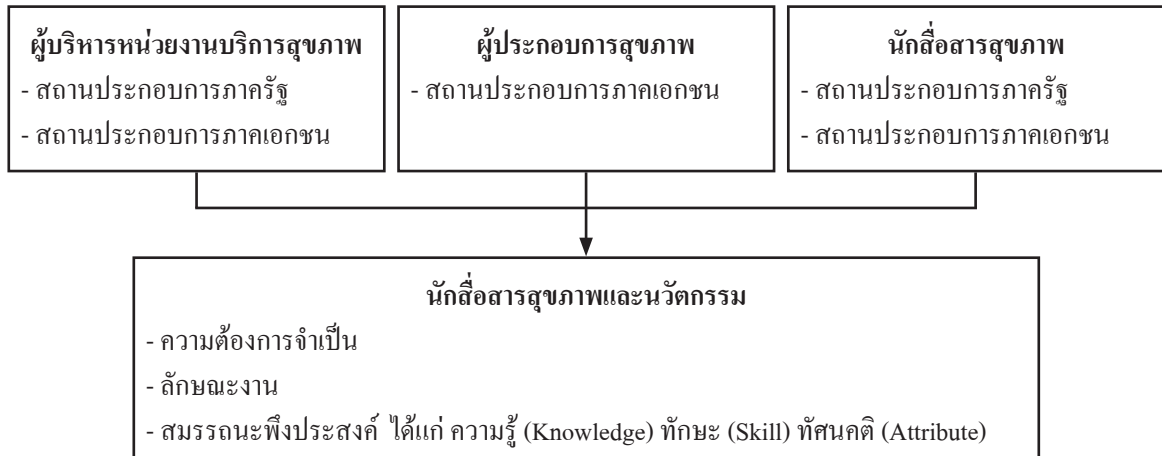
สถาบันพระบรมราชชนก โดยวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เปิดสอนหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 โดยมุ่งเน้นให้ผู้สำเร็จการศึกษา มีความรู้ความสามารถในการใช้เครื่องมือโสตทัศนูปกรณ์ สามารถจัดทำสื่อด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อไปปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา ประมาณ 1,140 คน แต่ในการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพส่งผลให้ต้องมีการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตให้มีความสอดคล้องกับเทคโนโลยีการสื่อสาร (อมรรัตน์ เรืองสกุล และคณะ, 2562) จึงจำเป็นต้องมีการผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านการสื่อสารและนวัตกรรมสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกแบบผลิตภัณฑ์และนวัตกรรม มีความคิดสร้างสรรค์เพื่อรองรับการบริการสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการจำเป็น ลักษณะงาน และสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพในระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อพัฒนาเป็นหลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาวิชานวัตกรรมและสื่อสารสุขภาพให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต นำไปสู่การให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาลักษณะงานและสมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้บริหารหน่วยงานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ประกอบการสุขภาพภาคเอกชน และนักสื่อสารสุขภาพ มีความต้องการจำเป็นให้มีนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ โดยสะท้อนความต้องการเกี่ยวกับสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ (McClelland, 1973) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารสถานประกอบการภาครัฐบาลในสถานบริการสุขภาพ มีประชากรโดยประมาณ จำนวน 11,622 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) 2) ผู้บริหารสถานประกอบการภาคเอกชนในสถานบริการสุขภาพ มีประชากรโดยประมาณ จำนวน 392 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานรหัสสุขภาพ, 2558) 3) ผู้ประกอบการสุขภาพ มีประชากรโดยประมาณ จำนวน 1,609 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล แบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์อายุงานไม่น้อยกว่า 5 ปี จากทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน รวมทั้งหมด 30 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่ KMPHT64010004 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงชี้แจงผลการวิจัยที่จะเผยแพร่และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยข้อมูลส่วนบุคคลในการสัมภาษณ์จะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะทำลายเอกสารเมื่อพ้นระยะเวลาการเก็บข้อมูลวิจัยไปแล้ว 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดและกึ่งมีโครงสร้าง (Open ended and semi-structured) ถามประเด็นเกี่ยวกับ 1) ความต้องการและความจำเป็นของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร 2) ลักษณะงานของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร และ 3) สมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร รวม 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา ด้านสื่อสารสุขภาพ และด้านนวัตกรรม ตรวจสอบเนื้อหาและผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยทีมวิจัยที่ผ่านการซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถามให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแนะนำตัวเองและหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตจดบันทึก และบันทึกเสียงการสนทนา ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้อาจจะใช้เพื่อการวิจัย ไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 – 60 นาที ขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ และมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม หากยังได้คำตอบไม่ชัดเจน จนเกิดความอึดอัดตัวของข้อมูล หลังการสัมภาษณ์ได้ถอดเทป รวบรวมข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ เรียบเรียงเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. การจัดแฟ้ม (Establishing files) โดยนำข้อมูลทั้งหมดที่สัมภาษณ์ได้มาทบทวนและจัดหมวดหมู่ โดยภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง คณะผู้วิจัยได้ร่วมกันฟังเทปซ้ำ เทปละ 2 ครั้ง เพื่อจับประเด็นสำคัญ พร้อมอธิบายบทสัมภาษณ์ด้วยบันทึกภาคสนาม ก่อนถอดออกมาเป็นข้อความเชิงบรรยาย จากนั้นอ่านบทสัมภาษณ์นั้นอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูล พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วย ซึ่งการศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นด้วยกับข้อสรุป โดยไม่ขอแก้ไขข้อความใด ๆ

2. การลงรหัสข้อมูล (Coding the data) โดยนำข้อมูลที่ได้นำมาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล

3. การจัดประเภทของข้อมูล (Identify unit) โดยพิจารณาจากรหัส นำรหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภท ข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน

4. การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing categories) นำข้อมูลที่จัดประเภทโดยแยกประเภทเป็นหัวข้อ คือ 1) ความต้องการจำเป็นนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ 2) การสื่อสารสุขภาพ และ 3) นวัตกรรมสุขภาพ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาตีความเพื่อสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล

5. การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively determine connections) นำหมวดหมู่ของข้อมูลที่จัดได้มาหาความสัมพันธ์กัน เพื่อดูความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ได้สังเคราะห์ขึ้นมาใหม่

6. การตรวจสอบความถูกต้อง (Verification) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อความถูกต้อง

7. การสรุปและรายงานการวิจัย (Report) ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และนำเสนอผลการวิจัยแบบพรรณนา

ผลการวิจัย

ในการศึกษานี้มีผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหารสถานประกอบการภาครัฐบาลในสถานบริการสุขภาพจำนวน 7 คน กลุ่มผู้บริหารสถานประกอบการภาคเอกชนในสถานบริการสุขภาพจำนวน 8 คน และกลุ่มผู้ประกอบการสุขภาพจำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน ได้สะท้อนความต้องการ ความจำเป็น และสมรรถนะที่พึงประสงค์ ของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพในระบบสุขภาพของประเทศ ได้แก่ 1) ความต้องการจำเป็นของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ 2) ลักษณะงานสื่อสารสุขภาพและสมรรถนะ และ 3) ลักษณะงานด้านนวัตกรรมสุขภาพและสมรรถนะของนักนวัตกรรมสุขภาพ ดังนี้ **ความต้องการและความจำเป็นของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ**

จากประเด็นคำถามความต้องการจำเป็นของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ มีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นอย่างมาก เพื่อนำเสนอให้ผู้บริโภคเกิดความสนใจในผลิตภัณฑ์ มองเห็นจุดเด่นของผลิตภัณฑ์ เข้าใจรายละเอียดและความแตกต่างของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งเห็นคุณค่าของผลิตภัณฑ์ โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

จำเป็นมากเพราะต้องทำคอนเท้นต์ (Content) สื่อสารการทำงานของอาหารเสริมไปยังผู้บริโภค ให้หลากหลายรูปแบบที่สุด ที่สำคัญคือสร้างความแตกต่างกับคู่แข่งในตลาด ทำสื่อให้มีจุดเด่น น่าสนใจในการโน้มน้าวใจให้ลูกค้ามาซื้อหรือเข้ามาดูรายละเอียดสินค้าดึงดูดกลุ่มเป้าหมาย มีความน่าเชื่อถือ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานด้านสื่อสารสุขภาพ ยังมีความสำคัญในการติดต่อและสื่อสารกับลูกค้าโดยตรง รวมทั้งทำหน้าที่ในการผลิตสื่อ หรือเนื้อหาต่าง ๆ รวมไปถึงการประชาสัมพันธ์และการอำนวยความสะดวกไปยังลูกค้า ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้ “มีความจำเป็น เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการสื่อสาร โดยสื่อสารผ่านช่องทางการสื่อสารทั่วไป และทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการ อำนวยความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

มีความจำเป็น เพราะผู้ปฏิบัติงานด้านนวัตกรรมและสื่อสารสุขภาพ เป็นบุคลากรที่ต้องเป็นคนต้นคิดการดูแลสุขภาพแนวใหม่ด้วยเทคโนโลยีสามารถเข้าถึงความต้องการของผู้รับบริการได้รวดเร็ว ครอบคลุมมากขึ้น ทันสมัย (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ในสถานประกอบการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีความต้องการนักสื่อสารสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยมีหลายหน่วยงานที่ต้องการให้ผลิตนักสื่อสารสุขภาพขึ้นมาเพื่อตอบสนองให้กับระบบสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถช่วยออกแบบ ดูแล และกำกับติดตามด้านสุขภาพได้ ดังคำกล่าวที่สะท้อนถึงความต้องการของหน่วยงานภาครัฐ ดังนี้ “จริง ๆ แล้ว กพ.อยากให้เราสร้าง ซึ่ง

เด็กที่เราสร้างมานะ...มีองค์ความรู้เรื่องการสร้างนวัตกรรมพอสมควร ซึ่งนำมาพัฒนาต่อได้ไม่ยาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 21) และคำกล่าวที่สะท้อนถึงความต้องการนักสื่อสารสุขภาพของภาคเอกชน ดังนี้

ในโรงงานยังไม่มีนักการสื่อสารสุขภาพ...คิดว่าหากมีคงจะเป็นสิ่งที่ดีมาก เพราะตอนนี้มีการสื่อสารด้านสุขภาพ เฉพาะสถานการณ์สำคัญ เช่น สถานการณ์โควิด โดยสื่อสารผ่านประชาสัมพันธ์...ซึ่งถ้ามีนักการสื่อสารสุขภาพจะได้มาช่วยออกแบบ ดูแล และกำกับติดตามด้านสุขภาพของคนในโรงงานได้อย่างเต็มที่ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

สื่อสารสุขภาพ

1. ลักษณะงานนักสื่อสารสุขภาพ

จากประเด็นคำถามลักษณะงานของนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าลักษณะงานสื่อสารสุขภาพ จะเป็นลักษณะของธุรกิจผลิต และขายผลิตภัณฑ์ มีการสื่อสารผ่านการออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook), ไลน์ (Line) และติ๊กต็อก (Tiktok) มีการถ่ายทอดสด (Live) มีการโพสต์ (Post) ด้วยเนื้อหาที่น่าสนใจ รวมทั้งมีการเน้นความแปลกใหม่ โน้มน้าวให้ลูกค้าซื้อผลิตภัณฑ์ โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

เป็นธุรกิจการจำหน่ายปลีก ส่ง เครื่องสำอางผ่านช่องทางออนไลน์ การสื่อสารจะเป็นการโต้ตอบกับลูกค้า สื่อสารข้อมูลให้ลูกค้าได้รับข้อมูลที่ตรงความต้องการอย่างถูกต้องเหมาะสม ผ่านเว็บไซต์และการทำสื่อโฆษณา ทั้งในรูปแบบอินโฟกราฟิก (Infographic) คลิปสั้น ๆ การเขียนคอนเท้นต์ (Content) เพื่อสื่อสารผ่านทางโซเชียลมีเดีย (Social media) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับราคา โปรโมชั่น รายละเอียดของผลิตภัณฑ์ แต่ละชนิด คอนเท้นต์ (Content) ต้องสามารถโน้มน้าวใจลูกค้าให้ซื้อผลิตภัณฑ์ได้ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะงานสื่อสารสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล จะเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้มาใช้บริการ โดยมีการให้คำแนะนำผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ บทความในเว็บไซต์ โพสต์หรือ ไลน์ที่เป็นทางการ (Line official) และแผ่นพับ รวมทั้งต้องมีการเรียนรู้จากการติดตามและสังเกตอาการของผู้รับบริการ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้รับบริการโดยผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 สะท้อนถึงความน่าเชื่อถือของช่องทางสื่อสารในปัจจุบันด้วย ดังนี้ “เป็นงานที่ส่งข้อมูลด้านสุขภาพให้บุคคลทราบด้วยช่องทางที่ทันสมัย ไม่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ข้อมูลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผ่านช่องทางที่น่าเชื่อถือ ทันสมัย และถูกต้อง” และคำกล่าวที่สะท้อนถึงช่องทางสื่อสารที่เน้นความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

การสื่อสารด้านการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ เน้นการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ หลักการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ การรวบรวมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเผยแพร่ต่อประชาชนได้ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายระบุลักษณะงานเพื่อสื่อสารกับบุคลากรในหน่วยงานในการดูแลสุขภาพตัวเอง แทนฝ่ายพัฒนาบุคลากรที่ต้องรับบทบาทนี้ โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

การสื่อสารสุขภาพในโรงงานไม่มี จะใช้งานเอชอาร์ (HR) ดูแลเรื่องสุขภาพของพนักงานเป็นหลัก ทำงานติดต่อกับงานสวัสดิภาพแรงงาน การประกันชีวิตของพนักงานจะเป็นการตรวจสุขภาพประจำปี หากเป็นเรื่องจำเป็น เช่น สถานการณ์โควิด ก็จะมีเจ้าหน้าที่เอชอาร์ (HR) สื่อสารให้ทุกคน สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือและดูแลตนเอง ส่วนฝ่ายองค์กรและลูกค้าสัมพันธ์ก็จะมีฝ่ายประชาสัมพันธ์เป็นคนสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2. สมรรถนะนักสื่อสารสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า สมรรถนะที่สำคัญของนักสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ

1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านทัศนคติ ดังนี้

2.1 ด้านความรู้ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าต้องมีทักษะสมรรถนะด้านความรู้ มีความใฝ่รู้ มีความรู้ที่ทันสมัย สามารถศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลผลิตภัณฑ์ในเชิงลึกได้ รวมทั้งมีการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ดังตัวอย่างคำพูดที่สะท้อน ดังนี้ “มีความสนใจใฝ่รู้ มีความรู้เชิงลึก และสามารถศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ในเชิงลึก เพื่อจะสร้างนวัตกรรมสุขภาพได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และ “มีความสนใจใฝ่รู้และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ มีความรอบรู้ในด้านสุขภาพ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.2 ด้านทักษะ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่านักสื่อสารสุขภาพต้องเป็นผู้ที่มีทักษะ โดยสะท้อนออกมาใน 3 ลักษณะ คือ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะการใช้สื่อและเทคโนโลยี และ 3) ทักษะความคิดสร้างสรรค์

2.3 ด้านการสื่อสาร ต้องมีทักษะด้านการสื่อสาร สื่อสารเข้าใจ เพราะการสร้างคามเข้าใจได้ดี ต้องใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีทักษะการสื่อสารด้านภาษาอังกฤษ ดังตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนว่า

การสื่อสารมีความจำเป็นมาก...พบว่าความสำเร็จของงานส่วนใหญ่มาจากการสื่อสาร...จะเห็นได้ว่าการสื่อสารมีความจำเป็นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16) และ คำกล่าวที่สะท้อนในทำนองเดียวกันและเน้นทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ คือ “ควรมีทักษะการสื่อสารที่ดี สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ เนื่องจากทุกวันนี้มีกลุ่มลูกค้า หรือผู้มารับบริการเป็นกลุ่มชาวต่างชาติจำนวนมาก ถ้าสื่อสารภาษาอังกฤษได้จะดีมาก (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

2.4 ทักษะด้านการออกแบบและผลิตสื่อโดยใช้เทคโนโลยี ต้องมีทักษะการออกแบบและผลิตสื่อโดยใช้เทคโนโลยี โดยต้องมีพื้นฐานการใช้โปรแกรมการตัดต่อ การใช้สื่อสังคม (Social media) มีทักษะการออกแบบและการผลิตสื่อ สามารถสร้างเนื้อหาที่น่าสนใจ โดยใช้สื่อสมัยใหม่ สื่อให้เห็นถึงความน่าสนใจของผลิตภัณฑ์ โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมาดังตัวอย่างคำพูด “ต้องมีทักษะการออกแบบ

อย่างดี โดยสามารถสร้างสตอรี่บอร์ด (Storyboard) ในการทำคอนเทนต์ (Content) ให้น่าสนใจ บนพื้นฐานข้อมูลที่เป็นจริงทางสุขภาพ ไม่โอ้อวดหรือโฆษณาข้อความที่เสี่ยงผิดกฎหมาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และคำกล่าวในทำนองเดียวกันคือ

มีทักษะด้านการออกแบบและการผลิตสื่อ โดยเฉพาะด้านการผลิตสื่อ ควรทำงานได้ดีไม่ต่างกับคนที่จบกราฟฟิก (Graphic) เพราะเป็นหัวใจสำคัญ ถึงจะมีความรู้มาก แต่สื่อสารออกมาไม่ได้ก็ทำให้สื่อไม่โดนใจผู้บริโภค ก็ไม่มีประโยชน์อยู่ดี (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

2.5 ทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ ผู้ให้ข้อมูลระบุทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ในการทำงานที่ต้องผลิตผลงานให้ทันต่อสถานการณ์หลายมุมมอง ดังนี้ “ต้องเป็นคนที่คิดนอกกรอบ ไร่ชอบเจตคนเหล่านี้เหมาะกับงานแบบนี้ ที่ต้องมีความคิดสร้างสรรค์ ที่มองงานไม่เหมือนคนอื่น มีความเชื่อมั่นในตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) นอกจากนี้ต้องมีการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่เหมาะสม ยึดหยุ่นตามสถานการณ์ได้ สะท้อนมาจากคำกล่าว “การสื่อสารในปัจจุบันจะสื่อสารแบบเดิมไม่ได้แล้ว ต้องปรับให้ทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ ต้องคิดไม่ซ้ำกันในเรื่องเดียวกัน ต้องเลือกใช้ถ้อยคำให้เหมาะสมและไม่ตายตัว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

2.6 ด้านทัศนคติ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าสมรรถนะที่สำคัญของนักสื่อสารสุขภาพต้องเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีในการทำงาน โดยต้องเป็นผู้ที่มีความรักและเอาใจใส่ในงานที่ทำ รวมทั้งการมีพฤติกรรมจิตบริการ การให้บริการที่เป็นผู้ให้และมีความเข้าใจในตัวผู้รับบริการ โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมาดังนี้

คุณลักษณะสำคัญที่ควรมีในงานบริการ คือ การรักในงานที่ทำ เมื่อรักในงานที่ทำจะทำให้มีความเต็มใจกับงาน มีความเอาใจใส่ในการทำงาน...การมีพฤติกรรมจิตบริการ การให้บริการที่เป็นผู้ให้จริง ๆ เข้าใจคนไข้ ช่วยเหลือคนไข้อย่างเท่าเทียม (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

นวัตกรรมสุขภาพ

1. ลักษณะงานนวัตกรรมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าลักษณะงานนวัตกรรมสุขภาพ ควรเป็นงานที่มีความหลากหลาย ดังคุณ เป็นที่ต้องการของตลาด เป็นเทคโนโลยีใหม่หรือรูปแบบใหม่ โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมาดังนี้ “เป็นนวัตกรรมทางด้านเครื่องสำอาง เป็นเทคโนโลยีใหม่ หรือรูปแบบใหม่ ซึ่งเป็นนวัตกรรมจากหลากหลายประเทศตามรูปแบบสินค้าเนื่องจากมีสินค้าหลายชนิด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) และมีผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนออกมาในรูปแบบของตัวอย่างนวัตกรรมสำหรับผู้ป่วย ดังนี้ “ออกแบบหมอนสำหรับผู้สูงอายุและยังมีนวัตกรรมประยุกต์ที่ใช้บำบัดคนไข้อื่น ๆ เช่น อุปกรณ์บำบัด ฟันฟูลสำหรับผู้ป่วยอ่อนแรง หลักร่วมไม้หนีบสำหรับฝึกแขนและมือ หรือการส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมบำบัด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

นอกจากนี้ลักษณะงานด้านนวัตกรรมสุขภาพเป็นลักษณะการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ เช่น การสร้างซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ (Software & Hardware) ในด้านการดูแลสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการผ่านการวิดีโอคอล โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมาดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

เป็นฮาร์ดแวร์ (Hardware) เป็นอะไรที่จะมาช่วยในชีวิตประจำวัน อย่างเช่น เรามีคนสูงอายุมากขึ้น จะจัดการให้อยู่กับสังคมเป็นเวลามากขึ้น (Well-being) อย่างไร หรือเป็นนวัตกรรม บางส่วนเป็นเรื่องของซอฟต์แวร์ (Software) ที่มาช่วยจัดการเรื่องระบบสุขภาพอันใหม่ บางส่วนก็เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เอามาจัดการเรื่องของสุขภาพยังงี้ที่เราต้องเปลี่ยนระบบสุขภาพ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

ในขณะที่เดียวกันลักษณะงานด้านนวัตกรรมสุขภาพเน้นในเรื่องคุณภาพของสินค้า เพิ่มคุณค่า ให้กับผลิตภัณฑ์ โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมา ดังนี้ “เป็นในเรื่องของคุณภาพของสินค้า เช่น ใช้ไหมหรือผ้าที่มาทำผ้าขนหนูที่มีอายุการใช้งานยาวนาน ไม่เป็นขนเวลาซัก...สามารถสร้างแวลู-ยู (Value) ให้กับผลิตภัณฑ์ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2. สมรรถนะของนักนวัตกรรมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า สมรรถนะของนักนวัตกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านทัศนคติ ดังนี้

2.1 ด้านความรู้ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะต้องมีทักษะด้านความรู้ คือ เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพ ด้านการแพทย์ทางเลือกที่หลากหลาย ให้ครบทุกมิติของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ประกอบด้วยรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “มีความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายทั้งด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพคนป่วย เพื่อให้สามารถนำความรู้มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และคำกล่าวที่สะท้อนถึง การนำความรู้มาวิเคราะห์เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการผลิตและพัฒนานวัตกรรมได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดนี้

มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ด้านการแพทย์ทางเลือก ศาสตร์แพทย์แผนจีน การฝังเข็ม ศาสตร์การรักษารักษาอื่น ๆ มีความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่น เคมี เน้นเรื่องการทำเล็บ (Lab) เพื่อสามารถวิเคราะห์สรรพคุณหรือผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ได้ถูกต้อง (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายรับรู้ว่า สมรรถนะที่สำคัญของนักนวัตกรรมสุขภาพ ต้องมีความรอบรู้ในด้านสุขภาพเพื่อนำมาสู่การออกแบบด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้รวมไปถึงการมีความรู้ในเรื่องการบริหารจัดการ และความรู้เชิงธุรกิจ โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

มีความรู้ด้านเฮลท์ ลิทเทอเรซี (Health literacy) ในเรื่องการสร้างอะแวร์เนส (Awareness) ให้กับประชาชน การออกแบบด้านสุขภาพให้กับประชาชน ก็ต้องเอาองค์ความรู้ทั้งหมดไปประมวลมีความสามารถในการออกแบบกิจกรรมบำบัดร่วมกับทีมสุขภาพ...มีความรู้ในเรื่องของแมนเนจเม้นท์ (Management) มีความรู้ในเรื่องการที่จะทำให้มันยั่งยืนได้ยังไงเป็นเชิงบิซเนสเนส (Business) (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

2.2 ด้านทักษะ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีทักษะที่สำคัญของนักนวัตกรรมสุขภาพ คือ การมีทักษะ โดยได้สะท้อนออกมา 3 ลักษณะ คือ 1) ทักษะด้านการทำวิจัย 2) ทักษะความคิดสร้างสรรค์ และ 3) ทักษะด้านเทคโนโลยี ดังนี้

2.2.1 ทักษะด้านการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีทักษะด้านการทำวิจัย ด้านการทดลองเพื่อทำให้นวัตกรรมที่สร้างขึ้นมีความน่าเชื่อถือ และถูกต้องตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้ “ควรมีทักษะการทำวิจัยเพื่อให้นวัตกรรมที่สร้างขึ้นน่าเชื่อถือ ถูกต้องตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ใช้กระบวนการวิจัยสร้างผลิตภัณฑ์ จะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) และสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

ต้องเป็นคนที่มีผู้รู้และมีการตั้งคำถามเสมอเกี่ยวกับสิ่งที่พบ พยายามๆ คือ ต้องทำวิจัยเป็น เพื่อให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมเพื่อตอบสนองกับความต้องการของผู้ใช้ อีกอย่างก็ต้องคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา และเป็นสิ่งที่มีคุณค่า (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 23)

2.2.2 ทักษะความคิดสร้างสรรค์ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีทักษะความคิดสร้างสรรค์ โดยสามารถคิดวิเคราะห์ ใช้ความคิดสร้างสรรค์คิดนอกกรอบ และสร้างความแตกต่าง โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “มีความคิดสร้างสรรค์ที่จะผลิตสื่อที่ตรงประเด็น น่าสนใจ แปลกใหม่ โดยมีความปรารถนาที่จะสร้างความแตกต่าง ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และสะท้อนถึงความคิดสร้างสรรค์ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ ดังนี้ “ต้องเป็นบุคคลที่มีความคิดเชิงวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ สิ่งใหม่ ๆ ได้ สามารถแสดงออกศักยภาพในการวิเคราะห์สถานการณ์และเสนอแนะวิธีการในการแก้ไขปัญหาได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.2.3 ทักษะด้านเทคโนโลยี ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีทักษะด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่ขั้นพื้นฐาน เพื่อเข้าใจกระบวนการทำงานเบื้องต้นของนวัตกรรมที่จะผลิตได้ และสามารถต่อยอดแนวคิด หรือองค์ความรู้ได้ ดังตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนโดยผู้ให้ข้อมูลบางราย ดังนี้ “คนที่ทำงานด้านนี้ได้ต้องมีทักษะในด้านเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน เพื่อจะได้ทราบถึงกลไก การทำงานง่าย ๆ ที่จะสามารถต่อยอดองค์ความรู้ หรือหาความรู้ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) และ “การจะประดิษฐ์นวัตกรรมได้นั้น นอกจากความคิด ต้องมีทักษะในด้านเทคโนโลยีพื้นฐาน จะได้ว่าควรเริ่มอย่างไร สร้างจากอะไรก่อน อะไรหลัง เพื่อให้สามารถต่อยอดแนวคิดได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

2.3 ด้านทัศนคติ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการมีทัศนคติที่ดีเริ่มจากการมีใจรักในการทำงานด้านการสร้างนวัตกรรมสุขภาพ เพราะเมื่อมีใจรักในการทำงานจะทำให้เกิดความสนใจใฝ่เรียนรู้ รวมถึงการเป็นที่รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น โดยผู้ให้ข้อมูลได้มีการสะท้อนออกมา ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

ต้องเป็นคนที่เปิดกว้างและต้องรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น งานนวัตกรรมเมื่อทำออกมาแล้ว ไม่ใช่จะใช้ได้เลย ต้องมีมุมมองจากผู้เชี่ยวชาญที่จะค่อย ๆ ปรับให้มันดีขึ้นไปเรื่อย ๆ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

และสะท้อนดังกล่าวที่ว่า

เริ่มต้นเลย สมรรถนะที่ควรมี คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานด้านนี้ ต้องมีความรักความเอาใจใส่ในงานที่ทำ เมื่อไหร่ที่เริ่มต้นจากการมีใจรักในงาน ก็จะทำให้มีความตั้งใจและเอาใจใส่ในการทำงาน คิดว่าสิ่งนี้ คือสิ่งสำคัญมาก (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

อภิปรายผลการวิจัย

การผลิตบุคลากรด้านสื่อสารและนวัตกรรมเป็นสิ่งที่ต้องการทั้งในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ที่ต้องการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจ ให้ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ประกอบกับการจัดบริการสุขภาพในปัจจุบันไม่ได้อยู่เพียงแค่หน่วยงานผู้ให้บริการภาครัฐ แต่ยังมีหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนที่แสวงหากำไร ที่จะกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของตลาดแรงงานบุคลากรสุขภาพ (กองบริหารทรัพยากรบุคคล, 2562) สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาวของประเทศที่เน้นให้ประชาชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนความรู้ที่นำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

งานนักสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย การนำเสนอสารที่เป็นความรู้ทางด้านสุขภาพที่น่าสนใจผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสามารถที่จะโน้มน้าวผู้บริโภค ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงบริการหลังการขาย จะเห็นได้ว่าปัจจุบันเทคโนโลยีมีวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งการสื่อสารสุขภาพไม่ควรหยุดนิ่งเพียงแค่การใช้สื่อบุคคล หรือสื่อมวลชน แต่มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้ทันเทคโนโลยีดิจิทัล (พรพรรณ ประจักษ์เนตร, 2563) ภายใต้อความคิดสร้างสรรค์เน้นภาคการผลิตไปสู่ภาคบริการมากขึ้น (ประกาศเรื่องยุทธศาสตร์ชาติ [พ.ศ. 2561-2580], 2561) เพื่อสนองต่อความต้องการและความสนใจที่แตกต่างกันของผู้รับสารที่ต้องการความรู้ลักษณะทางด้านใดด้านหนึ่ง (อมรรัตน์ เรืองสกุล และคณะ, 2562)

จากการศึกษาความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ตามองค์ประกอบสมรรถนะที่พึงประสงค์ (McClelland, 1973) ของนักสื่อสารสุขภาพ พบว่า ต้องมีความรู้ที่ทันสมัย สามารถคิดวิเคราะห์ข้อมูลผลิตภัณท์ในเชิงลึก มีทักษะด้านการสื่อสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษอย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะการใช้สื่อและเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน โดยสมรรถนะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะของบัณฑิตในหลักสูตรนิเทศศาสตร์ เพื่อการเข้าสู่ตลาดแรงงานทางการสื่อสารในประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันสถานศึกษาต้องผลิตบัณฑิตที่มีกลุ่มความรู้ชุดใหม่ ประกอบด้วยความรู้ด้านภาษา การเป็นผู้ประกอบการตลาด การจัดการข้อมูลและการสื่อสารสุขภาพ (อมรรัตน์ เรืองสกุล และคณะ, 2562)

จะเห็นได้ว่าการมีสื่อที่มีประสิทธิภาพสามารถกระตุ้นให้ผู้รับสารหรือผู้บริโภคสื่อ เกิดความตื่นตัวความตระหนักในการสร้างค่านิยม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเสมือนเครื่องมือสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญกิจ, 2551) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น นักสื่อสารสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสื่อสารสู่สาธารณะ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดความสับสนในวงกว้าง ซึ่งปัญหาการ

สื่อสารสุขภาพที่ไม่ชัดเจน และไม่ถูกต้อง ยังคงมีอยู่ในสังคมไทย เช่น การสื่อสารเรื่องความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่หลากหลาย ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความสับสน ส่งผลให้ประชาชนเกิดความกังวล ไม่กล้าฉีดวัคซีนเพราะกลัวผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ตัวอย่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงทิศทางการสื่อสารสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ที่ยังคงเป็นปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหาระยะยาวทางหนึ่งคือ การพัฒนานักสื่อสารสุขภาพ ซึ่งเป็นแหล่งข่าวที่น่าเชื่อถือ ให้มีคุณลักษณะและสมรรถนะที่พึงประสงค์เป็นไปตามมาตรฐานหลักสูตรของสถาบันการศึกษา และตามความต้องการของตลาดแรงงาน

ลักษณะงานนวัตกรรมสุขภาพ ควรเริ่มตั้งแต่กระบวนการคิดและผลิตนวัตกรรมสุขภาพ รวมถึงการนำเทคโนโลยีสุขภาพมาใช้ เน้นการเพิ่มคุณค่าให้กับผลิตภัณฑ์ สอดคล้องกับการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่ต้องมีความคิดสร้างสรรค์และสามารถต่อยอดนวัตกรรมบริการสุขภาพที่ต้องมีบทบาทตั้งแต่การพัฒนาผู้ใช้ และประเมินนวัตกรรม (สุริยา ฟองเกิด, สุนันท์ สิ้นเชื้อสัตย์กุล, และสืบตระกูล ตันตลานุกุล, 2563) โดยจะเห็นได้ว่านวัตกรรมเป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ต้องเกิดจาก ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับทักษะในศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ การสร้างนวัตกรรม (Kay & Greenhill, 2011; UNESCO Bangkok, 2009) โดยลักษณะงานนวัตกรรมนั้นต้องมีสมรรถนะด้านความรู้ ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู ทักษะด้านการทำวิจัย ทักษะด้านการออกแบบเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน สุขภาพ (สุริยา ฟองเกิด, สุนันท์ สิ้นเชื้อสัตย์กุล, และสืบตระกูล ตันตลานุกุล, 2563) รวมถึงการมีทัศนคติที่ดี มีใจรักในการทำงาน ความสนใจใฝ่เรียนรู้ และการทำงานร่วมกับคนอื่น สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่ต้องประกอบด้วย ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยี ทักษะชีวิตและอาชีพ (เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ผ่องศรี วาณิชยสุภวงษ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และณัฐวิทย์ พจนตันติ, 2559) ทั้งนี้ในการปรับปรุงหรือพัฒนาหลักสูตรนั้น พิจารณาความต้องการจำเป็นอย่างเดียวนั้นยังไม่เพียงพอ ต้องพิจารณาบนพื้นฐานของสมรรถนะที่พึงประสงค์ ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ (McClelland, 1973) เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

บุคลากรด้านการสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในอนาคต โดยทำหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัยเพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความสนใจและเห็นคุณค่าของข้อมูลหรือผลิตภัณฑ์ที่ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ โดยนักสื่อสารสุขภาพจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพผ่านช่องทางสื่อและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป มีความรู้ทางภาษาและมีความคิดสร้างสรรค์ นักนวัตกรรมสุขภาพต้องเป็นผู้พัฒนาและผลิตเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สนองตอบต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ต้องค้นคว้าหาความรู้ตลอดเวลา มีความคิดสร้างสรรค์ และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริการด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. สถาบันการศึกษาควรกำหนดนโยบาย วางแผนการผลิตนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ ให้มีบทบาทหน้าที่และสมรรถนะมากกว่าการเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเดียว ตลอดจนมีความรู้ความสามารถในด้านเทคโนโลยี และการตลาดร่วมด้วย
2. สถาบันการศึกษาจัดทำหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้องค์ประกอบพื้นฐานของสมรรถนะที่พึงประสงค์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพื่อเสนอร่างหลักสูตรผ่านความเห็นชอบของสภาสถาบันก่อนเปิดทำการประชาสัมพันธ์และทำการสอนเพื่อผลิตนักศึกษาในหลักสูตรดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาองค์ประกอบของการเป็นนักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพในสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สอดคล้องต่อการพัฒนาหลักสูตร
2. ควรศึกษาข้อมูลจากนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายต่อความสนใจและสมรรถนะที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในสาขานักสื่อสารสุขภาพและนวัตกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน จำแนกตามเขตบริการสุขภาพและประเภทสถานประกอบการ*. สืบค้นจาก <https://hss.moph.go.th/HssDepartment/img/pdf/spa00125630001.pdf>
- กองบริหารทรัพยากรบุคคล. (2562). *แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: สื่อตะวัน.
- คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2563). *การขับเคลื่อน Health Literacy ในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://doh.hpc.go.th/data/HL/HLMovementThailand.pdf>
- เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ผ่องศรี วาณิชย์สุภวงษ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และณัฐวิทย์ พจนันต์. (2559). ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ความท้าทายในการพัฒนานักศึกษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 208-222.
- ประกาศ เรื่องยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). (2561, 13 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 135 ตอนที่ 83 ก. หน้า 1.
- พนาทองมีอาคม, และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบูรณ์กิจ. (2551). การสื่อสารสุขภาพ: ประโยชน์และความจำเป็นของการศึกษาด้านนิเทศศาสตร์และการบริหารด้านสุขภาพ. *วารสารวิชาการ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*, 12(2), 9-18.
- พรพรรณ ประจักษ์เนตร. (2563). *การสื่อสารสุขภาพในยุคดิจิทัล ทฤษฎี วิจัย และการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรรณญา สุขวงศ์, จิตวิวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ตันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง, . . .
รักมณี บุตรชน. (2562). *การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2560 (ระยะที่ 2)*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุริยา ฟองเกิด, สุนันท์ สิ้นเชื้อสัตย์กุล, และสีปตระกุล ตันตลานุกุล. (2563). นวัตกรรมบริการสุขภาพ :
บทบาทที่ทำนายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0. *วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข*, 30(2), 10-22.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2559). สกอ.พัฒนานักศึกษาสู่ Thailand 4.0. *อนุสารอุดมศึกษา*,
43(462), 10-11. สืบค้นจาก http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/udom_mua/data/462.pdf
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *จำนวนหน่วยงานบริการสุขภาพ ในสังกัดสป.สธ.
ปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานรหัสสุขภาพ. (2558). *จำนวนสถาน
พยาบาลภาครัฐและเอกชน*. สืบค้นจาก <http://thcc.or.th/reporthcode.html>
- หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง, และกิตติ กันภัย. (2553). งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนาสังคม.
วารสารเทคโนโลยีสุรนารีด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ, 4(1), 65-77.
- อมรรัตน์ เรืองสกุล, วรรณรัตน์ โรจนวิเชียร, ศักดิ์สิทธิ์ โรจนวิเชียร, สุวลักษณ์ ห่วงเย็น, จินตนา
ตันสุวรรณนนท์, ขจิตขวัญ กิจวิศาละ, . . . วรรภัทร จิตุชัย. (2562). แนวโน้มการพัฒนาหลักสูตร
นิเทศศาสตร์เพื่อเข้าสู่ตลาดงานทางการสื่อสารในประเทศไทย. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย
สวนดุสิต*, 15(3), 205-217.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it? *Journal of Health
Communication*, 15(S2), 9-19.
- Kay, K., & Greenhill, V. (2011). Twenty-first century students need 21st century skills. In G. Wan, &
D. M. Gut (Eds.), *Bringing schools into the 21st century* (pp. 41-65). New York: Springer,
Dordrecht.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for Intelligence. *American Psychologist*,
28(1), 1-14.
- UNESCO Bangkok. (2009). *Framework for 21st century learning*. Retrieved from
https://www.teacherrambo.com/file.php/1/21st_century_skills.pdf

ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hr Postprandial Glucose) สูงผิดปกติในสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

เกศกัญญา ไชยวงศา, พย.ม.¹

นงคราญ ไชยรบ, พย.บ.²

(วันที่ส่งบทความ: 24 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 8 ธันวาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus [GDM]) ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ ถ้าทราบปัจจัยที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะช่วยให้วางแผนการดูแลได้ดีขึ้น การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 109 ราย ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ คือ เป็นสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM มีอายุอยู่ระหว่าง 17-43 ปี ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคอีสานตอนบน เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 – เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลวิจัยพบว่า สตรีที่เป็น GDM ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงกว่าค่าปกติ ($M=157.19$, $SD=46.34$) และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับชนิดของ GDM ($r=.505$, $p<0.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ($r=-.213$, $p<0.05$) ทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติได้ร้อยละ 31.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,106)}=23.847$, $R^2=0.310$, $p<0.01$) ข้อมูลจากผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามชนิดของ GDM โดยเน้นการออกกำลังกายเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: เบาหวานในขณะตั้งครรภ์, ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง, ปัจจัยทำนาย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร

¹ Corresponding author: เกศกัญญา ไชยวงศา, E-mail: kedkanya.gibb@gmail.com

Factors Predicting Abnormally High 2-Hour Postprandial Blood Glucose Levels in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

Kedkanya chaiwongsa, M.N.S.¹

Nongkran Chairob, B.N.S.²

(Received: May 24th, 2021; Revised: December 8th, 2021; Accepted: December 13th, 2021)

Abstract

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) can cause complications in the mother and fetus. Knowing what factors cause high blood sugar levels will yield benefits through creating better care plans. The purpose of this descriptive research was to examine the predictors of, and their relationships to, abnormally high 2-hour postprandial glucose levels in pregnant women. Participants were 109 women who were purposively selected according to inclusion criteria. The criteria, included being diagnosed with GDM, being between 17-43 years old, and receiving antenatal care services at a hospital in the upper northeastern region of Thailand. Data were collected between May 2020 and April 2021. The research instruments were: 1) a general information questionnaire, 2) a dietary behavior questionnaire, and 3) an exercise behavior questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results showed that most women with GDM had higher 2-hour postprandial glucose levels than normal ($M = 157.19$, $SD = 46.34$). It was also found that 2-hr postprandial glucose levels were positively correlated with the types of gestational diabetes ($r = .505$, $p < 0.01$) and were negatively correlated with exercise behavior levels ($r = -.213$, $p < 0.05$). These two factors can explain 31.0% ($F_{(2,106)} = 23.847$, $R^2 = 0.310$, $p < 0.01$) of the abnormally high 2-hr postprandial glucose levels in the study participants. Data from these research results can be used to develop improved guidelines for caring for pregnant women with different types of GDM by focusing on exercise in order to help them to be able to control their blood sugar.

Keywords: gestational diabetes mellitus, 2-hr postprandial glucose, predictive factors

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Antenatal clinic care, Sawang Daen Din Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province

¹ Corresponding author: Kedkanya Chaiwongsa, E-mail: kedkanya.gibb@gmail.com

บทนำ

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจากขณะที่ยังไม่ได้ตั้งครรภ์ เรียกผลที่เกิดขึ้นนี้ว่า Diabetogenic effect ผลดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญ 2 ประการ คือภาวะดื้อต่ออินซูลินและการสร้างอินซูลินมากกว่าปกติ ซึ่งภาวะดื้อต่ออินซูลินนี้เป็นผลมาจากรกพลัดฮอร์โมน Human placenta lactogen ที่ออกฤทธิ์ต้านการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ร่างกายหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ โดยเฉพาะหลังการรับประทานอาหาร (Postprandial hyperglycemia) ระดับน้ำตาลในเลือดจึงเพิ่มสูงขึ้น (ปรานทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, และกรศศิริ ชิตดี, 2563) ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นนี้มีผลโดยตรงและต่อเนื่องต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิดที่มากขึ้น ผลจากการที่สตรีตั้งครรภ์เป็นเบาหวาน พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด และอาจจะเกิดภาวะเบาหวานภายหลังคลอดในระยะต่อมาของช่วงชีวิต (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2561) ส่วนทารกอาจพิการ หรือเสียชีวิตในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุ มีขนาดตัวโตกว่าปกติ และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแต่กำเนิด (กาญจนา ศรีสวัสดิ์และอรพินท์ สีขาว, 2557)

ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus [GDM]) เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ที่สำคัญ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และอายุของมารดา การที่ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์สูงกว่าปกติ หรือมีภาวะอ้วนทำให้มีไขมันในช่องท้องหนา จึงก่อให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน การนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ไม่ดี เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานได้ มีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับไขมันในช่องท้องหนามากกว่า 45 มิลลิเมตรในอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ (Rocha et al., 2020) และปีเยนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ธิฐาพันธ์ บรินุรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ, และอรรวรรณ พินิจเลิศสกุล (2559) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์อยู่ในภาวะอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด GDM เพิ่มขึ้นแปดเท่า และดัชนีมวลกายสามารถทำนายการเกิด GDM ได้ 1.099 เท่า ส่วนสตรีที่มีอายุมากก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิด GDM ได้ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกันกับภาวะอ้วน โดยเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้น จึงมีโอกาที่จะเกิด GDM มากตามไปด้วย (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2561; Cypryk, Szymczak, Czupryniak, Sobczak, & Lewinski, 2008) ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิด GDM มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ถึง 3.57 เท่า (ปีเยนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ, 2559)

นอกจากปัจจัยสำคัญทั้งสองประการแล้ว การศึกษาของ Zheng et al. (2019) และ Cypryk et al. (2008) ยังพบเพิ่มเติมว่าปัจจัยอื่น ๆ เช่น เชื้อชาติ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting plasma glucose) วิตามินดี และความดันโลหิตสูงเรื้อรัง รวมทั้งประวัติการเป็น GDM การคลอดทารกตัวโตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนปริกำเนิด และครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิด GDM โดยที่ Zheng et al. (2019) พบว่าอายุของมารดา ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิด GDM ได้

สตรีตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงเหล่านี้ จะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะ GDM โดยการใช้น้ำตาลกลูโคส (Glucose challenge test [GCT]) และทำการตรวจวินิจฉัยโดยใช้น้ำตาลกลูโคส (Oral glucose tolerance test [OGTT]) และถ้าผลการคัดกรองเบาหวานและการตรวจวินิจฉัยผิดปกติ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM ชนิดเอ วัน (GDM A1) หรือ GDM ชนิดเอ ทุ (GDM A2) และได้รับการรักษาและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hr postprandial glucose) โดยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ให้น้อยกว่า 120 มก./ดล

แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน มีแนวทางในการดูแลรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายด้วยการเล่นโยคะ และมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ยังสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอดได้ ทำให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเบาหวานในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจค้นคว้าว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติในสตรีที่เป็น GDM ผลที่ได้นี้จะใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีการที่เหมาะสมในการวางแผนให้การพยาบาลและช่วยจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทของสตรีที่เป็น GDM เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันอันตรายที่เกิดจาก GDM ได้ อันจะส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติในสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

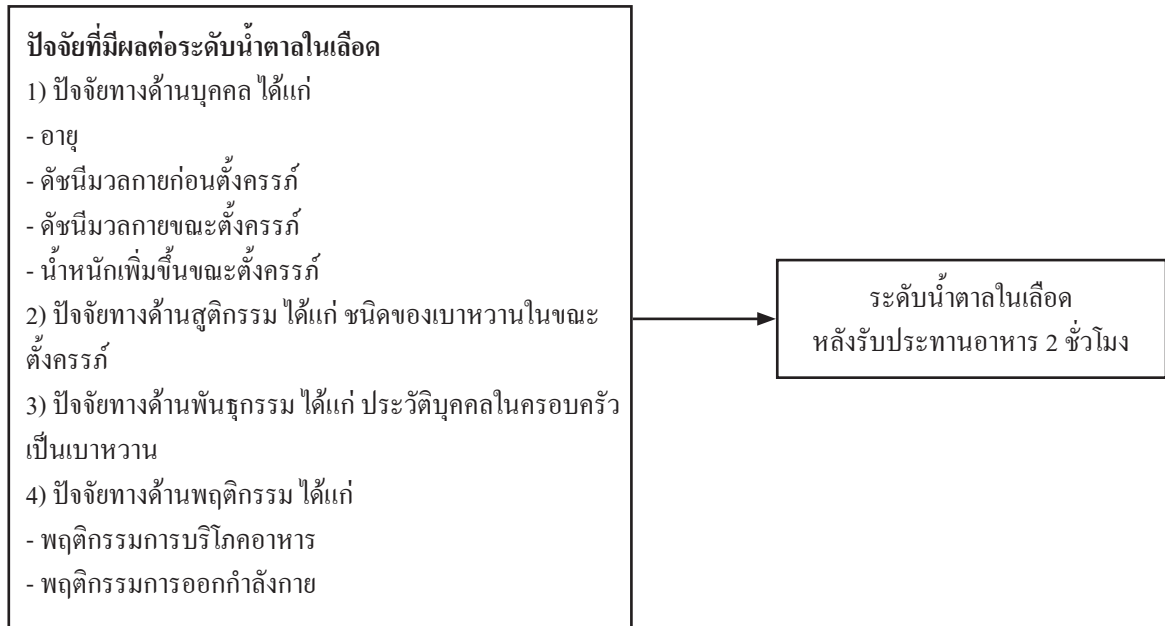
1. ตัวแปรต้น หรือตัวแปรทำนาย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ก่อนและขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ ชนิดของเบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ 3) ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ได้แก่ ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน 4) ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาวิจัยในระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563 – เดือนเมษายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นขณะตั้งครรภ์ มีอายุอยู่ระหว่าง 17-43 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12 – 36 สัปดาห์ มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*power โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อทดสอบปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวแปรตามในมาตรวัดอันดับหรือขั้น (Interval scale or ratio Scale) และตัวแปรต้นเป็นตัวแปรอันดับหรือขั้นขึ้นไป โดยเลือก Statistical test เป็น Linear Multiple regression: Fixed Model, R^2 division form Zero กำหนดพารามิเตอร์ประกอบด้วยขนาดของผล (Effect size) ในระดับกลาง = .15 จำนวนตัวแปรทำนาย (Number of predictors) 8 ตัวแปร โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 ค่าระดับของความมีนัยสำคัญเท่ากับ .05 (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ, 2559) ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 109 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2020-006 รหัสโครงการ 010/2563 รับรอง ณ วันที่ 24 เมษายน 2563 โดยผู้วิจัยได้อธิบายประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยในการเข้าร่วมวิจัยของสตรีที่เป็น GDM ในครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย พัฒนามาจากงานวิจัยของ นงคราญ ไชยรบ และเกศกัญญา ไชยวงศา (2563) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดในอดีต ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงต่อ GDM และชนิดของ GDM

2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามปลายปิด 26 ข้อ มีข้อความทางบวก 14 ข้อ และข้อความทางลบ 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ข้อความด้านบวกจะได้ 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อความด้านลบจะได้ 1, 2, 3 และ 4 คะแนนตามลำดับ โดยแบ่งระดับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ (1 - 1.50 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1.51 - 2.50 คะแนน) ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (2.51 - 3.50 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (3.51 - 4.00 คะแนน)

3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามปลายปิดจำนวน 13 ข้อ มีข้อความทางบวก 11 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความด้านบวกจะได้ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อความด้านลบจะได้ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2553) แบ่งเป็นระดับการแสดงพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ (1 - 1.50 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1.51 - 2.50 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2.51 - 3.50 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3.51 - 4.50 คะแนน) และ ปฏิบัติเป็นประจำ (4.51 - 5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index

[CVI]) เท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74, .94 ตามลำดับ จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเก็บข้อมูลและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในขณะที่สตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ตามนัดปกติ ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

2. ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงจากการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย และอธิบายเอกสารชี้แจงการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามและถามคำถามด้วยตนเองทุกครั้ง โดยมีแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ ส่วนที่ 2 คือแบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ และส่วนที่ 3 คือแบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที และตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้อำนาจวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติในสตรีที่เป็น GDM โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Linear Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

สตรีที่เป็น GDM ที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 109 คน มีอายุเฉลี่ย 33.70 ปี ($SD = 5.294$) โดยอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 60.6) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.0) รองลงมาอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 21.1) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 34.9) รองลงมามีอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 29.2) มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 92.7) ส่วนใหญ่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ได้แก่ บิดาหรือมารดา (ร้อยละ 55.0) อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาส 3 (ร้อยละ 50.5) รองลงมาอยู่ในไตรมาส 2 (ร้อยละ 43.1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM A1 (ร้อยละ 56.0) GDM A2 (ร้อยละ 37.6) และ overt DM (ร้อยละ 6.4) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 3.7

ค่าปกติ ($18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 48.6 น้ำหนักเกิน ($25 - 29.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 31.2 มีภาวะอ้วน ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 16.5 ($M = 25.75, SD = 5.19$) ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ($M = 2.37, SD = 0.31$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ($M = 2.09, SD = 0.67$)

สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงกว่าปกติ ($M = 157.19, SD = 46.34$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับชนิดของ GDM มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .505, p < 0.01$) รองลงมา คือ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์ ($r = .190, p < 0.05$) และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ($r = .163, p < 0.05$) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -.213, p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง	1								
2 อายุ	-.065	1							
3 ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์	.163*	-.022	1						
4 บุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน	.022	-.059	-.093	1					
5 ชนิดของเบาหวานในขณะตั้งครรภ์	.505**	-.046	.327**	-.008	1				
6 ดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์	.190*	-.042	.915**	-.090	.263*	1			
7 น้ำหนักเพิ่มขณะตั้งครรภ์	.073	-.078	-.256*	.002	-.165*	.151	1		
8 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	-.065	-.026	-.017	.085	-.175*	.097	.262*	1	
9 พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-.213*	-.029	-.031	-.015	.045	-.087	-.153	-.052	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, Sig. (1-tailed)

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติในสตรีที่เป็น GDM ประกอบด้วยชนิดของเบาหวานในขณะตั้งครรภ์และพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติได้ร้อยละ 31.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(2,106)} = 23.847, R^2 = 0.310, p < 0.01$) โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานคือ $= 171.57 + 38.65$ (ชนิดของเบาหวานในขณะตั้งครรภ์) $- 16.24$ (พฤติกรรมการออกกำลังกาย) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายกับ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง โดยวิธี Stepwise

ตัวแปรพยากรณ์	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i> (β)	<i>t</i>	<i>p</i>
1. ชนิดของเบาหวานในขณะตั้งครรภ์	38.650	6.055	.515	6.383	.001
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-16.237	5.560	-.236	-2.920	.004

Constant (*b*) = 171.566, multiple *R* = .557, *R*² = .310, *R*²adj = .297, *SEE* = 38.847, *F* (2,106) = 23.847, *p* < 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงสูงผิดปกติในสตรีที่เป็น GDM ได้ร้อยละ 31.0 ได้แก่ ชนิดของ GDM และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น GDM A1 ซึ่งการดูแลรักษาเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในขณะตั้งครรภ์ คือ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 5-6 มื้อ งดอาหารที่มีรสหวาน จำกัดอาหารประเภทแป้งและการออกกำลังกาย โดยใช้ความแรงระดับปานกลางหรือออกกำลังกายให้รู้สึกเหนื่อย แต่ยังสามารถพูดกับคนอื่นได้ (วัลย์ลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัดย์ บุตรคำ, ทศณีย์ หนูนารถ, และเบญจวรรณ ละหุการ, 2562) จะทำให้อินซูลินทำงานได้ดีขึ้น (Insulin sensitivity) และช่วยสังเคราะห์ไกลโคเจน (Glycogen synthetase activity) ช่วยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, เอมพร รตินธร, และจิตกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, 2554) เพิ่มความไวต่ออินซูลินและเพิ่มฤทธิ์ของอินซูลิน ช่วยลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ช่วยให้หัวใจและหลอดเลือดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้น (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว, 2557)

การออกกำลังกายนั้นจะต้องคำนึงถึงความถี่ ความแรง ระยะเวลา และชนิดของการออกกำลังกาย รวมทั้งความรู้สึกเพลิดเพลิน เช่น การเดิน การเล่นโยคะท่าต่างๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละประมาณ 30 นาที จึงจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (กฤษณ์ สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศศิริ อรุณรัตน์, 2562) จากผลการวิจัยครั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยการเล่นโยคะในระดับที่ปฏิบัติกันมาเรื่อยๆ ซึ่งแสดงว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับที่จะเพิ่มความไวต่ออินซูลินและเพิ่มฤทธิ์ของอินซูลิน เพื่อช่วยลดภาวะดื้อต่ออินซูลินนั้น ยังไม่เพียงพอ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์ (2556) ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงทั้งการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทานอาหารหวาน มัน เค็ม มีการออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ (2554) พบว่าสตรีที่ออกกำลังกายเป็นประจำจนเคยชิน และมีความสุขกับการออกกำลังกาย ทำให้คงพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เพิ่มการตอบสนองต่ออินซูลิน (Insulin sensitivity) ทำให้อินซูลินทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง

ดังนั้น พฤติกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และระยะเวลาานเพียงพอ จะช่วยไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ นอกจากนี้หากสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ก็จะมีผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี และเมื่อสตรีตั้งครรภ์เชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนในทางที่ดีขึ้น (แสงดาว แสงสว่าง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2563) ได้แก่ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกิดจากการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอและระยะเวลาที่ไม่นานพอ ซึ่งสัมพันธ์กับชนิดของ GDM ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ทางการแพทย์

1. ควรส่งเสริมให้สตรีที่เป็น GDM มีการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้และเน้นให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
2. ควรติดตามระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ซึ่งจะเป็นตัวประเมินการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของสตรีที่เป็น GDM ได้ดีกว่าการบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตัว และจัดระบบบริการแบบสหวิชาชีพและจัดกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ให้บริการและสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาสาสมัครวิจัยที่เป็นสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวก ให้การดำเนินวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และอรพินท์ สีขาว. (2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: Management for gestational diabetes mellitus. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 50-59.
- กฤษณ์ สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศศิริ อรุณรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 30(2), 1-13.

- นงคราญ ไชยรบ, และเกศกัญญา ไชยวงศา. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์. *วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 330-337.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *หลักการวิจัยเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์นการพิมพ์.
- ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, และกรศศิ์ ชิดดี. (2563). แนวทางการให้ความรู้ก่อนการถือศีลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 361-375.
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, คิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ, และอรรพรรณ พินิจเลิศสกุล. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี Glucose Challenge Test ผิดปกติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(2), 58-69.
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, เอมพร รตินธร, และคิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(Suppl 2), 48-58.
- รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัด เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(3), 216-239.
- วิทยา ธิฐาพันธ์ (บรรณาธิการ). (2561). ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ & โภชนาการในช่วงแรกของชีวิต: ปัญหาและความท้าทาย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัดย์ บุตรคำ, ทศณีย์ หนูนารณ, และเบญจวรรณ ละหุการ. (2562). ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 9(2), 100-113.
- แสงดาว แฉ่งสว่าง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(3), 79-89.
- Cypryk, K., Szymczak, W., Czupryniak, L., Sobczak, M., & Lewinski, A. (2008). Gestational diabetes mellitus-an analysis of risk factors. *Endokrynologia Polska*, 59(5), 393-397.
- Rocha, A. D. S., Bernardi, J. R., Matos, S., Kretzer, D. C., Schöffel, A. C., Goldani, M. Z., & de Azevedo Magalhães, J. A. (2020). Maternal visceral adipose tissue during the first half of pregnancy predicts gestational diabetes at the time of delivery—a cohort study. *PloS One*, 15(4), e0232155.
- Zheng, T., Ye, W., Wang, X., Li, X., Zhang, J., Little, J., & Zhang, L. (2019). A simple model to predict risk of gestational diabetes mellitus from 8 to 20 weeks of gestation in Chinese women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-10.

ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง

พรรณทิพา ขำโพธิ์, พย.ม.¹

ศิริลักษณ์ คุณกมลกาญจน์, พย.ม.²

ชูลีพร แสงบุญเรืองกุล, พย.ม.¹

รัชดาภรณ์ เอื้อใจ, พย.บ.¹

(วันที่ส่งบทความ: 25 มิถุนายน 2564; วันที่แก้ไข: 19 สิงหาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 15 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

เมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งจะเกิดความวิตกกังวลซึ่งหากไม่ได้รับการบรรเทาจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็กได้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก และรับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง (กลุ่มละ 12 ราย) ทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเพิ่มเติม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความวิตกกังวลของเด็กไทยวัยเรียน (ฉบับปรับปรุง) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งกลุ่มทดลอง ($M = 24.16$, $SD = 4.38$) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 37.08$, $SD = 5.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(22) = 6.45$, $p < 0.05$, $d = 2.64$) สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกได้ จึงควรประยุกต์โปรแกรมให้ข้อมูลไปใช้ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในทุกระยะของการรักษาต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ข้อมูล, ความวิตกกังวล, เด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

¹ Corresponding author: พรรณทิพา ขำโพธิ์, E-mail: punthipakhumpho@gmail.com

The Effect, of Providing Information About Anxiety to School-age Children with Cancer

Punthipa Khumpho, M.N.S.¹

Siriluk Khunkamol Karn, M.N.S.²

Chuleeporn Sangboonruangkul, M.N.S.¹

Ratchadaporn Auajai, B.N.S.¹

(Received: June 25th, 2021; Revised: August 19th, 2021; Accepted: November 15th, 2564)

Abstract

When children are first diagnosed with cancer, they will have anxiety which will affect their health later on if it is not alleviated. This quasi – experimental research's purpose was to determine the effect of providing information about anxiety to school-age children with cancer by comparing anxiety levels among those who received targeted information about anxiety and ones only receiving conventional nursing care. Participants were school-age children, aged 6-12 years old, who had received their first diagnosis of cancer based on a pathological examination, and received treatment in the pediatric ward of a tertiary care hospital in Nakhon Ratchasima, Thailand. The participants were assigned to either the experimental or comparison groups (12 children per group). Both groups received conventional nursing care, but the experimental group also participated in an additional information program. Data were collected by using a demographic information form and The State-Trait Anxiety Inventory for Children Revised (STAIC-R) Form C1 which established reliability of .83. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics. The research results revealed that the mean score for anxieties among school-age children with cancer in the experimental group was statistically significantly lower ($M = 24.16$, $SD = 4.38$) than that of the control group ($M = 37.08$, $SD = 5.36$, ($t(22) = 6.45$, $p < 0.05$, $d = 2.64$). Based in this, it can be concluded that the information program reduces the level of anxiety in school-aged children who have been diagnosed with cancer for the first time. Therefore, the information program should be adopted for school-aged children with cancer in all stages of treatment to help reduce anxiety and prevent future anxiety related health issues.

Keywords: providing information, anxiety, school - age children with cancer

¹ Registered Nurse, Professional Level, Nursing Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

¹ Corresponding author: Punthipa Khumpho, E-mail: punthipakhumpho@gmail.com

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกายโดยมีลักษณะของการแบ่งเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ พบได้ในทุกช่วงวัย สำหรับโรคมะเร็งในเด็ก (Pediatric cancer) เป็นการวินิจฉัยโรคมะเร็งของเด็กแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 15 ปี การเจ็บป่วยของเด็กด้วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทั่วโลกและประเทศไทย และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2019) ได้รายงานไว้ว่า เด็กและวัยรุ่นจากทั่วโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งประมาณปีละ 150,000 คน ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคมะเร็งในเด็กอายุระหว่าง 0-4 ปี, 5-9 ปี และ 10-14 ปี เป็น 21.7, 16.6 และ 10.2 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับในผู้ป่วยเด็กชาย และ 14.1, 10.5 และ 9.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในผู้ป่วยเด็กหญิง (Imsamran et al., 2015) สำหรับโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา (2562) พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุระหว่าง 3 ถึง 15 ปี รายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 53, 66 และ 60 คน ตามลำดับ โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งในเด็กมีความก้าวหน้า ทำให้เด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถรักษาให้หายขาดหรือมีระยะปลอดโรคนานเกินกว่า 5 ปีหลังเริ่มการรักษามากกว่าร้อยละ 50 (Howlader et al., 2016)

เซลล์มะเร็งในเด็กมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ดี การรักษาจึงเลือกการให้ยาเคมีบำบัดเป็นหลักแม้ว่าวิธีนี้จะได้ผลดีแต่มีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น อาการอ่อนล้า คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมร่าง ปากแห้ง ขาปลายมือปลายเท้า และเม็ดเลือดขาวต่ำ (เนาวรัตน์ ชื่อดี, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, อรวรรณ ศรียุคศุทธ, และนพดล ศิริธนรัตน์กุล, 2558) การที่เด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งต้องเข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเพื่อรับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา และต้องพบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การเจาะเลือด การเจาะหลัง การเจาะไขกระดูก การเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้ยาเคมีบำบัด ตลอดจนอาการข้างเคียงหรือภาวะไม่สบายต่าง ๆ จากยาเคมีบำบัด (ปริศนา วาณิช, วันธนี วิรุฬห์พานิช, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์, 2562) จะเพิ่มภาวะเครียดทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล (Anxiety) ซึมเศร้า และกลัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย (Rosenberg et al., 2016) ซึ่งหากเด็กมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมในระหว่างที่ได้รับการรักษา อาจทำให้ไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดได้ตามแผนรักษา และทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของความกลัว ความทุกข์ใจ หรือความกังวล ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับสูง (Bergerot et al., 2015) การที่เด็กต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย วิธีการรักษาและอาการข้างเคียงจากการรักษาซึ่งยังไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยเฉพาะความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้ ทำให้เกิดความคิดและคาดหวังต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าและเมื่อความวิตกกังวลมีมากเกินไปจะเกิดผลเสียทำให้เด็กมีประสบการณ์ในวงแคบ ไม่กล้าที่จะเผชิญหรือกระทำการใดที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และยังเป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมและสติปัญญา และในกรณีที่ความวิตกกังวลไม่ได้รับการแก้ไขเด็กอาจมีการเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมและอารมณ์ได้ (Hauken, Senneseth, Dyregrov, & Dyregrov, 2018; Yardeni et al., 2020)

เด็กวัยเรียน (อายุระหว่าง 7 ปีถึง 12 ปี) เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการต่าง ๆ มากขึ้น สามารถจัดการเกี่ยวกับตนเองได้ มีอิสระในการดูแลตนเองมากขึ้น และมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นความคิดรวบยอดอย่างเป็นรูปธรรม (Concrete operation stage) มีเหตุมีผล สามารถแยกแยะความจริงได้ เกิดจินตนาการ และมีทักษะการคิดวิเคราะห์เข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุ (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์, 2563) ทำให้เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เด็กจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน กลัวและวิตกกังวลเหมือนถูกคุกคามชีวิต การรับรู้ว่าการดำเนินของโรคไม่แน่นอน ควบคุมได้ยาก ทำให้เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวลตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัย และเกิดเป็นความวิตกกังวลตลอดการดำเนินของโรค (Altay, Kilicarslan-Toruner, & Sari, 2017) หากความวิตกกังวลนี้ไม่ได้รับการบรรเทาตั้งแต่ช่วงแรกของการเข้ารับการรักษาจะเกิดผลเสียทั้งในระยะสั้น และระยะยาวต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ข้อมูลที่มีรูปแบบและลักษณะเฉพาะที่เรียกว่า ข้อมูลเชิงรูปธรรมปรนัย (Concrete – objective information) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self – regulation theory) ของ Johnson (1999) สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ดูแลให้เผชิญความเครียด จากความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษา (Stressful health care events) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชลมาศ คูหารัตนากร, 2557; สีนากุ คุณอารี, ประดับ ภักดีพิน, และวัชรีย์ แสงมณี, 2558) แต่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังได้รับข้อมูลทางสุขภาพในด้านต่าง ๆ ไม่เพียงพอ หรือไม่ตรงกับความต้องการเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น (สุริสา ล่ามช้าง, จุติมา สุขเลิศตระกูล, อรพินท์ จันทน์ปัญญาสกุล, และปรีชา ล่ามช้าง, 2561; Bron et al., 2017) การให้ข้อมูล (Informational intervention) อย่างเพียงพอและเหมาะสม จึงเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล

ในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งโดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือข้อมูลแก่ผู้ดูแลที่ผู้วิจัยกำหนดแนวทางปฏิบัติไว้โดยให้ผู้ป่วยเด็กเป็นเพียงผู้ปฏิบัติตาม แต่ยังไม่ปรากฏว่ามีการทำวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาดังกล่าว และเชื่อว่าผลของการศึกษาในครั้งนี้ จะส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติตัวต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ให้ความวิตกกังวลและความเครียดลดลง และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการให้ข้อมูล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นและยังเป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติอย่างมีรูปแบบ เป็นการส่งเสริมให้การพยาบาลเด็กมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กวัยเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง ของ Johnson (1999) โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและมีความจำเป็น ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) เป็นข้อมูลที่จะอธิบายให้ผู้ป่วยเด็กทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนของการรักษา 2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) เป็นข้อมูลที่จะอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบ โดยความรู้สึกมาจากการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การรับรส การได้กลิ่น การได้ยิน การมองเห็น และการสัมผัส 3) คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (Behavioral and coping instruction) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น โดยใช้วิธีการสอนเพื่อให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามหรือมีความตึงเครียด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีโครงสร้างทางความคิด (Schema) ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ และจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นได้อย่างชัดเจน (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553) ซึ่งข้อมูล que ผู้ป่วยเด็กได้รับจะทำให้คลายความวิตกกังวลลง และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 – กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี โรคมะเร็งที่มารับบริการรักษา ที่หอผู้ป่วยเด็ก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก และรับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยแบบทดลอง 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันแบบทิศทางเดียว กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 95 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้คำนวณโดยใช้ข้อมูล

จากงานวิจัยของ นาคยา พิงสว่าง (2545) เรื่องผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบ รูปธรรม-ปรนัยผ่านการรู้ตัวแบบต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยเด็ก วิทยาลัย กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.18 ($SD = 4.36$) กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.31 ($SD = 2.24$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 ราย และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 11 ราย แต่ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 12 ราย รวมทั้งหมด 24 ราย จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 12 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 12 ราย ใช้วิธีเลือกตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ อายุ 6-12 ปีที่ได้รับการ วินิจฉัยว่า เป็นโรคมะเร็งและทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง รู้สึกตัวดี สามารถสื่อความหมาย ช่วยเหลือ ตนเอง และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2562 (เลขที่ใบรับรอง 086/2019) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็ก อายุ 6-12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable group) ผู้วิจัยจึงได้ชี้แจงกับผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ อธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าหากต้องการออกจาก การวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิจะออกจากกรให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลกับผู้วิจัยและ ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อบุคคลนั้น ๆ และต่อการรักษา หรือ บริการที่ได้รับในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล การ อภิปรายหรือเผยแพร่ข้อมูล จะถูกนำเสนอเชิงวิชาการในภาพรวมของกลุ่มประชากร เมื่อผู้ปกครองยินยอมให้ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์ม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จากการสัมภาษณ์ ผู้ปกครอง ผู้ป่วยเด็กและแฟ้มบันทึกประวัติผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

1.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของเด็กไทยวัยเรียน (ฉบับปรับปรุง; State-Trait Anxiety Inventory for Children Revised [STAIC-R] Form C1 [A-State subscale]) ซึ่ง Chaiyawat and Brown (2000) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาจากแบบสอบถามต้นฉบับของ Spielberg และคณะ (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, & Platzek, 1973) ซึ่งเดิมมีอยู่ 20 ข้อ โดยตัดข้อ “I feel pleasant”, “I feel nervous” และ “I feel jittery” เนื่องจากความหมายเมื่อแปลเป็นภาษาไทยแล้ว นำไปปรับใช้ยากจึงมีการ รวมข้อ “I feel good” และ “I feel nice” เป็นข้อเดียวกัน รวมถึงมีการเพิ่มข้อใหม่อีก 3 ข้อ “I feel sweaty”, “I feel shaky” และ “I feel my heart best fast” เหลือข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมี 3 ตัวเลือก

โดยผู้ตอบจะต้องเลือกข้อความให้ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นให้มากที่สุดด้วยตนเอง ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 6, 8, 10, 12, 13 และ 19 ซึ่งจะเน้นเรียงจากน้อยไปหามาก คือ 1, 2 และ 3 ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบมี 11 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 5, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 17 และ 18 ซึ่งจะเน้นเรียงจากมากไปหาน้อย คือ 3, 2 และ 1 คิดคะแนนได้จากการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 19-57 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลขณะนั้นมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลขณะนั้นน้อย Chaiyawat and Brown (2000) ได้ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากการทดสอบในเด็กวัยเรียนจำนวน 645 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็กนักเรียนจำนวน 545 คน และกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยเรียนซึ่งมีอายุ 8-13 ปี ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 ค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำเท่ากับ .58 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง .82-.87 ทั้งนี้ นักวิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือจากผู้แปล คือ รศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลเรื่อง “เมื่อหนูรู้ว่าหนูเป็นโรคมะเร็ง” ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม สร้างขึ้นโดยใช้โปรแกรมการนำเสนอ (PowerPoint) ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับแผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการ ความยาวของเนื้อหาประมาณ 20 นาที มีองค์ประกอบของข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ เป็นข้อมูลที่จะอธิบายให้ผู้ป่วยเด็กทราบถึงโรคมะเร็งในเด็ก สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งในเด็ก การวินิจฉัย และการตรวจพิเศษต่าง ๆ วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ขั้นตอนของการได้รับยา

2.2 ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกเป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยขณะได้รับยาเคมีบำบัด

2.3 ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดและอาการผิดปกติหลังได้รับยาเคมีที่ควรปรึกษาแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลของเด็กไทยวัยเรียน (ฉบับปรับปรุง) เนื่องจากแบบวัดนี้เป็นการวัดความกังวลที่เกิดขึ้นขณะเผชิญ ซึ่งเป็นลักษณะที่แปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้ข้อมูล เรื่อง “เมื่อหนูรู้ว่าหนูเป็นโรคมะเร็ง” ผ่านโปรแกรม PowerPoint ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 4 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับเด็กคล้อยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อ

ทดสอบความเข้าใจในภาษาและความชอบของเด็ก แล้วนำข้อบกพร่องที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริงในงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. หลังจากผ่านการรับรองในข้อ 1 แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อทำการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลกุมารเวชกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการดำเนินการทดลอง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อผู้ป่วยเด็กที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้เข้ามารับบริการ ผู้วิจัยจะประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ให้ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้บิดามารดาและผู้ป่วยเด็กได้รับทราบเพื่อการพิจารณา ก่อนตัดสินใจรับฟังข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการวิจัย

4. เมื่อบิดามารดาและผู้ป่วยเด็กยินยอมนำข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแล้ว พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ ผู้วิจัยจึงแนะนำตัวต่อบิดามารดาและผู้ป่วยเด็ก เพื่อสร้างสัมพันธภาพแข็ง วัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย ตอบคำถามข้อสงสัยต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้บิดามารดาและผู้ป่วยเด็กตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ

5. เมื่อบิดามารดาและผู้ป่วยเด็กยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบตามเอกสารคำชี้แจงโครงการวิจัย (Participant information sheet) แล้วสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยแจ้งให้ทราบว่าบิดามารดาและผู้ป่วยเด็ก สามารถยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อได้รับการยินยอมจากบิดามารดาและผู้ป่วยเด็กแล้ว ให้บิดามารดาลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว (Consent form) สำหรับผู้ป่วยเด็กแสดงความยินยอมพร้อมใจ โดยลงนามหรือทำสัญลักษณ์ลงในเอกสารคำชี้แจงโครงการวิจัยและการขอความยินยอมสำหรับเด็กอายุ 7-12 ปี (Assent form)

ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนจากนั้นค่อยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ตามลำดับ ดังนี้

1. กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยจะทำการประเมินความวิตกกังวลของเด็กก่อน 1 ชั่วโมงด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลของเด็กไทยวัยเรียน (ฉบับปรับปรุง) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ (Pre-test) การพยาบาลตามปกติคือ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยเด็กเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นการให้ข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด การรับประทานอาหาร และการสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดและแจกคู่มือการดูแลตนเองกับผู้ป่วย 1 เล่ม

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการหลังจากประเมินผลคนสุดท้ายของกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำการประเมินความวิตกกังวลของเด็กก่อน 1 ชั่วโมงด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลของเด็กไทยวัยเรียน (ฉบับปรับปรุง) ก่อนได้รับข้อมูล (Pre-test) โดยให้การรักษาพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนที่จะให้ข้อมูลเรื่อง “เมื่อหนูรู้ว่าหนูเป็นโรคมะเร็ง” ผ่านโปรแกรมการนำเสนอ การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล จำนวน 1 ครั้ง ในห้องแยกที่จัดเตรียมไว้ เป็นการให้ข้อมูลโดยมีเนื้อหาเรื่องประสบการณ์ของเด็กเมื่อรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งในเด็ก การวินิจฉัยและการตรวจพิเศษต่างๆ วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ขั้นตอนของการได้รับยา ความรู้สึกของผู้ป่วยขณะได้รับยาเคมีบำบัด แนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดและอาการผิดปกติหลังได้รับยาเคมีที่ควรปรึกษาแพทย์ ความยาวของเนื้อหา 20 นาที

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้ซักถามพูดคุย โดยใช้เวลา 10 นาที แล้วให้ทำแบบสอบถามความวิตกกังวลของเด็กไทยวัยเรียน (ฉบับปรับปรุง) ใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi square)

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและภายหลังการได้รับการให้ข้อมูล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที่แบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) ภายหลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test แล้วพบว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที่แบบกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ภายหลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test แล้วพบว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 24 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.3) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 6-8 ปี (ร้อยละ 50) และกำลังศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษาปีที่ 1-3 (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสต์ (ร้อยละ 58.3) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาและการวินิจฉัยโรคไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเปรียบเทียบ <i>n</i> (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง <i>n</i> (ร้อยละ)	χ^2	<i>p</i> -value
เพศ			1.024	.660
ชาย	7(58.3)	7(58.3)		
หญิง	5(41.7)	5(41.7)		
อายุ			1.059	.342
6-8 ปี	7(58.3)	7(58.3)		
9-12 ปี	5(41.7)	5(41.7)		
อายุเฉลี่ย ($\pm$ Standard Deviation)	8.16(2.44)	8.83(2.32)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด: ค่าสูงสุด)	6:12	6:12		
ระดับการศึกษา			1.059	.342
ประถมศึกษาปีที่ 1-3	7(58.3)	5(41.7)		
ประถมศึกษาปีที่ 4-6	5(41.7)	7(58.3)		
การวินิจฉัยโรค			11.529	.429
ALL	5(41.7)	7(58.3)		
AML	0(0)	1(8.3)		
Lymphoma	4(33.3)	2(16.7)		
Osteosarcoma	1(8.3)	0(0)		
Neuroblastoma	1(8.3)	0(0)		
Wilm's tumor	0(0)	1(8.3)		
CA colon	1(8.3)	0(0)		
Medulloblastoma	0(0)	1(8.3)		

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบที่คู่ พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองต่ำกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(11) = 1.88, p < 0.05, d = 0.71$) ส่วนกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองสูงกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(11) = 9.86, p < 0.05, d = 1.98$) ดังรายละเอียดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนทดลองและหลังการทดลอง

	คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล				df	t	p
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
	M	SD	M	SD			
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.91	3.34	37.08	5.36	11	1.88	.015
กลุ่มทดลอง	33.16	4.72	24.16	4.38	11	9.86	.000

* $p < .05$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีอิสระ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($t(22) = .398, p > 0.05$) และภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(22) = 6.45, p < 0.05, d = 2.64$) ดังรายละเอียดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล				df	t	p
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ				
	M	SD	M	SD			
ก่อนทดลอง	33.16	4.72	33.91	3.34	22	.398	.695
หลังทดลอง	24.16	4.38	37.08	5.36	22	6.45	.000

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ถึงผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งได้ ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่าการให้ข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะ

โดยใช้โปรแกรมการนำเสนอมีความเป็นรูปธรรมและระบุเป้าหมายชัดเจน ดำเนินการให้ข้อมูลรายบุคคล มีรูปแบบเนื้อหาที่แน่นอนและครอบคลุม โดยวางแผนให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและเข้ารับการตรวจรักษาเป็นครั้งแรกเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจก่อนได้รับการรักษา ข้อมูลเหล่านี้จะถูกอธิบายเป็นลำดับขั้นตอนเรียงตามลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น โดยระบุถึงความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้แก่ วิธีการได้รับยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (วรวิทย์ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, และรุจิรัตน์ มณีศรี, 2563; Rodgers et al., 2016) โปรแกรมการนำเสนอที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการสร้างสื่อการสอนในการวิจัยนี้เป็นโปรแกรมที่มีภาพเคลื่อนไหว ประกอบเสียงบรรยาย ทำให้ลักษณะข้อมูลมีความชัดเจนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจสถานการณ์ที่จะเผชิญได้ดีขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจและสร้างแบบแผนการรับรู้ทางความคิดความเข้าใจของตนเอง (ชลมาศ คูหรัตน์นกร, 2557; วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงของการรักษาส่งผลให้กลุ่มทดลองเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา รับมือกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้ สามารถพิจารณาตัดสินใจในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลโดยปากเปล่าและแตกต่างกันไปตามโรค อาการของผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการให้ข้อมูลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปตามความรู้ ความสามารถและทักษะของแต่ละคน ผู้ป่วยเด็กอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับการให้ข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ อย่างชัดเจน จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการเรียนรู้ได้ไม่ลึกซึ้ง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการเรียนรู้และเข้าใจสถานการณ์ที่จะเผชิญได้ไม่ดี เนื่องจากการให้ข้อมูลด้วยคำพูดหรือการอธิบายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงความคิด จึงทำให้เกิดความคลุมเครือในการปฏิบัติไม่ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้อง (ณัฐนันท์ เกตุภาค, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2554)

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง ของ Johnson (1999) มาใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเรื่อง *เมื่อหนูรู้ว่าหนูเป็นโรคมะเร็ง* ทฤษฎีการควบคุมตนเองเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ในขณะที่เจ็บป่วยหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม โดยการให้ข้อมูลที่มีลักษณะตรงกับความเป็นจริง และมีความจำเป็น เมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งได้รับข้อมูลจะทำให้เด็กเกิดการรับรู้หรือสนใจกับลักษณะของข้อมูลที่ได้รับมากกว่า เด็กจะเกิดกระบวนการคิดและเรียนรู้ เมื่อเผชิญกับปัญหานั้นอีกเด็กจะใช้ประสบการณ์นั้นในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะแสดงออกทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง คือ มีความวิตกกังวลลดลง (Altay, Kilicarslan-Toruner, & Sari, 2017) ดังเห็นได้จากผลการวิจัยนี้ที่พบว่าเมื่อผู้วิจัยนำทฤษฎีดังกล่าวมาเป็นฐานคิดในการสร้างสื่อเพื่อให้ความรู้แก่เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคมะเร็ง ทำให้เด็กเหล่านี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลมาศ คูหรัตน์นกร (2557) ที่พบว่า การให้ข้อมูลผ่านการ์ตูนแอนิเมชันช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือของเด็กชายวัยเรียนที่เข้ารับการขยายท่อปัสสาวะ ทั้งนี้เนื่องจากการ์ตูนเป็นสื่อที่ดึงดูดความสนใจของเด็กวัยเรียนได้ดี สามารถประยุกต์ในการเตรียมจิตใจผู้ป่วยเด็กก่อนเข้ารับหัตถการได้

อย่างไรก็ตามผลการศึกษครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับการให้ข้อมูล เช่น การศึกษาเรื่องผลของการให้ข้อมูลด้วยหนังสือนิทานประกอบการ์ตูนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการสวนหัวใจโดย สีนากุ คุณอารี และคณะ (2558) ที่พบว่าความวิตกกังวลของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังการให้ข้อมูลก่อนทำการสวนหัวใจทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามจากภายในโดยไม่รู้สาเหตุที่แน่ชัด แต่ส่วนหนึ่งเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา ซึ่งเด็กอาจเรียนรู้ความวิตกกังวล ความกลัวในสิ่งต่างๆ จากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาของตนเอง หรืออาจเรียนรู้ความกลัวจากบิดา มารดา หรือบุคคลใกล้ชิดจากการเลียนแบบ ซึ่งการสังเกตและการเรียนรู้ของเด็กแต่ละวัยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพัฒนาการของเด็กแต่ละคน

ทั้งนี้แม้จะยังพบว่ามิงงานวิจัยที่ไม่สอดคล้องแต่การวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเรื่อง *เมื่อหนูรู้ว่าหนูเป็นโรคมะเร็ง* โดยการบรรยายและอภิปรายประกอบโปรแกรมการนำเสนอ PowerPoint โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค การวินิจฉัย และการตรวจพิเศษต่างๆ วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ขั้นตอนของการได้รับยาเคมี แนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นและอาการผิดปกติหลังได้รับยาเคมีที่ควรปรึกษาแพทย์มีลักษณะเฉพาะ มีรูปแบบแน่นอนและเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อต้องเข้ารับบริการได้อย่างถูกต้อง สามารถวางแผนและมีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นการเลือกศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาและกลุ่มตัวอย่างมีขนาดค่อนข้างเล็ก รวมทั้งการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้ใช้การสุ่ม จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้ในการอ้างอิงกับกลุ่มประชากรผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้งหมดได้ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้านโรคมะเร็งที่มีความหลากหลายชนิดและหลายตำแหน่ง ซึ่งอาจมีผลต่อการผลิตสื่อในการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะด้านโรค การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนแผนการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน

สรุปและขอเสนอแนะ

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งทั้งการให้ข้อมูลตามวิธีปกติรวมกับการให้ข้อมูลผ่านโปรแกรมการนำเสนอ สามารถลดค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพราะการให้ข้อมูลผ่านโปรแกรมการนำเสนอที่มีรูปแบบแน่นอนและเป็นระบบมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ข้อมูลตามวิธีปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อต้องเข้ารับบริการได้อย่างถูกต้อง สามารถวางแผนและมีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรนำแนวคิด/รูปแบบการให้ข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนเตรียมผู้ป่วยมะเร็งให้มีความพร้อมต่อการรักษา โดยสามารถปรับเปลี่ยนเนื้อหารายละเอียดเรื่องโรค การรักษา ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแต่ละกลุ่มโรคเพื่อส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยและลดความวิตกกังวล ความกลัวได้

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรทำการศึกษาและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ได้จำนวนที่เพียงพอเพื่อให้มีอำนาจในการทดสอบมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ข้อมูลไปยังผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในทุกระยะของการรักษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่กว้างขวางยิ่งขึ้นและควรติดตามผลของการให้ข้อมูลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และศึกษาติดตามผลต่อเนื่องที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และความร่วมมือจากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งรายใหม่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จของการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชลมาส คูหารัตนากร. (2557). ผลของการให้ข้อมูลผ่านการ์ตูนแอนิเมชันต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของเด็กชายวัยเรียนที่เข้ารับการรักษาต่อปัสสาวะ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ณัฐนันท์ เกตุภาค, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2554). ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วย ในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 38(3), 98-109.
- นาคยา พิงสว่าง. (2545). ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการตูนตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เนาวรัตน์ ชื่อดี, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, อรวรรณ ศรียุคศุทธ, และนพดล ศิริชนารัตนกุล. (2558). ประสิทธิภาพการมีอาการและอิทธิพลของอาการต่ออาการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 33(2), 29-40.
- ปริศนา วาณิช, วันธนี วิรุฬห์พานิช, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2562). อิทธิพลของความเครียด ความปวด และกิจกรรมการพยาบาลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(1), 28-40.

- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2562). *สรุปข้อมูลสถิติผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ปีงบประมาณ พ.ศ.2559-2561*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- วรุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, และ รุจิรัตน์ มณีศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะเริ่มต้นการรักษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1), 158-168.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). ทฤษฎีการควบคุมตนเอง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กและครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 23-33.
- พรณทิพย์ ศิริวรรณบุญ. (2563). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินัญ คุณอารี, ประดับ ภักดีพิน, และวัชรีย์ แสงมณี. (2558). ผลของการให้ข้อมูลโดยผ่านหนังสือนิทานประกอบภาพการ์ตูนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับการสวนหัวใจ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 129-142.
- สุธิตา ล่ามช้าง, จุติมา สุขเลิศตระกูล, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, และปรีชา ล่ามช้าง. (2561). การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 45(1), 75-86.
- Altay, N., Kilcarslan-Toruner, E., & Sari, Ç. (2017). The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 28, 1–6.
- Bergerot, C. D., Clark, K. L., Nonino, A., Waliany, S., Buso, M. M., & Loscalzo, M. (2015). Course of distress, anxiety, and depression in hematological cancer patients: Association between gender and grade of neoplasm. *Palliative & Supportive Care*, 13(2), 115–123.
- Bron, D., Aurer, I., Andre, M. P. E., Bonnet, C., Caballero, D., Falandry, C., . . . Hematology. (2017). Unmet needs in the scientific approach to older patients with lymphoma. *Haematologica*, 102(6), 972-975.
- Chaiyawat, W., & Brown, J. K. (2000). Psychometric properties of the Thai versions of State-Trait Anxiety Inventory for Children and Child Medical Fear Scale. *Research in Nursing & Health*, 23(5), 406–414.
- Hauken, M. A., Senneseth, M., Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2018). Anxiety and the quality of life of children living with parental cancer. *Cancer Nursing*, 41(1), E19-E27.
- Howlander, N., Noone, A. M., Krapcho, M., Miller, D., Brest, A., Yu, M., . . . Cronin, K. A. (2016). *SEER cancer statistics review, 1975-2018*. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Imsamran, W., Chaiwarawattana, A., Wiangnon, S., Pongnikorn, D., Suwanrungrung, K., Sangrajang, S., & Buasom, R. (2015). *Cancer in Thailand* (Vol. VIII, 2010-2012). Bangkok: New Thammasa Press (Thailand) Co., Ltd.

- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 22(6), 435-48.
- Rodgers, C. C., Laing, C. M., Herring, R. A., Tena, N., Leonardelli, A., Hockenberry, M., & Hendricks-Ferguson, V. (2016). Understanding effective delivery of patient and family education in pediatric oncology: A systematic review from the children's oncology group. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33(6), 432–446.
- Rosenberg, A. R., Orellana, L., Ullrich, C., Kang, T., Geyer, J. R., Feudtner, C., . . . Wolfe, J. (2016). Quality of life in children with advanced cancer: A report from the PediQUEST study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 243-253.
- Spielberger, C., Edwards, C., Lushene, R., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *STAIC manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- World Health Organization (WHO). (2019). *World health statistics 2019 monitoring health for The SDGs*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf>
- Yardeni, M., Abebe Campino, G., Bursztyn, S., Shamir, A., Mekori-Domachevsky, E., Toren, A., & Gothelf, D. (2020). A three-tier process for screening depression and anxiety among children and adolescents with cancer. *Psycho-oncology*, 29(12), 2019–2027.

ผลการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยมาก

สายสินธ์ กอมณี, พย.บ.¹

กัญจน์รัตน์ สุวรรณโกฏ, พย.บ.¹

วริรัตน์ มุ่งงาม, พย.บ.¹

กมลรัตน์ กาฬภักดี, พย.บ.¹

ภิญญาภา ขาวชายชม, พย.บ.¹

ขวัญนรากรณ์ ชนกรณวินิช, พย.บ.¹

(วันที่ส่งบทความ: 11 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 25 ตุลาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 26 ตุลาคม 2564)

บทคัดย่อ

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia [VAP]) เป็นปัญหาที่สำคัญและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมาก การทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่อาจช่วยลดภาวะดังกล่าวได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อย ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ 1) ทารกแรกเกิดจำนวน 60 คน ที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ น้ำหนัก 1,000-1,500 กรัม ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และรับรักษาไว้ในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ใน จ.อุบลราชธานี และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยทารกเกิดวิกฤตดังกล่าวจำนวน 13 คน แบ่งทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มทดลอง ($n=30$) ซึ่งได้รับการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนม และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=30$) ซึ่งได้รับการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำเกลือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) แบบบันทึกการปฏิบัติ 3) แบบบันทึกการเกิด VAP และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า ทารกในกลุ่มทดลองเกิด VAP 9 ราย (ร้อยละ 30) ในกลุ่มเปรียบเทียบเกิด 14 ราย (ร้อยละ 46.6) แต่ไม่พบความแตกต่างกันของอัตราการเกิด VAP ทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p = .18$) สรุปได้ว่าน้ำเกลือหรือน้ำนมสามารถเป็นทางเลือกในการทำทำความสะอาดช่องปากทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมากและใช้เครื่องช่วยหายใจได้

คำสำคัญ: น้ำนมแม่, ทารกแรกเกิด, น้ำหนักตัวน้อยมาก, ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสาย 2 กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

¹ Corresponding author: สายสินธ์ กอมณี; Email: saysint@yahoo.co.th

The Effects of Evidence-Based Practice of Mouth Care with Breast Milk on Ventilator Associated Pneumonia Among Preterm Infants with Very Low Birth Weight

Saisin komanee, B.N.S.¹

Kanjarat Suwannakot, B.N.S.¹

Wareerat Mungngam, B.N.S.¹

Kamonrat Kanpakdee, B.N.S.¹

Pichayapa chaochaychom, B.N.S.¹

Khwannarakorn Thanakornvani, B.N.S.¹

(Received: May 11th, 2021; Revised: October 25th, 2021; Accepted: October 26th, 2021)

Abstract

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is an important problem and a risk for mortality among infants with very low birth weight (VLBW). Mouth care for those using breast milk may decrease the risk. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of evidence-based practice mouth care using breast milk on the rates of VAP in VLBW infants. Participants consisted of two groups: 1) 60 infants who were born before 37 weeks of gestational age, weighted 1,000-1,500 grams, and who were on a ventilator in the newborn intensive care unit of a hospital in Ubon Ratchathani, Thailand, and 2) 13 registered nurses working in the same unit as the infants. The infants were divided into an experimental group ($n = 30$), whose mouths were cleaned using breast milk, and a comparison group ($n = 30$), whose mouths were cleaned using 0.9% NSS. The research instruments were 1) the guidelines for evidence-based practice to prevent VAP, 2) the practice record forms, 3) the VAP record forms, and 4) the satisfaction assessment questionnaire. Data analysis included descriptive and comparison statistics. The research results showed that nine infants in the experimental group (30%) developed VAP, which was lower in numbers than in the comparison group ($n = 14$, 46.6%). However, there was not a significant difference in the rates of VAP between the two groups at $p = .05$ ($p = .18$). This study suggests that both breast milk and 0.9% NSS can be used alternately for oral cleaning of VLBW infants on ventilators.

Keywords: breast milk, infants, very low birth weight, ventilator associated pneumonia

¹ Registered nurse, professional level, Department of Pediatric Nursing 2, Nursing Organization, Sunpasitthiprasong hospital

¹ Corresponding author: Saisin komanee, Email: saysint@yahoo.co.th

บทนำ

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia [VAP]) เป็นภาวะปอดอักเสบที่เกิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเกิดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 48 ชั่วโมงหรือภายใน 2 วันแรกหลังจากเอาท่อช่วยหายใจออก (Cernada, Brugada, Golombek, & Vento, 2014; Weber, 2016) ภาวะนี้พบมากเป็นอันดับสองในผู้ป่วยเด็กและทารกแรกเกิดวิกฤต คือร้อยละ 8.1-57.1 (Bizzarro, 2012) นอกจากนี้ ยังพบว่า VAP มีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย การใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการใช้จ่ายด้านจุลชีพ การอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น (Almuneef, Memish, Balkhy, Alalem, & Abutaleb, 2004; Foglia, Meier, & Elward, 2007) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีรายงานว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2554 อัตราการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทารกแรกเกิด มีอัตราการติดเชื้อเท่ากับ 23.81, 11.31 และ 10.42 ต่อ 1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ (เอื้องคอยตันทพงศ์, นพพร ไชโยธธา, และอาทิตย์รา ผกัรัตน์, 2556) สำหรับห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit [NICU]) ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราการเกิด VAP เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลอันดับหนึ่ง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2560 (ใน 6 เดือนแรก) มีแนวโน้มอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 2.8 เป็น 2.98 และ 2.94, 8.04 ต่อ 1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน 537 วัน คิดเป็นค่ารักษาพยาบาล 2,689,330 บาท (งานป้องกันติดเชื้อ, 2559) การมีแนวปฏิบัติที่เหมาะสมและชัดเจนอาจช่วยลดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าวได้

ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (งานป้องกันการติดเชื้อ, 2559) ประกอบด้วย 7 หมวด คือ 1) การจัดทำนอน 2) การทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำเกลือ (0.9% NSS) 3) การป้องกันการสำลักจากการให้อาหารทางสายยาง 4) การดูดเสมหะ 5) การเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ 6) การดูแลเครื่องช่วยหายใจ และ 7) หมวดอื่น ๆ แต่ก็ยังพบรายงานอัตราการเกิด VAP ข้างต้น จึงมีการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นมแม่มีภูมิคุ้มกันโรคช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมผ่านเข้าร่างกาย (กฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และจริยา วิทยะสุกร, 2562; ผกากรอง วนไพศาล, 2559) ด้วยการนำแนวคิด 10 ขั้นตอนการส่งเสริมนมแม่ในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Gephart & Weller, 2014; Rodriguez et al., 2010; Spatz, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่า การให้นำนมแม่ทำความสะอาดช่องปากเพื่อป้องกันการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดได้ด้วย (Li et al., 2021; NemaRagab, Dabash, Rashad, & Iskander, 2018)

จากสถานการณ์การเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตและแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP ที่อาจจะยังไม่เหมาะสมกับทารกแรกเกิดวิกฤต เมื่อทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดการส่งเสริมนมแม่และการให้นมแม่ทำความสะอาดช่องปากช่วยลดการเกิด VAP ของทารกแรกเกิดวิกฤตได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทำความสะอาดช่องปากทารกแรกเกิดวิกฤตด้วยนมแม่ ในหมวดที่ 2 ของแนวปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิด VAP ของทารกแรกเกิดวิกฤตใน NICU

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อย 1,000-1,500 กรัม

สมมติฐานการวิจัย

ทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนัก 1,000-1,500 กรัม ที่ได้รับการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ ลดอัตราการเกิด VAP ได้มากกว่าการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำเกลือ

กรอบแนวคิดการวิจัย



นิยามศัพท์ในการวิจัย

1. ทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อยมาก หมายถึง ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักตัวตั้งแต่เกิดระหว่าง 1,000-1,500 กรัม ได้รับความดูแล โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จ.อุบลราชธานี
2. การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) หมายถึง ภาวะปอดอักเสบที่เกิดในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากการวินิจฉัยของแพทย์
3. การทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพทำความสะอาดช่องปากสำหรับทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยการใช้ไม้สำลีที่ผ่านน้ำนมแม่ 0.2 ซีซี เช็ดบริเวณช่องปาก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม ทุก 3 ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน
4. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดวิกฤต ณ โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาทารกแรกเกิด มากกว่า 1 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560-30 กันยายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม คือ 1) ทารกแรกเกิดวิกฤตที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิด 1,000-1,500 กรัมที่ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จ.อุบลราชธานี และ 2) พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตในโรงพยาบาลแห่งเดียวกันกับประชากรกลุ่มที่ 1

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมี 2 กลุ่ม คือ 1) ทารกแรกเกิดวิกฤตที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 1,000-1,500 กรัมที่ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จ.อุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 - 30 กันยายน พ.ศ.

2563 และ 2) พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ในโรงพยาบาลแห่งเดียวกันกับ
ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มที่ 1 ปฏิบัติงานระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 - 30 กันยายน พ.ศ. 2563

สำหรับทารกแรกเกิดวิกฤต มีเกณฑ์การคัดเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) คือ 1) คลอดก่อน
อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 2) มีน้ำหนักตัวแรกเกิด 1,000-1,500 กรัม 3) ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจ
และใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ 1) มารดาของทารก
แรกเกิดวิกฤตมีผลเลือดที่เจาะหาเชื้อซิฟิลิส (Venereal disease research laboratory [VDRL]) และเจาะหา
เชื้อไวรัสเอดส์ (Human immuno-deficiency virus [HIV]) เป็นบวก 2) เป็นทารกที่มีภาวะความดันเลือด
ในปอดสูง (Persistent pulmonary hypertension of the new born [PPHN]) 3) เป็นทารกแรกเกิดที่ถอดท่อ
ช่วยหายใจออกก่อนทำวิจัยครบ 3 วัน และ 4) ในกลุ่มเปรียบเทียบมารดานำนํ้านมมาให้ในวันที่ 2-3 หลังค
คลอด สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เกณฑ์คัดเลือก คือ ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตมากกว่า 1 ปี
ขึ้นไป และยินดีร่วมงานวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีการเจ็บป่วยหรือลาออกระหว่างดำเนินการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับทารกแรกเกิดวิกฤตคำนวณจากโปรแกรมคำนวณ n4Studies เป็นการ
คำนวณขนาดตัวอย่างประชากรสองกลุ่มที่ไม่ขึ้นตรงต่อกัน (Two independent proportions) โดยกลุ่มที่ 1
มีค่าสัดส่วนของการเกิด VAP ร้อยละ 31 ส่วนประชากรกลุ่มที่ 2 มีค่าสัดส่วนของการเกิด VAP ร้อยละ
71 โดยกำหนดให้ค่าแอลฟา (Alpha [α]) = .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) = .80 เมื่อคำนวณ
แล้วได้ทารกแรกเกิดวิกฤต กลุ่มละ 29 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนเป็นกลุ่มละ 30
คน รวมเป็น 60 คน และใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) ในการจัดเข้าแต่ละกลุ่ม สำหรับพยาบาล
วิชาชีพจำนวน 13 คน เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenient samples) โดยดำเนินการวิจัย
ต่อเนื่องทุก 3 ชั่วโมง จนครบ 3 วัน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จ.อุบลราชธานี และต่ออายุ 3 ครั้ง ตามหมายเลข 014/2561, 011/2562 และ 012/2563 เพื่อเก็บกลุ่มตัวอย่าง
ให้ครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง และการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทารกแรกเกิด
ด้วยการให้ข้อมูลและตอบคำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และวิธีการวิจัย ในการทำวิจัยแก่บิดาหรือมารดา
แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมที่จะเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ สำหรับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่
เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและตอบคำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยแล้วให้พยาบาล
วิชาชีพลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับ
และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือระบุถึงตัวตน และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์และ
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. คู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ
ด้วย 7 ขั้นตอน 1) การจัดท่านอน 2) การทำความสะอาดช่องปากทารกด้วยน้ำนมแม่สำหรับกลุ่มทดลอง

และใช้น้ำเกลือ 0.9% NSS สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ปริมาตร 0.2 ซีซี เช็ดที่ช่องปากและกระพุ้งแก้ม ทุก 3 ชั่วโมง จนครบ 3 วัน 3) การป้องกันการสำลักจากการให้อาหารทางสายยาง 4) การดูดเสมหะ 5) การเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ 6) การดูแลเครื่องช่วยหายใจ และ 7) หมวคอื่น ๆ โดยประยุกต์จากแนวปฏิบัติ การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (งานป้องกันการติดเชื้อ, 2559) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยให้ ประสบผลสำเร็จและประโยชน์ของนมแม่ (Gephart & Weller, 2014; Rodriguez et al., 2010; Spatz, 2004) และการทำความสะอาดช่องปากด้วยนมแม่ (NemaRagab et al., 2018)

2. แบบบันทึกการปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP ในทารกแรกเกิด ประยุกต์ตาม 7 ขั้นตอนข้างต้นโดยแบบบันทึกของกลุ่มทดลองมีจำนวน 33 ข้อ ส่วนแบบบันทึกของกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวน 32 ข้อ การบันทึกลักษณะการปฏิบัติมี 3 แบบ คือ ปฏิบัติ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางส่วน (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) แปลผลเป็นค่าเฉลี่ยการปฏิบัติรายข้อ กำหนดคะแนนผ่านที่มากกว่า 1.80 คะแนน ซึ่งเป็นการกำหนดเกณฑ์ผ่านที่ร้อยละ 60 ของคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่มีค่าอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 คะแนน

3. แบบบันทึกการเกิด VAP ของทารกแรกเกิด แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ VAP ประกอบด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ อาการทางคลินิก ผลการตรวจเชื้อ และผลการวินิจฉัยการเกิด VAP ตามการวินิจฉัยของแพทย์จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 19 ข้อ

4. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับด้านการปฏิบัติตามการทำความสะอาดช่องปากด้วยนมแม่ จำนวน 7 ข้อ ด้านการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ จำนวน 5 ข้อ และด้านคู่มือแนวปฏิบัติฯ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert rating scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49) และน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือของงานวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 4 ชิ้นได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นกุมารแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด พยาบาลเฉพาะทางโรคติดเชื้อของโรงพยาบาล และพยาบาลชั้นสูงเฉพาะทางเด็ก สำหรับคู่มือแนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยปรับแก้ไขบางข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับแบบบันทึกการเกิด VAP ของทารกแรกเกิด แบบบันทึกการปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP ในทารกแรกเกิด และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ .81, .73, และ .89 ตามลำดับ ได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มร่วมวิจัย จำนวน 20 คน แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล

วิชาชีพ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient alpha reliability) เท่ากับ .97 สำหรับแบบบันทึกการเกิด VAP ของทารกแรกเกิด และแบบบันทึกการปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP ในทารกแรกเกิด ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยผู้ประเมินเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มร่วมวิจัย จำนวน 20 คน พิจารณาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในโดยใช้สถิติแคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient) ได้เท่ากับ .80 และ .70 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาแล้วคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมเก็บข้อมูลดังนี้

1. ประสานงานกับหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดวิกฤต ของโรงพยาบาลที่ศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ในการดำเนินการวิจัย

2. ประชุมพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย การเก็บข้อมูลและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการปฏิบัติตามคู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด VAP ในทารกแรกเกิด

3. ติดต่อบิดามารดาของทารกแรกเกิดวิกฤตที่เข้าร่วมการวิจัยเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการทำวิจัย และตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและข้อคำถามต่าง ๆ ที่บิดาหรือมารดาสงสัย

4. ดำเนินการทำวิจัยตามคู่มือแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด VAP ในทารกแรกเกิด ดังนี้

4.1 กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทั้งหมด 7 หมวดดังนี้ 1). การจัดท่านอน 2). การทำความสะอาดช่องปากโดยใช้น้ำนมแม่ โดยใช้ปริมาตร 0.2 ซีซี เช็ดที่ช่องปากและกระพุ้งแก้ม ทุก 3 ชั่วโมง จนครบ 3 วัน 3). การป้องกันการสำลักจากการให้อาหารทางสายยาง 4). การดูดเสมหะ 5). การเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ 6). การดูแลเครื่องช่วยหายใจ และ 7). หมวดอื่น ๆ

4.2 กลุ่มเปรียบเทียบทำเหมือนกันทุกหมวดยกเว้นหมวด 2 ปรับเปลี่ยนใช้น้ำเกลือ (0.9% NSS) และบันทึกข้อมูลตามเครื่องมือในการวิจัย โดยผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจครบ 48 ชั่วโมงติดตามไปจนครบ 3 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ VAP จากแบบบันทึกการเกิด VAP และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยจำนวนและร้อยละ

2. ข้อมูลการปฏิบัติจากแบบบันทึกการปฏิบัติฯ และข้อมูลความพึงพอใจจากประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยข้อมูลน้ำหนักและอายุครรภ์ วิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและอายุครรภ์แล้วทดสอบค่าที (Independent t-test) ส่วนข้อมูลเพศวิเคราะห์ด้วยการทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-square test)

4. เปรียบเทียบโดยการนำค่าอัตราการเกิด VAP ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทารกแรกเกิดวิกฤตพบว่า กลุ่มทดลอง มีเพศชาย 10 คน (ร้อยละ 33.3) เพศหญิง 20 คน (ร้อยละ 66.7) มีน้ำหนักเฉลี่ย 1,224 กรัม ($SD = 133.19$) และอายุครรภ์เฉลี่ย 29.13 สัปดาห์ ($SD = 2.01$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีเพศชาย 13 คน (ร้อยละ 43.3) เพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 56.6) อายุครรภ์เฉลี่ย 28.96 ($SD = 1.99$) และน้ำหนักเฉลี่ย 1,236 กรัม ($SD = 154.2$) เมื่อเปรียบเทียบเรื่องเพศ อายุครรภ์ และน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .42$, $p = .74$ และ $p = .75$ ตามลำดับ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบว่าทุกคน (ร้อยละ 100) เป็นเพศหญิงและได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรีและส่วนมากมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 61.53) รองลงมาคือ ประสบการณ์ในการทำงานเป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 30.76) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุด ($M = 4.64$, $SD = .42$) ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติตามการทำควมสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ ($M = 4.67$, $SD = .43$) และด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านคู่มือแนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ ($M = 4.58$, $SD = .49$) ส่วนผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่ม พบร้อยละของการปฏิบัติและค่าเฉลี่ยมีความใกล้เคียงกันแต่ในหมวดที่ 3 กิจกรรมการล้างมือก่อน และหลังให้อาหารทางสายยาง จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองจะพบร้อยละและค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
หมวด	%	M	SD	หมวด	%	M	SD
<u>หมวดที่ 1 การจัดท่านอน</u>				<u>หมวดที่ 1 การจัดท่านอน</u>			
1.จัดให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนอนหัวสูง15-30องศา (หากไม่มีข้อห้าม)	100	3.00	0.00	1.จัดให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนอนหัวสูง15-30องศา (หากไม่มีข้อห้าม)	100	3.00	0.00
2.พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (หากไม่มีข้อห้าม)	100	3.00	0.00	2.พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (หากไม่มีข้อห้าม)	76.66	2.70	0.59
3.ดูแลเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดังรั้ง	93.33	2.93	0.25	3.ดูแลเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดังรั้ง	96.66	2.96	0.18
<u>หมวดที่ 2 การทำความสะอาดปากและฟัน</u>				<u>หมวดที่ 2 การทำความสะอาดปากและฟัน</u>			
1.จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง (หากไม่มีข้อห้าม)	96.7	2.96	0.18	1.จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง (หากไม่มีข้อห้าม)	96.66	2.93	0.36
2.ทำความสะอาดปากด้วยน้ำนมแม่มีวิธีการดังนี้				2.ทำความสะอาดปากด้วย 0.9%NSS มีวิธีการดังนี้			
2.1 รับนมแม่ที่ใหม่และสดหรือนมที่แช่เย็นถ้าเป็นไปได้ต้อง fresh milk น้ำนมที่เตรียมไว้	96.7	2.96	0.18	2.1 นำ 0.9%NSS ที่เตรียมไว้ 0.2 cc	96.7	2.96	0.80
2.2 ตรวจสอบนมแม่ให้ตรงกับชื่อแม่ลูกบ่งชี้ให้ชัดเจน	96.7	2.96	0.18	2.2 ล้างมือด้วยวิธี Hygienic hand washing ใส่ถุงมือสะอาด			
2.3 ล้างมือด้วยวิธี Hygienic hand washing ใส่ถุงมือสะอาด ปราศจากเชื้อ	100	3.00	0.00	ปราศจากเชื้อ	100	3.00	0.00
2.4 เตรียมไม้ swab ปราศจากเชื้อ	100	3.00	0.00	2.3 เตรียมไม้ swab ปราศจากเชื้อ	100	3.00	0.00
2.5 ใช้ Colostrum 0.2 cc. ใช้ไม้ swab ปราศจากเชื้อviaด้วยน้ำนมแม่เช็ดปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม	100	3.00	0.00	2.4 ใช้ไม้ swab ปราศจากเชื้อvia ด้วยน้ำ 0.9%NSS เช็ดปาก ลิ้น			
2.6 เช็ดทุก 3 ชั่วโมงทุกวันครบ 3 วัน	100	3.00	0.00	กระพุ้งแก้ม	100	3.00	0.00
2.7 ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand washing หลังการทำความสะอาดปาก	100	3.00	0.00	2.5 เช็ดทุก 3 ชั่วโมงทุกวันครบ 3 วัน	100	3.00	0.00
				2.6 ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand washing หลังการทำความสะอาดปาก	83.33	3.00	0.00

กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
หมวด	%	M	SD	หมวด	%	M	SD
<u>หมวดที่ 3 การป้องกันการสำลัก</u> <u>จากการให้อาหารทางสายยาง</u>				<u>หมวดที่ 3 การป้องกันการสำลัก</u> <u>จากการให้อาหารทางสายยาง</u>			
1.นอนศีรษะสูง 15-30 องศา หากไม่มีข้อห้าม	100	3.00	0.00	1.นอนศีรษะสูง 15-30 องศา หากไม่มีข้อห้าม	100	3.00	0.00
2.ทำความสะอาดมือก่อนให้อาหารทางสายยาง	43.33	1.83	1.05	2.ทำความสะอาดมือก่อนให้อาหารทางสายยาง	76.66	2.53	0.86
3.ก่อนให้อาหารทางสายยาง ตรวจสอบสายให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม	43.33	1.83	1.05	3.ก่อนให้อาหารทางสายยาง ตรวจสอบสายให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม	76.7	2.53	0.86
4.หลังให้อาหารทางสายยางให้ตามด้วยน้ำปราศจากเชื้อ	43.33	1.83	1.05	4.หลังให้อาหารทางสายยางให้ตามด้วยน้ำปราศจากเชื้อ	76.7	2.53	0.86
5.ล้างมือหลังให้อาหารทางสายยาง	43.33	1.83	1.83	5.ล้างมือหลังให้อาหารทางสายยาง	76.7	2.53	2.53
<u>หมวดที่ 4 การดูแลหะ</u>				<u>หมวดที่ 4 การดูแลหะ</u>			
1.ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand washing ก่อนทำกิจกรรมกับผู้ป่วยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือ alcohol hand rub 7 ขั้นตอน (IA)	100	3.00	0.00	1.ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand washing ก่อนทำกิจกรรมกับผู้ป่วยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือ alcohol hand rub 7 ขั้นตอน (IA)	100	3.00	0.00
2.ดูแลหะให้ใช้บุคลากร 2 คน ยกเว้นกรณี close suction	100	3.00	0.00	2.ดูแลหะให้ใช้บุคลากร 2 คน ยกเว้นกรณี close suction	100	3.00	0.00
3.เช็ดข้อต่าง ๆ ด้วย 70% alcohol ก่อนและหลังดูแลหะ	100	3.00	0.00	3.เช็ดข้อต่าง ๆ ด้วย 70% alcohol ก่อนและหลังดูแลหะ	100	3.00	0.00
4.ดูแลหะแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 10-15 วินาที	100	3.00	0.00	4.ดูแลหะแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 10-15 วินาที	100	3.00	0.00
5.กรณีเสมหะและน้ำลายในปาก และลำคอบอกให้ดูดในปากก่อน	100	3.00	0.00	5.กรณีเสมหะและน้ำลายในปาก และลำคอบอกให้ดูดในปากก่อน	100	3.00	0.00
6.ใช้สายดูดเสมหะในปากและจมูกอย่างละสายไม่ใช้ร่วมกัน	100	3.00	0.00	6.ใช้สายดูดเสมหะในปากและจมูกอย่างละสายไม่ใช้ร่วมกัน	100	3.00	0.00
7.หากจำเป็นต้องใช้ NSS ให้ใช้แบบ single dose	100	3.00	0.00	7.หากจำเป็นต้องใช้ NSS ให้ใช้แบบ single dose	100	3.00	0.00
8.ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand washing หลังดูแลหะ	100	3.00	0.00	8.ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand washing หลังดูแลหะ	100	3.00	0.00

กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			
หมวด	%	M	SD	หมวด	%	M	SD
<u>หมวดที่ 5 การเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ</u>				<u>หมวดที่ 5 การเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ</u>			
1.สายเครื่องช่วยหายใจต้องปราศจากเชื้อ	93.3	2.83	0.64	1.สายเครื่องช่วยหายใจต้องปราศจากเชื้อ	100	3.00	0.00
2.ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand washing หรือใช้ alcohol hand rub ก่อนและหลังเปลี่ยนชุดสายเครื่องช่วยหายใจ	90.0	2.76	0.72	2.ทำความสะอาดมือด้วยวิธี Hygienic hand washing หรือใช้ alcohol hand rub ก่อนและเปลี่ยนชุดสายเครื่องช่วยหายใจ	96.7	2.90	0.54
3.เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจโดยยึดหลัก Aseptic technique โดยการสวมถุงมือ sterile ผูก mask ถ้าเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงเช็ดข้อต่อต่าง ๆ ด้วย 70% alcohol ก่อนจะสวมใส่เครื่องช่วยหายใจ	90	2.76	0.72	3.เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจโดยยึดหลัก Aseptic technique โดยการสวมถุงมือ sterile ผูก mask ถ้าเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงเช็ดข้อต่อต่าง ๆ ด้วย 70% alcohol ก่อนจะสวมใส่เครื่องช่วยหายใจ	96.7	2.90	0.54
4.เปลี่ยนชุดสายเครื่องช่วยหายใจเมื่อสกปรก contaminated หรือใช้กับผู้ป่วยรายใหม่	90	2.76	0.72	4.เปลี่ยนชุดสายเครื่องช่วยหายใจเมื่อสกปรก contaminated หรือใช้กับผู้ป่วยรายใหม่	96.7	2.90	0.54
<u>หมวดที่ 6 การดูแลเครื่องช่วยหายใจ</u>				<u>หมวดที่ 6 การดูแลเครื่องช่วยหายใจ</u>			
1. ทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องก่อนและหลังสัมผัสสายเครื่องช่วยหายใจ	96.7	2.90	0.54	1. ทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องก่อนและหลังสัมผัสสายเครื่องช่วยหายใจ	96.7	2.90	0.54
2. ดูแลไม่ให้ น้ำขังในสายเครื่องช่วยหายใจเพราะเสี่ยงต่อการไหลย้อนกลับเข้าหาผู้ป่วยดูแลให้น้ำไหลลง water tap แล้วทุกครั้ง ที่เต็ม	96.7	2.90	0.54	2. ดูแลไม่ให้ น้ำขังในสายเครื่องช่วยหายใจเพราะเสี่ยงต่อการไหลย้อนกลับเข้าหาผู้ป่วยดูแลให้น้ำไหลลง water tap แล้วทุกครั้ง ที่เต็ม	93.3	2.86	0.57
3.ใช้น้ำปราศจากเชื้อในการเติม	96.7	2.90	0.54	3.ใช้น้ำปราศจากเชื้อในการเติม	96.7	2.90	0.54

กลุ่มทดลอง ($n = 30$)				กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 30$)			
หมวด	%	M	SD	หมวด	%	M	SD
หมวดที่ 7 หมวดอื่น ๆ				หมวดที่ 7 หมวดอื่น ๆ			
1. บันทึกตำแหน่งท่อหลอดลมคอ เป็นเซนติเมตรทุกครั้งที่ได้ใหม่				1. บันทึกตำแหน่งท่อหลอดลมคอ เป็นเซนติเมตรทุกครั้งที่ได้ใหม่			
ตรวจสอบตำแหน่งทุกเวอร์	96.7	2.90	0.54	ตรวจสอบตำแหน่งทุกเวอร์	53.3	2.90	0.54
2.กรณีพ่นยาในผู้ป่วยรายเดียวกัน แบบต่อเนื่องใช้แล้วเก็บไว้ในถุง				2.กรณีพ่นยาในผู้ป่วยรายเดียวกัน แบบต่อเนื่องใช้แล้วเก็บไว้ในถุง			1
เปลี่ยนใหม่ทุก 24 ชั่วโมง	46.7	1.90	1.06	เปลี่ยนใหม่ทุก 24 ชั่วโมง	53.33	2.06	0.00
3.ใช้ NSS แบบ Single dose สำหรับการพ่นยา	46.7	1.90	1.06	3.ใช้ NSS แบบ Single dose สำหรับการพ่นยา	53.33	2.06	1.04

สำหรับการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเกิด VAP 9 ราย (ร้อยละ 30) กลุ่มเปรียบเทียบมีการเกิด VAP 14 ราย (ร้อยละ 46.6) แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยสถิติไคสแคว์แล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .184$) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเกิด VAP	เกิด VAP		ไม่เกิด VAP		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	9	30.0	21	70.0	1.76	.184
กลุ่มเปรียบเทียบ	14	46.6	16	53.4		

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่เปรียบเทียบกับน้ำเกลือต่อการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.18$) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ Thibeau and Boudreaux (2013) ที่พบว่า การทำความสะอาดช่องปากและกระพุ้งแก้มของทารกคลอดก่อนกำหนดวิกฤตน้ำหนักตัวน้อยด้วยนมแม่เพื่อลดอัตราการเกิด VAP ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการทำความสะอาดช่องปากเพื่อลดปริมาณเชื้อโรคและการเพิ่มภูมิคุ้มกันจากนมแม่ทางช่องปากอาจจะไม่ใช่ปัจจัยหลักของการป้องกันการเกิด VAP ในทารก

แรกเกิดวิกฤติน้ำหนักตัวน้อยทุกราย เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อย นอกจากภาวะคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อยแล้วยังมีอีกหลายปัจจัย ได้แก่ การได้รับยานอนหลับ (Opiate treatment for sedation) ความถี่ในการดูดเสมหะ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Re-intubation) การติดเชื้อในกระแสเลือด และการได้รับยาสเตียรอยด์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังไม่ได้นำปัจจัยเสี่ยงมาเป็นเกณฑ์คัดเข้าสู่วิจัย จากการศึกษาของ Ceballos, Waterman, Hulett, and Makic (2013) พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลในทั้ง 4 หมวด ได้แก่ การถอดท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด การล้างมือ การจัดท่านอน และเทคนิคในการดูดเสมหะไปพร้อม ๆ กันจะลดอัตราการติดเชื้อ VAP จากร้อยละ 71 เป็นร้อยละ 31

อย่างไรก็ตาม ผลของการศึกษาของ Ma, Yang, Li, Zhang, and Kang (2021) พบว่าการรักษาคอหอยส่วนปาก (Oropharyngeal therapy) สามารถลดอุบัติการณ์การเกิด VAP ในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยได้ สอดคล้องกับ Zhang, Ji, Hu, Cao, and Latour (2017) ที่ใช้นมแม่ทำความสะอาดช่องปาก และสามารถลดการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตได้ ทั้งนี้วิธีการทำความสะอาดช่องปากโดยใช้นมแม่ในระยะแรกหรือที่เรียกว่าน้ำนมเหลือง (Colostrum) โดยใช้ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อจุ่มลงในนมปริมาณ 0.2 ซีซี และนำไม้พันสำลีวางลงบนปากใกล้กับคอหอยส่วนปาก (Oropharynx) ที่ประกอบด้วยกลุ่มเนื้อเยื่อน้ำเหลือง พาลาทีนทอนซิล (Palatine tonsils) ผลพบว่ามี sIgA และแลคโตเฟอริน (Lactoferrin) ปรากฏอย่างชัดเจนในปัสสาวะและน้ำจากหลอดลมคอ (Gephart & Weller, 2014; Rodriguez et al., 2010) โดยที่นมแม่มีคุณสมบัติในการลดการติดเชื้อโดยเฉพาะแบคทีเรียได้ เนื่องจากมีองค์ประกอบของเอนไซม์และกลไกการสร้างภูมิคุ้มกัน เช่น IgA IgM และเม็ดเลือดขาว (กฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง และคณะ, 2562; ผกากรอง วณไพศาล, 2559) จากหลักฐานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการใช้นมมารดาเพื่อลดการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ เพราะมีความสะดวกและปลอดภัย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้เลือกใช้ทั้งน้ำนมแม่ในระยะแรก และระยะปรับเปลี่ยน จึงอาจทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลกับการศึกษาที่ใช้นมแม่เพียงระยะใดระยะหนึ่งเท่านั้นได้

ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิด VAP ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าร้อยละของการปฏิบัติและค่าเฉลี่ยในแต่ละหมวดมีความใกล้เคียงกัน แต่ในหมวดที่ 3 กิจกรรม การตรวจสอบตำแหน่งสายยาง การให้น้ำตามหลังให้อาหารทางสายยาง การล้างมือก่อนและหลังให้อาหารทางสายยางของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน (ตารางที่ 2) ซึ่งการล้างมือด้วยวิธีการและความถี่ที่เหมาะสมจะช่วยลดปริมาณการติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้ เช่น การล้างมือนาน 30 วินาทีช่วยลดปริมาณแบคทีเรียได้มากกว่าการล้างนานเพียง 15 วินาที การใช้แอลกอฮอล์ล้างมือ (Alcohol hand rub) สามารถต้านเชื้อแบคทีเรีย วัณโรค ไวรัสบางชนิด และเชื้อราได้ (Kuti et al., 2021) ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ การตรวจสอบตำแหน่งสาย การให้น้ำตามหลังให้นม และการล้างมืออาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลทำให้การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อยในกลุ่มทดลองและควบคุมไม่แตกต่างกันได้

ความพึงพอใจในภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติตามการทำควมสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่ จากผลการศึกษาจึงพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่เปรียบเทียบกับน้ำเกลือต่อการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อยมากได้อย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากลักษณะงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นงานที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง หากมีทารกที่อาการเปลี่ยนแปลงในเวรขึ้นแม่เพียง 1 ราย ก็จะต้องใช้อัตรากำลังในการเฝ้าติดตามและแก้ไขปัญหา ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อกรปฏิบัติตามการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อยในกลุ่มทดลองได้ จึงทำให้พบว่า ในหมวดที่ 3 กิจกรรม การตรวจสอบตำแหน่งสายยาง การให้น้ำตามหลังให้อาหารทางสายยาง การล้างมือก่อนและหลังให้อาหารทางสายยางของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ทารกแรกเกิดวิกฤตที่น้ำหนักตัวน้อยมากที่ได้รับการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่หรือน้ำเกลือมีอัตราการเกิด VAP ไม่แตกต่างกัน และร้อยละของผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติป้องกัน VAP ในหมวดที่ 3 มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติตามการทำควมสะอาดช่องปากด้วยน้ำนมแม่

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิด VAP ในหมวดที่ 2 การทำความสะอาดปากและฟัน ด้วยการใช้น้ำนมแม่ทำความสะอาดช่องปากทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นทางเลือกที่มีความสะดวก ปลอดภัย และมีหลักฐานยืนยันชัดเจนเกี่ยวกับองค์ประกอบของเอนไซม์ที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันและคุณสมบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องปฏิบัติการพยาบาลในหมวดอื่น ๆ เพื่อป้องกันการเกิด VAP ควบคู่กันไปด้วย

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรพิจารณานำปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักตัวน้อยมาก มาเป็นเกณฑ์การคัดเข้าหรือคัดออกจากการวิจัย และควรเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อให้สามารถเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ในการลดการเกิด VAP ในทารกแรกเกิดวิกฤตน้ำหนักน้อยมาก จากการเลือกใช้นมในระยะที่แตกต่างกัน คือ นมระยะแรก ระยะปรับเปลี่ยน และระยะน้ำนมแม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร. สุเพียร โภคทิพย์ และนางสาวเยาวเรศ เอื้ออารีเลิศ สำหรับการเป็นที่ปรึกษาการทำวิจัย ขอขอบพระคุณบิดา-มารดาและญาติของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัยในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และได้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมพยาบาลและบุคลากรทุกระดับในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 ที่เป็นพื้นที่วิจัย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน อำนวยความสะดวกและร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และจริยา วิทยะศุภร. (2562). ผลของการให้โคลอสตรัมทางปากต่อระดับอิมมูโนโกลบูลินเอในทารกเกิดก่อนกำหนด. *รามาชิดิพยาบาลสาร*, 25(1), 16-28.
- งานป้องกันการติดเชื้อ. (2559). *WI แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- ผกากรอง วนไพศาล. (2559). *บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน “น่านมแม่ประโยชน์นอกนันทน์”*. สืบค้นวันที่ 25 ธันวาคม 2563 จาก <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/338>
- เอื้องคอย ต้นทพงส์, นพพร ไชยโยธา, และอาภัตรา ผการัตน์. (2556). วิจัยการศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อการอย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทารกแรกเกิด. *กุมารเวชสาร*, 20(3), 117-130.
- Almuneef, M., Memish, Z. A., Balkhy, H. H., Alalem, H., & Abutaleb, A. (2004). Ventilator-associated pneumonia in a pediatric intensive care unit in Saudi Arabia: A30-month prospective surveillance. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 25(9), 753–758.
- Bizzarro, M. J. (2012). Health care-associated infections in the neonatal intensive care unit: Barriers to continued success. *Seminars in Perinatology*, 36(6), 437–444.
- Ceballos, K., Waterman, K., Hulett, T., & Makic, M. B. (2013). Nurse-driven quality improvement interventions to reduce hospital-acquired infection in the NICU. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 13(3), 154–165. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e318285fe70>
- Cernada, M., Brugada, M., Golombek, S., & Vento, M. (2014). Ventilator-associated pneumonia in neonatal patients: An update. *Neonatology*, 105(2), 98–107.
- Foglia, E., Meier, M. D., & Elward, A. (2007). Ventilator-associated pneumonia in neonatal and pediatric intensive care unit patients. *Clinical Microbiology Reviews*, 20(3), 409–425.

- Gephart, S. M., & Weller, M. (2014). Colostrum as oral immune therapy to promote neonatal health. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 14(1), 44–51.
- Kuti, B. P., Ogunlesi, T. A., Oduwale, O., Oringanje, C., Udoh, E. E., & Meremikwu, M. M. (2019). Hand hygiene for the prevention of infections in neonates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(5), CD013326. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013326>
- Ma, A., Yang, J., Li, Y., Zhang, X., & Kang, Y. (2021). Oropharyngeal colostrum therapy reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia in very low birth weight infants: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Research*, (89), 54–62. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0854-1>
- NemaRagab, Dabash, S. E., Rashad, H. M., & Iskander, I. (2018). Effect of oropharyngeal care using breast milk on the incidence of neonatal ventilator-associated pneumonia. *Bioscience Research*, 15(4), 4148-4152.
- Rodriguez, N. A., Meier, P. P., Groer, M. W., Zeller, J. M., Engstrom, J. L., & Fogg, L. (2010). A pilot study to determine the safety and feasibility of oropharyngeal administration of own mother's colostrum to extremely low-birth-weight infants. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 10(4), 206–212.
- Spatz D. L. (2004). Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18(4), 385–396. <https://doi.org/10.1097/00005237-200410000-00009>
- Thibeau, S., & Boudreaux, C. (2013). Exploring the use of mothers' own milk as oral care for mechanically ventilated very low-birth-weight preterm infants. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 13(3), 190–197.
- Weber, C. D. (2016). Applying adult ventilator-associated pneumonia bundle Evidence to the ventilated neonate. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 16(3), 178–190.
- Zhang, Y., Ji, F., Hu, X., Cao, Y., & Latour, J. M. (2017). Oropharyngeal colostrum administration in very low birth weight infants: A randomized controlled trial. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 18(9), 869–875.

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก ต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

ชนิตา แป๊ะสกุล, พย.ม.¹

คมเนตร โกณานนท์, ศษ.ม.²

นันทนี พัทธกัญวานิชย์, ป.พ.ส.²

(วันที่ส่งบทความ: 25 มิถุนายน 2564; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 18 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

การเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยในหอผู้ป่วยหนัก อาจส่งผลให้มารดามีความวิตกกังวล การให้ข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญ งานวิจัยทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ มารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 32 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมมารดา ร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความวิตกกังวลของมารดา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีคู่ และการทดสอบทีอิสระ ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(15) = 2.71, p < .001, d = 1.01$) และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(30) = 2.55, p < .001, d = 0.90$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการเตรียมมารดา ร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรก ช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาได้ ดังนั้นพยาบาลควรร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับการเตรียมมารดา ก่อนการเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดด้วยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย, ความวิตกกังวลของมารดา, ทารกเกิดก่อนกำหนด

¹ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

² งานการพยาบาลผู้ป่วยหนักเด็ก กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

¹ Corresponding author: ชนิตา แป๊ะสกุล; Email: chani5190@gmail.com

The Effects of Providing a Concrete-Objective Information Program Before the First Visit on the Anxiety of Mothers of Premature Infants in the Newborn Intensive Care Unit

Chanita Peasakul, M.N.S.¹

Komnatre Konanont, M.Ed.²

Nantane Phitukwanich, Dip in N.S.²

(Received: June 25th, 2021; Revised: November 18th, 2021; Accepted: November 18th, 2021)

Abstract

Visiting sick newborns in the newborn intensive care unit (NICU) may cause their mothers anxiety, therefore, providing information is important. This quasi-experimental, two groups pre-posttest, research aimed to study the effect of providing a concrete-objective information program before the mothers' first visit to premature infants in NICU on maternal anxiety. Participants were 32 mothers of premature infants. They were selected using purposive sampling and then assigned into either the experimental or comparison group (16 mothers per group). Mothers in the experimental group attended a maternal preparation program with concrete-choice information prior to their first visit. Whereas, those in the comparison group received normal routine nursing care. The research instruments for data collection included the Individual Characteristic Questionnaire and the Maternal Anxiety Assessment Form. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-tests, and independent t- tests. The results revealed that the mean anxiety score of the experimental group after attending the program was significantly lower than that before, $t(15) = 2.71, p < .001, d = 1.01$ and that it was significantly lower than in the control group $t(30) = 2.55, p < .001, d = 0.90$. In conclusion, providing the maternal preparation program with concrete-multiple choice information prior to a mother's first infant visit can help reduce the mother's anxiety. Therefore, nurses should formulate cooperative guidelines to provide the concrete-multiple choice information to prepare mothers before visiting their infants in the NICU.

Keywords: providing concrete-objective information, maternal anxiety, premature infants

¹ Division of Nursing Research & Development, Nursing Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

² Intensive Care Nursing Department, Nursing Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

¹ Corresponding author: Chanita Peasakul, Email: chani5190@gmail.com

บทนำ

ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Newborn Intensive Care Unit [NICU]) ส่วนใหญ่พบว่าเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ การที่ทารกกลุ่มดังกล่าวต้องเข้ารับการรักษาใน NICU นี้ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจที่ไม่เหมาะสม องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์ทารกเกิดก่อนกำหนดไม่สูงกว่าร้อยละ 5 แต่ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ดังกล่าวร้อยละ 8-10 (วิลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก สำหรับสถิติทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับไว้ดูแลในแผนกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2560 มีจำนวน คือ 1,008, 781 และ 1,256 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.36, 6.61 และ 10.82 ตามลำดับ ซึ่งเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคที่พบบ่อยของแผนกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

เมื่อทารกต้องเข้ารับการรักษาใน NICU ทำให้มารดาจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ย่างยากจากปัจจัยหลายด้านทั้งภาวะเจ็บป่วยของบุตร (ฉัชนันท์ ชีวานนท์, 2562) กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ทารกได้รับ ลักษณะของทารกที่ตัวเล็กและคู่อ่อนแอ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดาที่ไม่สามารถให้การดูแลอุ้ม หรือสัมผัสบุตรได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ตลอดจนการเข้ารับการรักษาใน NICU ที่เต็มไปด้วยเครื่องมือ และอุปกรณ์การแพทย์ที่มารดาไม่คุ้นเคย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนทำให้มารดาเกิดความเครียดและวิตกกังวล (Umasankar & Sathiadass, 2016) การเข้าเยี่ยมบุตรครั้งแรกมารดาต้องพยายามปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของ NICU ที่ไม่คุ้นเคย นอกจากนี้แล้วยังส่งผลให้มารดาไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและแสดงบทบาทการเป็นมารดาลดลง (พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, 2555)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดบุตรที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาใน NICU และความวิตกกังวลนี้จะอยู่ในระดับสูงมากเมื่อมารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยภายใน NICU เป็นครั้งแรก (อุดมญา พันชนิตย์, 2555) ความวิตกกังวลนี้แบ่งออกเป็น ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ซึ่งเกิดกับบุคคลเพียงชั่วคราวในสถานการณ์หนึ่ง ๆ และความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล (Spielberger, 1972) ความวิตกกังวลของมารดาขณะเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดครั้งแรกจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ ส่งผลให้มารดาจะต้องหาวิธีการจัดการกับความวิตกกังวลนั้นเพื่อปรับตนเองเข้าสู่ภาวะสมดุล วิธีการจัดการกับความเครียดและวิตกกังวลหรือการเผชิญความเครียดของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับด้านอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984)

การลดความวิตกกังวลของมารดามีหลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลตามแนวทางของพยาบาล การให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เป็นต้น ในปัจจุบันพบว่า การให้ข้อมูลแก่มารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เป็นการให้ข้อมูลด้วยคำพูด มีการแจกเอกสารแผ่นพับให้มารดาไปศึกษาด้วยตัวเอง ส่วนใหญ่เนื้อหาของการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ เวลาเยี่ยม ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นต้น ที่ผ่านมามีพบว่า การให้ข้อมูลในรูปแบบดังกล่าวสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาได้ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถทำให้มารดาเห็นภาพสิ่งที่ต้องพบและต้องปฏิบัติขณะเยี่ยม

ครั้งแรกได้ถูกต้อง และในต่างประเทศพบว่า การแจกแผ่นพับเอกสารแก่ญาติก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตครั้งแรก ไม่สามารถลดอัตราของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ แต่พบว่าการสื่อสารของเจ้าหน้าที่และครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการลดความวิตกกังวล (Rusinova, Kukal, & Cerny, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยหนักเด็กสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว เช่น จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มหายใจลำบาก (ปณัฐिता เหล็กแท้, 2551) ในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อภาพ 1 ครั้ง นาน 30 นาที พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดา (ฐิติมา วัฒนเสรีเวช, 2559) โดยให้ข้อมูลก่อนเข้าเยี่ยมครั้งแรกแก่มารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต 1 ครั้ง นาน 20 นาที ผ่านสื่อ PowerPoint ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

งานวิจัยทั้งสองเรื่องของ ปณัฐिता เหล็กแท้ (2551) และ ฐิติมา วัฒนเสรีเวช (2559) ได้ใช้แนวคิด ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) โดยนำมาพัฒนาเป็นการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ด้วยการให้ข้อมูลมีเนื้อหา คำพูดในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย คือ ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงชัดเจนถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เนื้อหาคำพูดที่ใช้ไม่ใช่อารมณ์ความรู้สึกของพยาบาล โดยรูปแบบการให้ข้อมูลมีความหลากหลาย เช่น การให้แผ่นพับ การใช้ภาพพลิก และการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ ซึ่งลักษณะการให้ข้อมูลเน้นที่การสื่อสารทางเดียวโดยผ่านผู้ให้ข้อมูลและสื่อ การสนับสนุนให้มารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก ทำให้มารดามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการพยาบาลมากขึ้น ทำให้ลดความวิตกกังวลลง (บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, 2555) ดังนั้นการลดความวิตกกังวลของมารดา พยาบาลควรเปิดโอกาสให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูล และมีส่วนร่วมในการดูแลทารก (ชนิตา แป๊ะสกุล, 2553) โดยการเตรียมความพร้อมของมารดาทั้งทางด้านจิตใจ และเตรียมความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารก

ปัจจุบันเป็นยุคที่เรียกว่าไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งเน้นการพัฒนาเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม จึงมีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการปฏิบัติงานพยาบาลอย่างแพร่หลายเนื่องจากมีความสะดวกในการใช้งานสามารถผลิตสื่อประกอบการให้ข้อมูล การปรับเนื้อหาข้อมูลให้ทันสมัยได้ตลอดเวลา ร่วมกับการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ที่ผ่านมาจะเป็นการให้ข้อมูลข้างเตียงผู้ป่วยและใช้รูปแบบการให้คำแนะนำผ่านสื่อแผ่นพับให้มารดาไปศึกษาเอง เมื่อสอบถามย้อนกลับพบว่า การรับทราบข้อมูลของมารดาไม่ครบถ้วนและการปฏิบัติตัวเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และในการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตไม่เน้นการเตรียมปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมที่เป็น

รูปธรรม ส่วนใหญ่เน้นการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรกแก่มารดา โดยใช้การสื่อสาร การอธิบาย การสาธิตจากพยาบาลร่วมกับการใช้สื่อ PowerPoint ที่มีทั้งข้อความ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบการบรรยาย สลับกับเปิดโอกาสให้มารดาสอบถามข้อมูล รวมถึงได้ทดลองปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการเข้าเยี่ยมทารก ทำให้มารดาได้รับข้อมูลที่ชัดเจน และสามารถประเมินสภาพสถานการณ์ในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกได้อย่างถูกต้อง ลดช่องว่างระหว่างมารดาและพยาบาล ในการรับทราบข้อมูล ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ส่งผลให้มารดามีความวิตกกังวลลดลงและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก ต่อความวิตกกังวลของมารดาใน NICU เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดาและทารกใน NICU ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดใน NICU ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรกและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดใน NICU กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวตนเอง (Self-regulatory theory) ของ Leventhal and Johnson (1983) ซึ่งมีมีโนทัศน์หลักเกี่ยวกับการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด โดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงแก่บุคคลก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น การสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) หรือภาพในจินตนาการ (Mental image) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ซับซ้อนที่มนุษย์สร้างขึ้นจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา แบบแผนความรู้ความเข้าใจจะเป็นตัวชี้นำความสนใจของบุคคล เป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลที่มีอยู่และนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมอย่างมีเป้าหมาย (Johnson, 1999) ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้น (The physical sensation and symptoms)
2. ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (Temporal characteristics)
3. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม (Environment features)
4. ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ (Cause of sensation, symptoms, and experience)

ในการศึกษาครั้งนี้จัดทำแนวทางการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าเยี่ยม ซึ่งเป็นข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ที่มารดาได้รับก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยใน NICU ครั้งแรก ประกอบด้วย 1) ข้อมูลที่มารดาต้องเผชิญเมื่อเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรกผ่านการรับรู้จากประสาทสัมผัส ทั้งการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส และอาการที่เกิดขึ้นทางกายของมารดา 2) ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มเข้า

หอผู้ป่วย จนกระทั่งสิ้นสุดการเข้าเยี่ยม 3) ข้อมูลที่อธิบายลักษณะสภาพแวดล้อมของ NICU และบุคลากรในหอผู้ป่วยที่มารดาจะได้พบขณะเข้าเยี่ยม 4) ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุการรับรู้ประสาทสัมผัส อาการและประสบการณ์นั้นเน้นการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป เพื่อให้เกิดการควบคุมตนเองในลักษณะการตอบสนองด้านหน้าที่และลดการตอบสนองด้านอารมณ์ ส่งผลให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete objective information) ก่อนการเข้าเยี่ยมทารก ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลที่มารดาต้องเผชิญเมื่อเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรกผ่านการรับรู้จากประสาทสัมผัส ทั้งการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส และอาการที่เกิดขึ้นทางกายของมารดา (The physical sensation and symptoms)
- 2) ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มเข้าหอผู้ป่วย จนกระทั่งสิ้นสุดการเข้าเยี่ยม (Temporal characteristics)
- 3) ข้อมูลที่อธิบายลักษณะสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และบุคลากรในหอผู้ป่วยที่มารดาจะได้พบขณะเข้าเยี่ยม (Environment features)
- 4) ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุการรับรู้ประสาทสัมผัส อาการและประสบการณ์นั้น (Cause of sensation, symptoms, and experience)

ความวิตกกังวล
ของมารดาทารก
เกิดก่อนกำหนด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ทารกเข้ารับการรักษาใน NICU ของโรงพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งใน จ.นครราชสีมา ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทั้งที่ NICU 1 และ NICU 2 ซึ่งทั้งสองหอผู้ป่วยมีบริบทคล้ายคลึงกัน และลักษณะการดูแลของพยาบาลใช้แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดป่วยหนักเหมือนกัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดและบุตรเข้ารับการรักษาใน NICU ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2563 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกหอผู้ป่วยที่จะเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้แก่ NICU 1 ส่วน NICU 2 เป็นกลุ่มทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้งสองหอผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ทารกได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ มารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ มารดาที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีประวัติความผิดปกติด้านจิต อารมณ์ มารดาปฏิเสธการเข้าเยี่ยมทารก คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็น

อิสระต่อกันแบบทิศทางเดียว กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .95 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขนาดอิทธิพล คำนวณจากข้อมูลงานวิจัยของ จิตติมา วัฒนเสรีเวช (2559) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองเท่ากับ 17.43 ของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 8.58 ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 7.61 ค่าความแปรปรวนของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 4.03 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.45 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ภายใต้รหัสโครงการเลขที่ ID 085/2019 และผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย โดยการรักษาความลับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา บริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับ นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงจะหยุดการวิจัยไว้ก่อน ดำเนินการแจ้งหัวหน้าเวรให้รับทราบ ประสานให้พบแพทย์หรือนักจิตวิทยาเพื่อให้การดูแลต่อไป หลังจากนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการสงบลง ติดตามถามความสมัครใจอีกครั้ง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยก็สามารถถอนตัวได้ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมก็จะดำเนินการวิจัยต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Johnson, 1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากตำราเอกสารและงานวิจัย รวมทั้งความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แผนการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกใน NICU และสื่อการนำเสนอด้วยโปรแกรม PowerPoint การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกใน NICU และชุดอุปกรณ์สาธิตการให้ข้อมูล

เนื้อหาของแผนการให้ข้อมูล ประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ

1.1 บทนำเข้าสู่การให้ข้อมูล เนื้อหาประกอบด้วย การแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูล ภาพประกอบ คือ ภาพบทนำเข้าสู่การให้ข้อมูล และภาพวัตถุประสงค์

1.2 การแนะนำสภาพสิ่งแวดล้อม บรรยากาศโดยรวมในหอผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วย การบรรยายเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยม สภาพสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป ได้แก่ สภาพอากาศ อุณหภูมิ ความเย็น ความสว่าง ภาพประกอบ คือ ภาพนั่งพร้อมคำบรรยาย 4 ภาพ ได้แก่ ภาพประตูด้านหน้า NICU ภาพสิ่งแวดล้อม ภาพเจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วย ภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ข้อมูลพร้อมให้มารดาถ่ายภาพประกอบ

1.3 การปฏิบัติตัวของมารดา ก่อน ขณะ และหลังการเข้าเยี่ยม เนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติตัวของมารดา ก่อนเยี่ยม คือ การตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วย การลงชื่อในสมุดเยี่ยม การป้องกันการติดเชื้อ

โดยการล้างมือ การปฏิบัติตัวขณะเยี่ยม คือ การสัมผัส การอุ้มทารก การปฏิบัติตัวภายหลังการเยี่ยม คือ การบีบเก็บน้ำนมแม่ ภาพประกอบ คือ ภาพป้ายแสดงรายชื่อผู้ป่วยหน้าหอผู้ป่วย ภาพการลงชื่อในสมุดเยี่ยม ภาพขั้นตอนการล้างมือ การล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และแอลกอฮอล์ ภาพการใช้มือลูบสัมผัสส่วนต่าง ๆ ของทารก ภาพการอุ้มทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ ภาพการบีบเก็บน้ำนม ภาพถุงใส่ น้ำนม ภาพตารางเวลาในการบีบเก็บน้ำนม และภาพห้องพักที่อนุญาตให้มารดาสามารถนอนพักได้ อุปกรณ์สาริต ได้แก่ เต้านมปลอม ถุงเก็บน้ำนม ตุ๊กตาทารก โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลร่วมกับให้มารดาคุณภาพประกอบพร้อมสาริต และให้มารดาสาริตย้อนกลับ ตอนท้ายเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัย

1.4 หัวข้อทารกเกิดก่อนกำหนดเนื้อหาประกอบด้วยรูปร่างลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด ปัญหาที่พบในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาใน NICU ภาพประกอบมีทั้งภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหวพร้อมเสียงประกอบ คือ ภาพทารกเกิดก่อนกำหนด ภาพเคลื่อนไหวของทารก ภาพปัญหาการเจ็บป่วยของทารก ภาพสัญญาณแจ้งเตือนของเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูล เหตุผลของการได้รับการรักษานั้น ได้แก่ เหตุผลของการใส่ท่อช่วยหายใจหรือการให้ออกซิเจนแบบต่าง ๆ เหตุผลของการติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ เหตุผลของการใส่สายให้อาหารทางปาก เหตุผลของการใส่สายสวนเส้นเลือดดำทางสะดือ และเหตุผลของการอยู่ในตู้อบ เป็นต้น ตอนท้ายเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัย ชุดอุปกรณ์สาริต ประกอบด้วย สนุน้ำยาฆ่าเชื้อ แอลกอฮอล์ กระดาษเช็ดมือ เต้านมปลอม ถุงเก็บนมแม่ ตุ๊กตาทารก สื่อ PowerPoint ประกอบการให้ข้อมูล การจัดรูปแบบข้อมูลใน PowerPoint ที่มีทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบ คำอธิบายสอดคล้องและเหมาะสมกับภาพที่กำหนดไว้ ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูล มีจำนวนภาพทั้งสิ้น 21 ภาพ ผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลร่วมกับการให้ชมภาพจาก PowerPoint และชมการสาริต ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอดบุตร คนนี้ เพศทารก อายุครรภ์ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาใน NICU นำมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยของ พาณิ วิบูลย์เวช (2541) ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าและประยุกต์จากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) และ Manifest Anxiety Scale (MAS) เป็นการนำแบบประเมินมาทั้งหมด เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวเคยใช้ในกลุ่มมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยนำมาทั้ง 30 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 และ 30 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 7, 10, 12, 13 และ 18 การให้คะแนนแบบประเมินความวิตกกังวล มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ในข้อที่มีความหมายทางบวกที่มีระดับความรู้สึกมากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และ ไม่มี จะได้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีความหมายทางลบจะได้คะแนน เป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 1 ท่าน ผลการตรวจพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เสนอแนะให้ปรับเนื้อหาในแผนการสอนให้กระชับ ปรับรูปภาพในสื่อ PowerPoint ให้ชัดเจนสอดคล้องกับเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความเหมาะสมของโปรแกรม

ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด นำมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยของ พาณิ วิบูลย์เวช (2541) หลังจากปรับแก้แล้วนำไปทดลองใช้กับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อย (รัตนศิริ ทาโต, 2561) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลตามขนาดกลุ่มตัวอย่างและแจ้งระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. พบหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกสูติกรรมและแผนกผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย แล้วขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. เก็บข้อมูลจากกลุ่มเปรียบเทียบก่อนจนครบ แล้วจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองโดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ด้านอายุ ระดับความวิตกกังวล ระยะเวลาการเข้าเยี่ยมครั้งละ 20-30 นาที โดยที่มารดาในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าเยี่ยมทารกใน NICU มาก่อน และไม่มีข้อจำกัดระยะเวลาหลังคลอดที่สามารถมาเยี่ยมบุตรได้ มีรายละเอียดการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยที่ NICU 1 เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวลของมารดาตามแบบประเมินความวิตกกังวลของมารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดครั้งแรกใช้เวลา 5 นาที ให้ข้อมูลตามการพยาบาลปกติ ได้แก่ แนะนำสถานที่ ข้อมูลอาการผู้ป่วย การปฏิบัติตัวขณะเยี่ยม ใช้เวลาประมาณ

10 นาที ให้มารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก หลังจากการเข้าเยี่ยม ให้มารดาประเมินความวิตกกังวลทั้งหมด 30 ข้อ ใช้เวลา 5 นาที

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยที่ NICU 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวลของมารดาตามแบบประเมินความวิตกกังวลของมารดา ก่อนการเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดครั้งแรกใช้เวลา 5 นาที ผู้วิจัยให้ข้อมูลผ่านสื่อ PowerPoint ระหว่างการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้มารดาซักถามสลับกับการให้ข้อมูล เนื้อหาของสื่อ PowerPoint ได้แก่ แนะนำสถานที่เจ้าหน้าที่ ข้อมูลอาการผู้ป่วย อุปกรณ์การแพทย์ การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังเยี่ยม ภายหลังได้รับข้อมูลผ่านสื่อ หลังจากนั้นมารดาจะได้ทดลองปฏิบัติกิจกรรม เช่น การล้างมือ การสัมผัสทารก การอุ้ม การบีบเก็บน้ำนม เป็นต้น โดยการฝึกปฏิบัติใช้สื่ออุปกรณ์แทนทารก ใช้เวลาให้ข้อมูล 20 นาที ให้มารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก หลังจากการเข้าเยี่ยม หลังจากนั้นให้มารดาประเมินความวิตกกังวลทั้งหมด 30 ข้อ ใช้เวลา 5 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติฟิชเชอร์ (The Fisher exact test) ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของมารดาทั้งสองกลุ่มนำมาทดสอบการแจกแจง ผลการทดสอบพบว่า $\text{sig.} = .200, .177$ มีค่ามากกว่า $\alpha .05$ แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ดังนั้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและภายหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ การทดสอบทีคู่ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ การทดสอบทีอิสระ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 18-34 ปี (ร้อยละ 68.75) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 50.00) มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 37.50) รายได้ครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.50) สมรสและอยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 50.00) และคลอดบุตรด้วยการคลอดเองและการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 43.75) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 18-34 ปี (ร้อยละ 62.50) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 50.00) มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 37.50) รายได้ครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 62.50) สมรสและอยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 62.50) และคลอดบุตรด้วยการคลอดเองและการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 56.25) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นทารกเพศชาย (ร้อยละ 75.00) อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ (ร้อยละ 50.00) ได้รับการรักษาด้วยการช่วยหายใจโดยใช้แรงดันบวกต่อเนื่องทางจมูก (ร้อยละ 50.00) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นทารกเพศหญิง (ร้อยละ 62.50) อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ (ร้อยละ 56.25) ได้รับการรักษาด้วยการช่วยหายใจโดยใช้แรงดันบวกต่อเนื่องทางจมูก (ร้อยละ 43.75) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของมารดาและทารก ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบที่คู่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองแตกต่างจากค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังรายละเอียดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>	<i>Cohen's d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
กลุ่มทดลอง ($n = 16$)	88.38	10.57	74.94	14.92	2.71	15	< .001*	1.01
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 16$)	83.31	17.17	90.50	19.27	-2.04	15	.06	0.39

* $p \leq .05$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีอิสระ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($p < .162$) และภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังรายละเอียดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง ($n = 16$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 16$)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>	<i>Cohen's d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
ก่อนทดลอง	88.38	10.58	83.31	17.17	-1.004	30	.162	0.35
หลังทดลอง	74.94	14.92	90.5	19.27	2.553	30	< .001*	0.90

* $p \leq .05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า มารดาทุกคนมีความคาดหวังว่าทารกจะเกิดมาสมบูรณ์แข็งแรงและเฝ้าคอยวันที่ทารกถือกำเนิด แต่เมื่อพบว่าทารกมีความเจ็บป่วยตั้งแต่แรกเกิดและต้องเข้ารับการรักษาใน NICU ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มารดาไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน ย่อมส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวล และการได้พบเจอกับสภาพทารกและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยส่งเสริมให้มารดาเกิดความทุกข์ใจมากยิ่งขึ้น (ณชนันท์ ชีวานนท์, 2562)

การลดความวิตกกังวลของมารดาโดยการให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนตามสภาพความเป็นจริง และอธิบายลักษณะรวมถึงการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่มารดาจะได้พบเมื่อเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรก เป็นการเตรียมสภาพจิตใจของมารดาให้พร้อมต่อการเผชิญสถานการณ์จริง ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับมารดา และการสร้างความคุ้นเคยกับกิจกรรมที่มารดาจะได้ปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมทารก ทำให้ช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ญานิกา เซมโซติกคี้ (2554) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวล ความรู้และการปฏิบัติของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตา ที่มารดาพาบุตรมารับการตรวจตาครั้งแรกที่ห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง จำนวนทั้งสิ้น 20 รายเพื่อเข้ากลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตาที่มีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับข้อมูล และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรสุดา สว่างอารมณ์ (2558) เรื่อง ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย อายุครรภ์ระหว่าง 28-36 สัปดาห์ที่เข้ารับการรักษาในหอบริบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่แรกเกิดในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 30 คน เมื่อได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มีความวิตกกังวลลดลง

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า มารดากลุ่มทดลองได้รับทราบข้อมูลที่ชัดเจนและได้รับการเตรียมความพร้อมทำให้มารดามีประสบการณ์และเกิดความคุ้นเคยกับกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้ ทำให้ไม่เกิดความตื่นตกใจกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญจริง นอกจากนี้แล้วมารดาในกลุ่มทดลองยังสามารถปฏิบัติตัวในขณะที่เข้าเยี่ยมได้ถูกต้องตามขั้นตอน แสดงให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดสามารถตอบสนองกับสภาพความวิตกกังวลได้โดยไม่ใช้อารมณ์เข้ามาจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ แต่เมื่อมารดาเคยมีประสบการณ์เดียวกันกับที่กำลังเผชิญอยู่จึงใช้การตอบสนองทางด้านหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้การตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง ทำให้ความวิตกกังวลลดลงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณัฐिता เหล็กแท้ (2551) ที่ศึกษา ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

ศึกษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้แล้วสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลลดา จงสมจิตต์ (2553) ที่ศึกษาผลของการเตรียมมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดครั้งแรก โดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์เพียง 1 ครั้ง นาน 30 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก ทำให้มารดาได้รับข้อมูลที่เพียงพอชัดเจน ที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ช่วยให้มารดาสามารถผ่านกระบวนการปรับตัวและตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญต่อสถานการณ์ที่วิกฤติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมทารกได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด คือกลุ่มตัวอย่างอาจมีจำนวนน้อย นอกจากนี้การออกแบบการวิจัยไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรทั่วไป (Generalization) เนื่องจากทำการศึกษาแหล่งเดียว และไม่ได้มีการสุ่มอย่างเป็นแบบแผนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การให้ข้อมูลแก่มารดาที่ตรงตามความเป็นจริงจะทำให้มารดาลดความวิตกกังวลลงได้ จัดการกับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญโดยไม่ใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา และสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ถูกต้อง ซึ่งส่งผลดีต่อมารดาเองในการปฏิบัติได้ถูกต้องในการเข้าเยี่ยม ขณะเยี่ยม และภายหลังเยี่ยม ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อการมีส่วนร่วมและความวิตกกังวลของมารดาทารกแรกเกิดก่อนการย้ายออกจาก NICU เพื่อเป็นการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมแก่มารดาก่อนย้ายออกจาก NICU ส่วนการนำผลการวิจัยไปปรับใช้ควรวางแผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกันระหว่างพยาบาลแผนกสูติกรรมหลังคลอดและแผนกผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยผู้ให้ข้อมูลควรศึกษาและทำความเข้าใจโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ตามแผนการให้ข้อมูล ฝึกการใช้โปรแกรมตามคำอธิบาย และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเตรียมมารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกใน NICU

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ให้คำปรึกษา และขอขอบคุณศูนย์การวิจัยและพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จิตรสุตา สว่างอารมณ์. (2558). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อย. *วารสารแพทยนาวิ*, 42(3), 29-42.
- ชนิตา เป๊ะสกุล. (2553). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 16(1), 39-49.
- ชลลดา จงสมจิตต์. (2553). ผลของการเตรียมมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดครั้งแรกโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ญาณิกา เชษโชติศักดิ์. (2554). ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวล ความรู้ และการปฏิบัติของมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่มีความผิดปกติที่จอตา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จิตติมา วัฒนเสรีเวช. (2559). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ณัชนันท์ ชีวานนท์. (2562). ความทุกข์ทรมานของมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 112-115.
- บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ์. (2555). ผลของการเตรียมความพร้อมตามความต้องการของมารดาต่อความพึงพอใจและความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(2), 1-22.
- ปณัฐจิตา เหล็กแท้. (2551). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พาณี พิบูลย์เวช. (2541). การเตรียมความพร้อมมารดาหลังคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลในการเยี่ยมบุตรที่เจ็บป่วย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์. (2555). ปัจจัยทำนายบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีบุตรน้ำหนักน้อย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(1), 58-65.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). ทฤษฎีการควบคุมตนเอง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กและครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 23-33.

อุดมญา พันธนิษฐ์. (2555). แนวคิดที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก: การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตใน ศิริสมบุญรณ มุสิกพงศ์, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปื้องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พัทธมเรือง (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1 (น. 273-288). กรุงเทพมหานคร: ฟรี-วัน.

Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research Nurse Health*, 22, 435-48.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Leventhal, H. & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, & R. C. Leonard (Eds.), *Behavioral science and nursing theory* (pp. 189-262). St. Louis: CV Mosby.

Rusinova, K., Kukal, J., & Cerny, V. (2014). Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients relatives-the depress study. *BMC Psychiatry*, 14, 1-7.

Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press.

Umasankar, N. & Sathiadas, M. G. (2016). Maternal stress level when a baby is admitted to the neonatal intensive care unit at Teaching Hospital Jaffna and the influence of maternal and infant characteristics on this level. *Sri Lanka Journal of Child Health*, 45(2), 90-94. DOI: <http://doi.org/10.4038/sljch.v45i2.8003>

การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สุปราณี โรจน์สุพร, พย.ม.¹

ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล, ประ.ด.²

อรุณฉวี ใจเที่ยง, ประ.ด.³

(วันที่ส่งบทความ: 12 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 30 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 31 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้เป็นโรคดังกล่าวมีรูปแบบการจัดการอาหารที่แตกต่างกัน การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 23 คน ได้แก่ ผู้เป็นโรคเบาหวาน ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง 10 คน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำหน่วยสินค้าในชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกต ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล วิธีรวบรวมข้อมูล และ การตรวจสอบยืนยันโดยผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) แหล่งอาหารของผู้เป็นโรค คือ ภายในชุมชนและภายนอกชุมชน 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ครบทั้ง 3 มื้อ ที่มีรสเค็ม ส่วนใหญ่รับประทานปลาและผัก ประกอบอาหารด้วยวิธีการป่น ต้ม อ่อม ทอดและปิ้ง ปิ้งรสชาติโดยใช้ทั้ง เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า และผงชูรส ยังดื่มกาแฟ น้ำหวาน นม โกโก้ขมนม และผลไม้ตามฤดูกาล และ 3) การเลือกและการประกอบอาหารขึ้นอยู่กับความรู้เรื่องโรค ความเคยชิน ความชอบของสมาชิกในครอบครัว และตามใจผู้ประกอบอาหาร ซึ่งข้อค้นพบในการวิจัยสามารถนำไปวิเคราะห์การจัดการอาหารเพื่อออกแบบการจัดการบริการสุขภาพผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการอาหาร, ชุมชน, โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² Corresponding author: ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล, E-mail : plukaw@kku.ac.th

Food Management for Persons with Diabetes and Hypertension in the Community

Supranee Rojsuporn, M.N.S.¹

Lukawee Piyabanditkul, Ph.D.²

Arunnee Jaiteng, Ph.D.³

(Received: May 12th, 2021; Revised: May 30th, 2021; Accepted: May 31th, 2021)

Abstract

Eating behavior is a crucial factor affecting disease control for persons with diabetes mellitus and/or hypertension. However, they have various dietary management strategies. This qualitative research aimed to study the food management situation among persons with diabetes mellitus and/or hypertension in a community. The informants were purposively selected from a rural community in Udon Thani Province, Thailand. The participants were comprised of 23 key informants and included persons with diabetes and/or hypertension and their caregivers, as well as 10 general informants which included community leaders, village health volunteers, vendors, and professional nurses. The qualitative methods for collecting data were in-depth interviews, group discussions, and non-participant observations. Rigor was achieved through triangulation of data sources, data collection methods, and member checking. The data were analyzed using the content analysis method. The research results revealed three themes. The first theme was that their food resources came from inside and outside of the community. The second theme that emerged was that participants usually had three salty (high salt content) meals per day which were mainly comprised of fish and vegetables. The cooking methods used included pounding, boiling, frying and grilling, and the food was flavored using salt, fish sauce, pickled fish, and monosodium glutamate. They also drank significant amounts of coffee, sweetened beverages, and milk, in addition to eating snacks and seasonal fruits. The third theme was related to the reasons for their chosen cooking styles, which were their level disease awareness, habit, family values, and the taste preferences of the person doing the cooking. These results should be used to design health service management interventions and plans for people with diabetes and hypertension in the community to help them better manage and prevent further complications of the disease

Keywords: food management, community, diabetes mellitus and hypertension

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, KhonKaen University

² Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² Corresponding author: Lukawee Piyabanditkul, Email: plukaw@kku.ac.th

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease [NCDs]) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยและเป็นปัญหาในระดับโลก โดยเฉพาะกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้น ๆ ของประชากรโลก โดยพบสูงถึงร้อยละ 63 (International diabetes federation, 2015) ในประเทศไทย พบว่าการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรอายุ 30-69 ปี (สุพัตรา ศรีวนิชกร, 2560) แม้ว่าการควบคุมโรคจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวสังคม (วิชญ์เฉลิมพนธ์, 2558; อุสา พุทธรักษ์ และเสาวนันทน์ บำเรอราช, 2558)

สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมโรคได้เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (สนใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, และนิรชร ชูดีพัฒนะ, 2559; อุสา พุทธรักษ์ และเสาวนันทน์ บำเรอราช, 2558) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สำคัญ จากการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนในปี พ.ศ. 2556 พบว่าคนไทยนิยมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ขนม เครื่องดื่มที่มีรสหวานและน้ำตาล โดยมีการบริโภคน้ำตาลเฉลี่ยสูงเกินมาตรฐานถึง 29.6 กรัมต่อคนต่อปี และบริโภคโซเดียมเกินเกณฑ์มาตรฐานถึง 2 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค, 2560) ผลของปัจจัยภายในตัวบุคคลอื่น ๆ เช่น ปัจจัยด้านอายุ เพศ ค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติ มีผลต่อการควบคุมความรุนแรงของโรคเรื้อรังอื่น ๆ อีกเช่นกัน โดยพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังได้มากกว่าเพศชาย (วรางคณา พิชัยวงศ์, 2558) ในขณะที่เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิง เป็นต้น (ณฐกร นิลเนตร, 2562) ส่วนในด้านปัจจัยด้านการเจ็บป่วย เช่น ระยะเวลาของการเกิดโรคจะพบว่า ในคนที่มีระยะเวลาการเกิดโรคมานานกว่า 10 ปี มีโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อนได้สูงกว่าคนที่ระยะเวลาการเกิดโรคที่น้อยกว่า (กุสุมา กังหลี, 2557) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม มีการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีสามารถเลือกซื้อหรือบริโภคอาหารที่มีคุณค่าได้มากกว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า (เพชรรัตน์ บุญนาค, 2560; อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, รัตติยา อักษรทอง, และอภิญญา เลหาประภานนท์, 2561)

ปัจจุบันสังคมและวัฒนธรรมด้านการรับประทานอาหารเปลี่ยนไปตามวิถีชีวิตของประชาชนที่ต้องรีบเร่งในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากเดิมที่นิยมปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้านเปลี่ยนเป็นการรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ หรืออาหารกึ่งสำเร็จรูปมากขึ้น อาหารถูกผลิตเพื่อการจำหน่ายแทนการผลิตเพื่อบริโภค อาหารสามารถหาซื้อได้ง่ายขึ้น และมีรูปแบบการจำหน่ายที่หลากหลายมากขึ้น (คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, 2559) เช่น การจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ ซูเปอร์มาร์เก็ต ตลาดนัด ตลาดเคลื่อนที่ และการจัดส่งถึงบ้าน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้อาจมีผลต่อการจัดการอาหารของประชาชน โดยเฉพาะในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง หน่วยงานด้านสาธารณสุขจึงต้องให้ความสำคัญ เพราะผู้ที่

เป็นโรคแต่ละโรคต้องการพลังงานและสารอาหารที่แตกต่างกันเพื่อการควบคุมความรุนแรงของโรค และลดการเกิดโรคแทรกซ้อน รวมถึงควรได้รับอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อสุขภาพ สำหรับครอบครัวของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การจัดการอาหารควรเริ่มตั้งแต่ การเลือก การเตรียม การปรุงอาหาร และการจัดเก็บอาหาร ตลอดจนการเข้าถึงแหล่งผลิต และแหล่งอาหารที่มีในครัวเรือน หรือในและนอกชุมชน

อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานรายใหม่และโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และส่วนมากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ โดยในปี พ.ศ. 2558 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ 0.56 ต่อแสนประชากร และได้เพิ่มขึ้นเป็น 0.91 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 0.31 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2558 เป็น 1.72 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2560 โดยผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้มีมากถึง ร้อยละ 80 และผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะที่ 3 มีร้อยละ 7.14 (คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลกุ่มกาวปี, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เป็นโรคต่าง ๆ เหล่านี้ มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มเป็นประจำ โดยเฉพาะอาหารที่มีรสเค็ม เพราะส่วนใหญ่ปรุงอาหารรับประทานเองในครอบครัว ซึ่งมีวิธีการปรุงอาหารโดยใช้เครื่องปรุงที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา เกลือ ผงชูรส และปลาเ้า เป็นส่วนประกอบทุกครั้ง

ดังที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคดังกล่าวในบริบทสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อการจัดการอาหารที่แตกต่างกัน และด้วยพื้นที่ในการวิจัยเป็นแหล่งผลิตอาหารหลักของอำเภอกุมกาวปี ผู้เป็นโรคในพื้นที่ย่อมมีศักยภาพในการจัดการอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้ ทำให้การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคในพื้นที่มีความแตกต่างจากพื้นที่อื่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) มีรายละเอียดดังนี้

การเลือกพื้นที่ศึกษา

การวิจัยนี้เลือกพื้นที่ชุมชนที่มีแนวโน้มความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โดยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ และพื้นที่นี้เป็นแหล่งอาหารที่สำคัญของคนในชุมชน มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ให้ความสำคัญกับการจัดการด้านอาหารสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ถูกเลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เป็นผู้รู้ในเรื่องที่ต้องการศึกษาและสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและตรงกับประเด็นที่ศึกษาได้ โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้นจำนวน 33 คน ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องการจัดการอาหาร และสามารถบอกเรื่องราวการจัดการอาหารในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ จำนวนทั้งสิ้น 23 คน ประกอบด้วย ผู้เป็นโรคเบาหวาน (จำนวน 5 คน) ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 6 คน) ผู้เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 7 คน) โดยเป็นผู้ที่สามารถควบคุมโรคได้หรือไม่ก็ได้และครอบครัวหรือผู้ดูแล (จำนวน 5 คน) ซึ่งไม่ใช่กลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2. ผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องและสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (จำนวน 5 คน) ผู้นำชุมชน (จำนวน 1 คน) พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอาหารปลอดภัยหรืองานด้านโรคเรื้อรัง (จำนวน 1 คน) และผู้จำหน่ายสินค้า (จำนวน 3 คน) รวมทั้งสิ้น 10 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้ไว้ ณ วันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 เลขที่ HE622151 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในทุกขั้นตอน กล่าวคือสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลที่เป็นความลับ และสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่สะดวกใจ การบันทึกเสียงได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถูกนำเสนอทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย ได้มีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักการของวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาจากเตรียมความรู้จากแนวคิดทฤษฎี จากการศึกษาเอกสาร ตำราและบทความวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่มีประสบการณ์ในการศึกษาวิจัยและการเข้าร่วมการจัดประชุมวิชาการ เรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2561 จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และการประชุมวิชาการ เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ ในวันที่ 30 ตุลาคม – 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 จัดโดยคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยแห่งชาติ ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้และความเข้าใจในกระบวนการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง เป็นแนวคำถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็นคำถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย 4 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้ดูแลหรือครอบครัว ประเด็นคำถามครอบคลุมเกี่ยวกับการจัดการอาหารตั้งแต่การได้มาซึ่งอาหาร ประเภทอาหาร การปรุงอาหาร วิธีการรับประทาน ประเพณีหรือวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ตลอดจนปัจจัยที่

มีผลต่อการจัดการอาหารในครัวเรือน เช่น รายได้และการประกอบอาชีพของสมาชิกในครอบครัว ตัวอย่างคำถาม คือ “อาหารที่ท่านรับประทานส่วนใหญ่ได้มาจากแหล่งใด ”

2.2 ผู้นำชุมชน ประเด็นคำถามเกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรการในการจัดการอาหารปลอดภัยในชุมชน บทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมการจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรค ในชุมชน

2.3 พยาบาลวิชาชีพ ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรคในกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2.4 ผู้นำหน่วยสินค้าในชุมชน ประเด็นคำถามเกี่ยวกับประเภทอาหารที่จัดจำหน่าย วิธีการปรุงอาหาร กลุ่มผู้ซื้ออาหาร และประเภทของอาหารที่นิยมซื้อของคนในชุมชนและกลุ่มผู้เป็นโรค

3. แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยจัดการสนทนากลุ่มในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในประเด็นเกี่ยวกับมาตรการด้านอาหารปลอดภัยในชุมชน และบทบาทในการดำเนินงานส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค ตัวอย่างคำถาม คือ “กิจกรรมการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร”

4. แนวทางการสังเกต เป็นแนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ทุกครั้งที่สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ตลอดจนการสังเกตและจดบันทึกลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร และสังเกตพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค และการปฏิบัติตัวของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงขณะอยู่ที่บ้าน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวทางการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์แนวคำถามเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยและขอบเขตการวิจัย จากนั้นนำแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคเรื้อรัง 3) อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรัง 4) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 5) นักโภชนาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านอาหารสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรัง ดำเนินการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและการครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย และทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 1 จากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกไปทดลองใช้กับผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน และผู้ดูแล จำนวน 10 คนในพื้นที่ที่มีความใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ศึกษา เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขแบบสอบถามอีกครั้งเพื่อให้ได้แบบสอบถามแนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่มที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการคลินิกหมอครอบครัว นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้นำชุมชน เพื่อขออนุญาตเข้าทำการศึกษาในพื้นที่ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อทำการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้นำชุมชน และผู้จำหน่ายสินค้าในชุมชน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายแนวทางการปกปิดข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ให้ข้อมูล นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและดำเนินการนัดหมายพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังเพื่อนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกครั้งละ 45 -60 นาทีและดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้ภาษาพื้นถิ่นอีสาน ซึ่งภาษาที่ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นภาษาเดียวกัน สัมภาษณ์จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัวหรือไม่พบข้อมูลใหม่

2. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำการนัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย และทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการทำสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลาร้อยละ 45 -60 นาที

3. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยสังเกตลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ได้แก่ แหล่งอาหาร ร้านค้าและวิถีชีวิตของคนในชุมชน เพื่อให้เข้าใจลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบชุมชน ตลอดจนความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร ทั้งนี้ผู้วิจัยแต่งกายด้วยชุดสุภาพ และใช้เวลาในการสังเกตครั้งละ 20-30 นาที เพื่อให้ไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกอึดอัดหรือรู้สึกรู้ว่าถูกสังเกต การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของ Guba & Lincoln (1989 อ้างถึงใน อารียรรณ อ่วมธานี, 2559) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ระยะเวลาอยู่ในพื้นที่นานพอ (Prolonged involvement) โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป็นเวลา 6 เดือน ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามประสบการณ์ในการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคและผู้ดูแล 2) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต และทำการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความต้องการของข้อมูลและการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายวิธีมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ ตลอดจนตรวจสอบผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด 3) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้น (Preliminary themes) ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล โดยการสอบถามเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้ตรงตามประสบการณ์ในการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ข้อสรุปหรือผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และทำให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นเส้นทางการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ตามบริบทของชุมชน ตั้งแต่การได้มาซึ่งอาหาร การปรุงอาหาร การรับประทานอาหารและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองหรือความเป็นจริงในชีวิตของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยได้ทำการเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อสรุปหรือผลการศึกษาวินิจฉัยกับข้อมูลดิบที่ได้จากการถอดเทป และการบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Miles and Huberman (1994, อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2562) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. จัดการข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม โดยนำข้อมูลที่ได้มาจัดระเบียบข้อมูลโดยการถอดเทปเป็นภาษาพื้นถิ่นอีสาน ซึ่งเป็นภาษาที่ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลใช้เหมือนกัน ทำให้ผู้วิจัยสามารถถอดเทปออกมาได้ตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อสารและนำข้อมูลที่ได้จัดกลุ่มข้อมูลโดยให้ความหมายหรือรหัสข้อมูล (Code) ในกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายในลักษณะที่เหมือนกัน เป็นภาษาไทย

2. นำข้อมูลที่ได้มากำหนดรหัสข้อมูลมาจำแนกตามประเด็น (Themes) ที่สำคัญตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาหาร แหล่งอาหาร ประเภทอาหาร การประกอบอาหาร วิธีการรับประทานอาหาร และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลและกำหนดประเด็นหลัก (Main themes) และรหัสข้อมูลที่แสดงถึงรายละเอียดของประเด็นหลักนั้น ๆ (Sub themes)

3. อธิบายข้อมูลที่ได้ตามประเด็นสำคัญและรายละเอียดของข้อมูลตามกรอบแนวคิดของการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านอาหารของผู้เป็นโรสดังกล่าวตามบริบทของชุมชนที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งได้ข้อมูลประสบการณ์ในการจัดการอาหารของผู้เป็นโรค ผู้ดูแลตลอดจนข้อมูลอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการอาหารในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า 1) แหล่งอาหารของผู้เป็นโรคมาจากทั้งภายในและภายนอกชุมชน 2) ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ รับประทานอาหารที่มีรสเค็มเน้นรับประทานปลา และผัก ประกอบอาหารด้วยวิธีการป่น ต้ม อ่อม ทอดและปิ้งปรุงรสชาติโดยใช้ทั้งเกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า และผงชูรสในทุกเมนูอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เป็นโรคมีพฤติกรรมการดื่มกาแฟ น้ำหวาน นม โกโก้ขนม และผลไม้ตามฤดูกาล และ 3) การเลือกและการประกอบอาหารขึ้นอยู่กับ การรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความเคยชิน ความชอบของสมาชิกในครอบครัว และ การประกอบอาหารตามใจคนปรุงอาหาร ซึ่งผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 33 คน ประกอบด้วย

1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้เป็นโรคเบาหวาน (จำนวน 5 คน) ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 6 คน) และผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 7 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 11 คน) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66.33 ปี ($SD = 8.27$) มีสถานภาพสมรสอยู่ (จำนวน 13 คน) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 (จำนวน 17 คน) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (จำนวน 10 คน) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 9,500 บาทต่อเดือน ผู้เป็นโรค (จำนวน 18 คน) มีระยะเวลาการเกิดโรค เฉลี่ย 8.7 ปี ($SD = 6.25$) โดยเป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ จำนวน 11 คน และมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 3 คน โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ โรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2, 1 และ 1 คน ตามลำดับ และผู้ดูแลเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.56 ปี ($SD = 14.25$) สถานภาพสมรส จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้เฉลี่ย 8,000 บาทต่อเดือน

2) ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (จำนวน 5 คน) ผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้าน (จำนวน 1 คน) พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านอาหารปลอดภัยและงานโรคเรื้อรัง (จำนวน 1 คน) ผู้จำหน่ายสินค้าหรือร้านค้าในชุมชนที่ไม่มีโรคประจำตัว (จำนวน 3 คน)

แหล่งอาหาร

ด้วยชุมชนมีลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีแหล่งน้ำธรรมชาติขนาดใหญ่ล้อมรอบ วิธีการใช้ชีวิตของคนในชุมชนจึงอิงอยู่กับแหล่งน้ำธรรมชาติ โดยอาศัยสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตโดยเฉพาะในด้านอาหาร และเป็นแหล่งสร้างรายได้ให้กับคนในชุมชน ดังนั้นแหล่งที่มาของอาหารที่ผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. แหล่งอาหารในชุมชน แบ่งเป็น 1) แหล่งอาหารจากพื้นที่สาธารณะ ได้แก่ ปลา (เช่น ปลาขาว สร้อย ปลาทอม ปลากด ปลาตุ๋น ปลากระดี่ ฯลฯ) หอยเชอรี่และผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เป็นแหล่งอาหารที่สำคัญในชุมชน โดยคนในชุมชนจะหาปลาและหอยเพื่อบริโภคในครอบครัว และเพื่อการจำหน่ายทั้งในและนอกชุมชน 2) ผักสวนครัวที่ปลูกในบริเวณบ้าน ได้แก่ ต้นหอม ข่า ตะไคร้ มะกรูด ชะอม กะเพรา โหระพา พริก มะเขือ และมะรุม ซึ่งปลูกไว้เพื่อเป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหารรับประทานในครอบครัว และสามารถนำไปจำหน่ายทั้งในและนอกชุมชน นอกจากนี้ในชุมชนยังมีร้านขายของชำจำนวน 2 ร้าน ซึ่งจำหน่ายสินค้าเบ็ดเตล็ดทั่วไป ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว นมกล่อง น้ำหวาน เครื่องดื่มต่าง ๆ ที่มีแอลกอฮอล์และไม่มีแอลกอฮอล์ กาแฟสำเร็จรูปแบบกระป๋องและแบบซอง และเครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ เป็นต้น และมีร้านขายอาหาร 1 ร้าน โดยขายก๋วยเตี๋ยวและน้ำหวาน ได้แก่ ชานมเย็น นมชมพู ชาเขียว โอเลี้ยง เป็นต้น

2. แหล่งอาหารภายนอกชุมชน เช่น ตลาดสด ตลาดนัด ร้านขายของชำต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลหรือผู้เป็นโรคในชุมชนจะซื้ออาหารประเภทเครื่องปรุงอาหารและอาหารอื่น ๆ เช่น กาแฟ โกโก้ นมผง นมผง นมหวานหรือขนมไทยโบราณ ผลไม้ตามฤดูกาล ผักและเนื้อหมู เนื้อไก่ เป็นต้น จากแหล่งอาหารนอกชุมชนนี้

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่รับประทานเป็นอาหารพื้นบ้านประเภทปลาและผักที่หาได้ในชุมชน เนื่องจากสภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีแหล่งน้ำธรรมชาติล้อมรอบ จึงเป็นแหล่งอาหารสำคัญของคนในชุมชนส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ นิยมปรุงอาหารด้วยวิธีการป่น ต้ม อ่อม ทอดและปิ้ง และรับประทานอาหารคู่กับข้าวเหนียว และไม่สามารถควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานได้ในแต่ละวัน โดยผู้ให้ข้อมูลบอกว่า “...กินข้าวข้าวแล้วมันบ่อยู่ท้อง...หิวเร็ว” (DM3) ซึ่งผู้เป็นโรครับรู้ว่าการรับประทานข้าวเหนียวให้อิ่มท้องจะทำให้มีแรงในการทำงานมากกว่าการรับประทานข้าวเจ้าหรือข้าวสวย

นอกจากนี้ยังพบว่าอาหารที่ผู้เป็นโรครับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีรสเค็ม ในการปรุงอาหารทุกครั้งทุกเมนูผู้ปรุงจะต้องใส่เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้าและผงชูรสเสมอ โดยไม่มีการตวงปริมาณเครื่องปรุงอาศัยการชิมรสอาหารจนกว่าจะได้รสชาติที่ถูกปาก ผู้ป่วยกล่าวว่า “...เครื่องปรุงใส่บ่เคยขาด โดยเฉพาะผงชูรสต้องใส่ บิใส่แต่หมาข้าว...” (DMHT5) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เป็นโรคมีพฤติกรรมการดื่มกาแฟนม หรือโกโก้เป็นประจำทุกครั้งที่ก่อนออกไปประกอบอาชีพหรือหลังตื่นนอน และดื่มน้ำหวาน ขนมหวานในระหว่างวันร่วมกับรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลเป็นประจำ โดยผู้เป็นโรคเชื่อว่าการดื่มกาแฟหรือน้ำหวานจะช่วยให้ร่างกายมีแรงในการทำงานหรือทำให้ร่างกายสดชื่น

การเลือกซื้อและการประกอบอาหาร

ส่วนใหญ่ครอบครัวของผู้เป็นโรคปรุงอาหารรับประทานเอง เนื่องจากอาหารปรุงสำเร็จมีรสชาติที่ไม่อร่อยถูกปาก การซื้ออาหารของผู้เป็นโรคและคนในชุมชนจึงเป็นการซื้อวัตถุดิบมาปรุงอาหารเอง ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของผู้ดูแลหรือผู้เป็นโรคเพศหญิงที่ทำหน้าที่ในการเลือกซื้ออาหารและวัตถุดิบต่างๆ ในการประกอบอาหาร วิธีการเลือกซื้ออาหารหรือวัตถุดิบและวิธีการปรุงอาหารเป็นไปตาม 1) การรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) ความเคยชิน 3) ความชอบของครอบครัว และ 4) การตามใจคนปรุงอาหารดังนี้

1. การรับรู้เรื่องโรคของผู้เป็นโรคและผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีความรู้เรื่องรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติดหวาน มัน เค็ม โดยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต และนำความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน โดยปรับลดปริมาณเครื่องปรุงรสลง เช่น เคยใส่ผงชูรสหนึ่งช้อนชาก็ปรับลดปริมาณลงเหลือครึ่งช้อนชาแทน หรือมีการเลือกซื้อน้ำปลาที่มีการลดปริมาณโซเดียมลง เป็นต้น แต่ยังคงเดิมเครื่องปรุงรสทุกชนิดลงในเมนูอาหารเพื่อให้อาหารมีรสชาติอร่อยไม่ต่างจากเดิมผู้ดูแลคนหนึ่งกล่าวว่า

พอรู้อยู่เวลาหมอเพิ่นออกมาเยี่ยมเพิ่นกะแนะนำ บางทีอ่กะหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เขาแนะนำให้งดอาหารเค็มอาหารรสจัด พวกของหวานของมันให้งดเวลาทำอาหารให้พอกับแม่ที่ป่วยกินจะบิใส่ผงชูรสเลย ใส่แต่เกลือกะน้ำปลานิดหน่อยแค่ปลายช้อนกาแฟ ถ้ามั่นจิดกะมีชีอิ้วขามาให้เติมเล็กน้อย บ่เกิน 3 หยด... (CG1)

2. ความเคยชิน พบว่า ผู้เป็นโรคหรือผู้ดูแลบางครอบครัวเลือกอาหารหรือวัตถุดิบในการปรุงอาหารตามความเคยชินหรือเลือกซื้อตามที่เคยรับประทานอาหารเป็นหลัก ถึงแม้ว่าผู้เป็นโรคหรือผู้ดูแลจะเคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพเรื่องวิธีการปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรค แต่ผู้เป็นโรคหรือผู้ดูแลยังติดในรสชาติของอาหารที่มีรสเค็มตามวิถีชีวิตเดิม ดังที่ผู้ดูแลคนหนึ่งกล่าวว่า

เคยดูแลแบบใดกะดูแลแบบนั้น บ๊ี้ได้มีหยังพิเศษ กินอยู่แบบได้มาก่อนกะกินแบบเก่า บ๊ี้ได้แยกดอกว่าคนป่วยกินแบบได้ คนบ่ป่วยกินแบบได้ เฮ็ดกับข้าวทอดเดียวกินน้ากันไปเลย.... (CG2)

3. ความชอบของครอบครัว พบว่าในชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่แล้วสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้เลือกซื้ออาหารและวัตถุดิบเพื่อนำมาปรุงอาหารให้ผู้ป่วยตามที่คุณชอบ เพื่อเพิ่มปริมาณอาหารที่ผู้เป็นโรครับประทานได้ต่อมื้อ โดยไม่คำนึงถึงอาหารที่เหมาะสมกับโรค และแม้ผู้ดูแลจะมีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแต่เลือกที่จะไม่ปฏิบัติตาม เพราะยังไม่เคยเห็นผลกระทบที่ตามมา ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งกล่าวว่า

กับข้าวกะต้มปลา นึ่งปลาลวกผักกับแจ่วเพราะตากับหลานมักกินปลาแจ่วบางทีบ่มีเวลากะซื้อบางทีกะเฮ็ดเองยามสะดวก ...ใส่ผงชูรสกะๆ เอาประมาณซ็อนสองซ็อนกาแฟแล้วแต่ว่าลิค่าน้อยคำหลาย ใส่ น้ำตาลนิดหน้อยปลายซ็อนแกง... กาแฟนม ขนมนะต้องเตรียมไว้เพราะตากับหลานกินทุกมื้อ... (DM1)

4. การตามใจคนปรุงอาหาร พบว่า การเลือกซื้อตามความต้องการของผู้ดูแลเอง ทั้งการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จและการเลือกซื้อวัตถุดิบในการปรุง ซึ่งผู้ปรุงมีความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค แต่เลือกใช้วิธีการปรุงอาหารในแบบเดิมตามความชอบของผู้ปรุงที่เป็นผู้ดูแลผู้เป็นโรค แม้ว่าผู้เป็นโรคจะได้รับความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคแต่ไม่สามารถเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ ดังผู้ป่วยกล่าวว่า

อาหารกะคือนั้นละครับผมซื้อมาจากตลาด บ่เคยเฮ็ดกินเองเลย ผักท้องไว้กับตลาดตลอดควบคุมบ๊ี้ได้เลยละเรื่องอาหารนี้ เพราะว่า ผมกะเฮ็ดบ่เป็นนะ แม่บ้านกะบ่อยู่... (HT1)

หมอกะแนะนำให้งดอาหารเกี่ยวกับไขมัน ลดอาหารเค็มจัด แต่กะบ๊ี้ได้เอามาปรับใช้ดอกเพราะบ๊ี้ได้เฮ็ดกินเองเขาเฮ็ดหยังให้กินกะกินแนวโตเฮ็ดกับข้าวบ่เป็น แต่กะบ๊ี้กินเค็มดอกแต่ว่าผงชูรสนี้ใส่บ่เคยขาด ใส่ทุกเมนู... (DMHT1)

อภิปรายผลการวิจัย

การจัดการอาหารของการศึกษาในครั้งนี้ คือ กระบวนการได้มาซึ่งอาหารในการบริโภคของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่การเลือกอาหาร การเตรียมอาหาร การปรุงอาหารและการรับประทานอาหาร โดยมีเหตุผลในการจัดการอาหาร คือ การรับรู้เรื่องโรค ความเคยชิน ความชอบของสมาชิกในครอบครัวและการจัดการอาหารตามใจคนปรุง และจากสถานการณ์การจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษา ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเป็นการรับประทานอาหารตามวิถีวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสาน โดยอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทปลาและผักที่หาได้เองในชุมชน แม้ว่าปลาจะมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้เป็นโรค เนื่องจากมีโปรตีนสูง ไขมันต่ำ และสามารถย่อยได้ง่าย แต่ด้วยวิถีวัฒนธรรมของชุมชนที่นิยมรับประทานอาหารคู่กับข้าวเหนียว ทำให้ร่างกายได้รับน้ำตาลมากกว่าการรับประทานคู่กับข้าวเจ้าหรือข้าวสาลี เพราะข้าวเหนียวมีค่าดัชนีน้ำตาลสูงกว่า (ศัลยา คงสมบูรณ์, 2558) และอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่มีรสเค็ม ทำให้ร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย อีกทั้งยังดื่มกาแฟ น้ำหวาน ขนมหวาน หรือแม้แต่การรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลโดยไม่มีการกำหนดปริมาณที่เหมาะสม จึงเป็นผลทำให้ผู้เป็นโรคไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ที่ผ่านมาของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคข้าวเหนียวเป็นหลักคู่กับการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เป็นประจำ (สุวรรณิ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์ เมฆากุล, นิรุบล นันตา, และจุฑามาศ สุขเกษม, 2560) และการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนในปี พ.ศ. 2556 ประชากรบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ขนมห เครื่องดื่มที่มีรสหวานและน้ำอัดลมเพิ่มขึ้น โดยมีการบริโภคน้ำตาลเฉลี่ย 29.6 กรัมต่อคนต่อปี และบริโภคโซเดียมเกินเกณฑ์มาตรฐานถึง 2 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค, 2560) ทำให้ผู้เป็นโรคไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

การเลือกและการประกอบอาหาร ด้วยเหตุผล ดังนี้

1. การจัดการอาหารตามการรับรู้เรื่องโรค ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ตมีผลในการนำความรู้มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันของผู้เป็นโรคและผู้ดูแล ซึ่งพบว่ามีแตกต่างจากพื้นที่อื่น เช่น ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ที่พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี (อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศีลางค์ สุวรรณภู, 2559) แต่ผู้เป็นโรคและผู้ดูแลยังคงเดิมเครื่องปรุงรสทุกชนิดลงในเมนูอาหารเพื่อให้อาหารมีรสชาติอร่อยไม่ต่างจากเดิม และไม่มีมีการแบ่งประเภทการปรุงอาหารสำหรับผู้เป็นโรคและผลการศึกษาของ กุสุมา กังหลี (2557) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แม้ผู้เป็นโรคและผู้ดูแลมีการรับรู้เรื่อง

การรับประทานอาหารที่ดีแต่ผู้เป็นโรคและผู้ดูแลยังคิดในรสชาติของอาหารเพราะเชื่อว่า อาหารที่ไม่ใส่ผงปรุงรสจะทำให้มีรสชาติอาหารที่ไม่อร่อย ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลงและไม่มีแรงในการทำงาน

2. การจัดการอาหารตามความเคยชิน ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้เป็นโรคหรือผู้ดูแลบางครอบครัวเลือกอาหารหรือวัตถุดิบในการปรุงอาหารตามความเคยชินเป็นหลัก ซึ่งเน้นการรับประทานอาหารเมนูที่ทำจากปลาอุ้งกับข้าวเหนียวเป็นประจำในทุกมื้อในปริมาณเท่าเดิมไม่ได้กำหนดปริมาณอาหารให้เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ผ่านมา พบว่า ผู้เป็นโรคมีพฤติกรรมการบริโภคข้าวเหนียวเป็นหลักคู่กับการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เป็นประจำ ทำให้ผู้เป็นโรคไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยให้เหตุผลว่าหากรับประทานข้าวเหนียวน้อยลงจะทำให้รู้สึกหิวเร็ว อาหารไม่อยู่ท้องและไม่มีเรี่ยวแรงในการทำงาน ซึ่งในข้าวเหนียวยังมีค่าดัชนีน้ำตาลมากกว่าข้าวสวย และการรับประทานข้าวเหนียวในปริมาณที่เกินความจำเป็นของร่างกาย ถึงแม้ว่าผู้เป็นโรคหรือผู้ดูแลจะเคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพ แต่ผู้เป็นโรคหรือผู้ดูแลยังคิดในรสชาติของอาหารที่มีรสเค็มตามวิถีชีวิตเดิม โดยมีการแปรรูปเป็นปลาแห้งและปลาแห้งไว้รับประทาน การสังเกตพบว่าในทุกบ้านจะมีการทำปลาแห้ง ปลาแดดเดียวไว้รับประทานเองในครอบครัวและกระบวนการแปรรูปอาหารต้องใช้เกลือในปริมาณมากเพื่อคงรูปอาหารไม่ให้เน่าเสีย และวิธีการทำปลาแห้งนอกจากการใส่เกลือแล้วยังมีเครื่องปรุงรสชนิดอื่นเพื่อให้อาหารมีรสชาติที่อร่อยถูกปากคนในครอบครัว (สุวรรณ ศรีอยสงค์ และคณะ, 2560)

3. การจัดการอาหารตามความชอบของสมาชิกในครอบครัว การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เลือกซื้ออาหารและวัตถุดิบเพื่อนำมาปรุงอาหารส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้เป็นโรค ดังนั้นในบางครั้งการเลือกซื้ออาหารหรือการปรุงอาหารขึ้นอยู่กับความชอบของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้เป็นโรคและสมาชิกในครอบครัวสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น โดยไม่คำนึงถึงอาหารที่เหมาะสมกับโรค หรือบางครั้งผู้ดูแลอาจรู้ว่าผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต้องรับประทานอาหารอย่างไร แต่เลือกที่จะไม่ปฏิบัติตามเพราะยังไม่เคยมีหรือเห็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหรือเพราะชอบกินแบบนี้เคยกินแบบนี้จึงเลือกซื้ออาหารและปรุงอาหารให้มีรสชาติตามที่สมาชิกในครอบครัวชอบรับประทาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เป็นโรคที่เน้นการรับประทานข้าวเหนียวและมีพฤติกรรมรับประทานที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย พลังงานหรือสารอาหารที่ได้รับส่วนใหญ่จึงเป็นพลังงานที่ได้จากคาร์โบไฮเดรต ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (อรทัย แสนเมืองเคน, เบญจา มุกดาพันธ์, สมใจ ศรีหาล้า, และพิษณุ อุตตะมะเวทิน, 2560)

4. การจัดการอาหารตามใจคนปรุงอาหาร การเลือกซื้อตามความต้องการของผู้ดูแลเอง เป็นทั้งการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จ เช่น การซื้อกับข้าวถุง การซื้อก๋วยเตี๋ยวหรืออาหารตามสั่ง ผู้ซื้อไม่สามารถเลือกรสชาติและวิธีการปรุงได้ต้องรับประทานตามสิ่งที่มีความจำเป็นในร้านค้าและการปรุงอาหารตามใจผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวทำให้การรับรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคไม่เพียงพอ และผู้ปรุงบางครอบครัวทราบว่าผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต้อง

หลีกเลี่ยงหรือลดอาหารที่มีรสชาติดหวาน มัน เค็ม แต่ไม่ทราบวิธีการทำให้เกิดการนำความรู้มาปรับใช้ในการปรุงอาหาร ทำให้ผู้ปรุงใช้วิธีการปรุงอาหารในแบบเดิมตามประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมาตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค ทั้งนี้การสนับสนุนของครอบครัวจึงมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์, 2556) อย่างไรก็ตามการที่ผู้เป็นโรคต้องรับประทานอาหารตามใจคนปรุงที่ปรุงอาหารโดยการเติมเครื่องปรุงรสและปรุงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคและช่วงวัยของผู้ป่วยเป็นผลทำให้ผู้เป็นโรคไม่สามารถควบคุมโรคได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาการจัดการอาหารของผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าการจัดการอาหารในชุมชนมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการอาหารตามการรับรู้เรื่องโรคของผู้เป็นโรคและผู้ดูแล การจัดการอาหารตามความเคยชิน การจัดการอาหารตามความชอบของสมาชิกในครอบครัว และการจัดการอาหารตามใจคนปรุงอาหาร โดยข้อค้นพบจากการวิจัยนำไปสู่ข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พัฒนาแนวทางการจัดการอาหารโดยใช้การให้ข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอินเทอร์เน็ตที่มีคุณภาพปลอดภัย และคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับบริบท สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของชุมชน

การกำหนดปริมาณอาหาร การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพผ่านเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขและอินเทอร์เน็ต และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญต่อการจัดการอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตามบริบทสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาการจัดการอาหารในพื้นที่อื่น รวมไปถึงการศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีสื่อออนไลน์ การทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบอาหารที่เหมาะสมกับโรคตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และการค้นหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อการจัดการอาหารของผู้เป็นโรค เพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพของชุมชนให้เกิดการจัดการอาหารที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- กุสุมา กังหลิ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 256-268.
- คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลกุมภวาปี. (2560). [ทะเบียนโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลกุมภวาปี]. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
- คณะอนุกรรมการอาหารแห่งชาติ. (2559). *กรอบยุทธศาสตร์การจัดการอาหารของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.

- ชาย โพธิ์สิตา. (2562). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ณฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 20(2), 51-57.
- พชรรัตน์ บุญนาค. (2560). ปัจจัยด้านจิตสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ศูนย์บริการปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (อุทต). *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 17(3), 303-314.
- รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(3), 216-239.
- วรางคณา พิชัยวงศ์. (2558). โรคไตจากโรคเบาหวาน. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 20-25.
- วิษณุ เฉลิมนนท์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลโคกสูง อำเภอพนานิคม จังหวัดลพบุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 5(2), 137-144.
- ศัลยา คงสมบูรณ์. (2558). *ข้อแนะนำด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้เป็นเบาหวาน*. สืบค้นจาก http://www.rcpt.org/rcpt/211-utrition_therapy_in_diabetic_patient-20120301141810.pdf
- สมใจ งามวาง, เทพกร พิทยภินัน, และนิรชร ชูดีพัฒนา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารเครือข่ายพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1), 110-128.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดิไซน์.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). *วารสารควบคุมโรค*, 43(4), 379-390.
- สุวรรณิ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, นิลุบล นันตา, และจุฑามาศ สุขเกษม. (2560). ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 93-103.
- อารีวรรณ อ่วมธานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล Qualitative Research in Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, รัตติยา อักษรทอง, และอภิญา เลหาประภานนท์. (2561). *ผลของกระบวนการบรรลุผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน* (รายงานผลการวิจัย). สืบค้นจาก มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์เว็บไซต์ : <https://kb.hsri.or.th>

อุสา พุทธิรักษ์, และเสาวนันท บำเรอราช. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ น้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้างปลา จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(1), 20-35.

อ้อมใจ แท้เจริญวิริยะกุล, และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภู. (2559). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพ*, 9(2), 331-338.

อรทัย แสนเมืองเคน, เบญจา มุกตาพันธ์, สมใจ ศรีหาล้า, และพิษณุ อุดมมะเวทิน. (2560). พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมู่บ้านอุดมทรัพย์ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 227-236.

International Diabetes Federation. (2015). *IDF DIABETES ATLAS*. Retrieved from <http://www.diabetesatlas.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี

สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, พย.ม.¹

สุนทรี ษะชาดย์, พย.ม.¹

ปวีดา โพธิ์ทอง, พย.ม.¹

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.²

สุจิน มอญเข้มชัย, พย.บ.³

(วันที่ส่งบทความ: 19 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 25 ตุลาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 26 ตุลาคม 2564)

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน การทราบปัจจัยในการปฏิบัติงานของ อสม. จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ อสม. จำนวน 290 ราย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. ความรู้ที่ให้ประชาชน และอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 13.1 ($R^2 = 0.131$, $p < .01$) ผลการวิจัยสามารถนำไปวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ปัจจัยทำนาย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์พระยา อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

¹ Corresponding author: สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, E-mail: supattra@snc.ac.th

Factors Predicting the Operational Efficiency of Village Health Volunteers in Promoting Mental Health and Prevention Mental Health Problems in Suphanburi Province

Supattra Chansuvarn, M.N.S.¹

Soontaree Khachat, M.N.S.¹

Prawida Photong, M.N.S.¹

Saowalak Sripho, M.N.S.²

Sujin Monchaemchoi, B.N.S.³

(Received: May 19th, 2021; Revised: October 25th, 2021; Accepted: October 26th, 2021)

Abstract

Village Health Volunteers (VHVs) are important public health personnel for promoting mental health and preventing mental health problems in the community. Knowing the VHVs' operational factors is basic information needed to develop and increase their efficiency. The objective of this research was to study the predictive factors which affect VHV's efficacy in promote mental health and prevent mental health problems in Suphanburi Province. The research participants were 290 VHVs. Data was collected using a demographic questionnaire and the Promoting Mental Health and Preventing Mental Health Problems Questionnaire. The latter was validated by three experts and a confirmatory trial conducted with 30 VHVs who had the same attributes as the intended participants. The questionnaire's Cronbach's alpha coefficient was .81. Data analysis was conducted using descriptive statistics and enter method multiple regressions. The findings revealed that the duration of working as a VHV, knowledge provided to the VHVs, and the VHV's regular career were significant predictors of the VHVs' efficiency in promoting mental health and preventing mental health problems in the communities that they served. The predictive power was 13.1% of the variance ($R^2 = 0.131$, $p < .01$). These research results can be used to develop plans to increase the potential of VHVs in regard to promoting mental health, preventing mental health problems, and the continuous care of persons with psychiatric conditions in the community.

Keywords: promoting mental health and preventing mental health problems, Village Health Volunteers, Predictive factors

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ Registered Nurse, Professional Level, Phoraya Tambon Health Promoting Hospital, Suphanburi

¹ Corresponding author: Supattra Chansuvarn, E-mail: supattra@snc.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทุกประเทศทั่วโลก และการฆ่าตัวตายจะเป็นเหตุการณ์ตายอันดับ 2 ในกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี (WHO, 2016) สอดคล้องกับประเทศไทยที่พบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 อันดับแรกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2558 - 2562) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าความแปรปรวนทางจิตและปัญหาพฤติกรรมมีอัตราสูงขึ้น จากเดิมอยู่อันดับที่ 10 เปลี่ยนเป็นอันดับที่ 7 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) นอกจากนี้ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2563 และอาจมีการระบาดที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจอย่างมาก

การระบาดของ COVID 19 ทำให้ประชาชนเป็นจำนวนมากตกอยู่ในภาวะเครียด และกังวลเพิ่มขึ้น จนสะสมเป็นภาวะของความท้อแท้ใจ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายได้ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2563) นอกจากนี้ยังมีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และมีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังขาดการรักษาหรือไม่เคยเข้ารับการรักษามาก่อน ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการช่วยค้นหาเพื่อเข้ารับการรักษาดังแต่ระยะแรก และติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่าง ๆ ทำให้อาการทางจิตยิ่งทรุดลง และเรื้อรังเพิ่มความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองและ/หรือ คนรอบข้าง และผู้ป่วยจะสูญเสียศักยภาพในการดำเนินชีวิตในระยะยาวตามมา (ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, 2562)

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิตดังกล่าว กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินงานเชิงรุกในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต โดยมีแผนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.; กรมสุขภาพจิต, 2560) เนื่องจาก อสม. เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนทั่วไปรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต (2560) ได้ดำเนินโครงการ 1 หมู่บ้าน 1 อสม. ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการพัฒนา อสม. ให้ครบทุกหมู่บ้าน ภายในปี พ.ศ. 2562 รวมจำนวน 75,032 คน เพื่อช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตและค้นหาผู้ป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เพิ่มการเข้าถึงบริการและการรักษา อสม. จะได้รับการพัฒนาทักษะในการช่วยให้ประชาชนในชุมชนฝึกการคิดบวก การผ่อนคลายความเครียด และสามารถติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. นั้น พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การเข้ารับการอบรม และระดับความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับการปฏิบัติงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (กรวิกา บวขุม, ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, และวิลาวรรณ คริสต์รักษา, 2561; ปรารักษ์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, และวรงค์ ช้างแก้ว, 2560; ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2560) และพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านงานสุขภาพจิตของ อสม. ที่ควรได้รับการ

พัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ ด้านความรู้เรื่องโรคจิตเวช การประเมินอาการผิดปกติทางสุขภาพจิตเบื้องต้น และการสร้างความมั่นใจในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น (เสด็จ ทะเลือ, ศิริพร กุณา, และเอกรินทร์ โนจิต, 2562) เพื่อให้การปฏิบัติงานการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. มีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมความรู้และเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างถูกต้อง รวมถึงศึกษาถึงปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องต่อการทำงาน เพื่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตของ อสม. เกิดผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

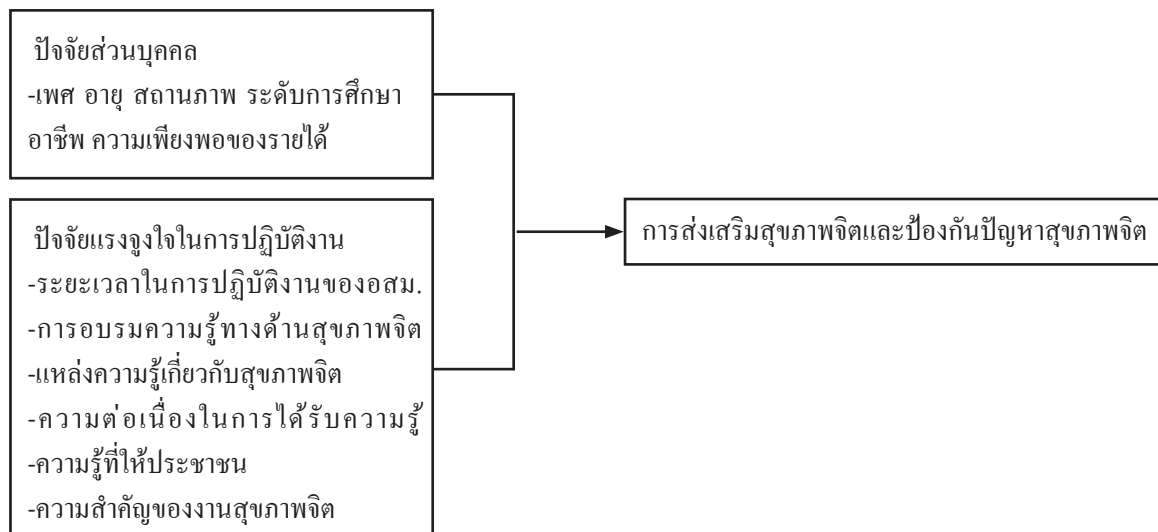
จังหวัดสุพรรณบุรีมี อสม. ที่เป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพในระดับชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนเช่นเดียวกัน จึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. ทั้งปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. การอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิต แหล่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความต่อเนื่องในการได้รับความรู้ ความรู้ที่ให้ประชาชน และความสำคัญของงานสุขภาพจิต เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และยังสามารถนำข้อมูลหรือองค์ความรู้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี อันจะช่วยในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต (2559) และ ทฤษฎี 2 ปัจจัยของ Herzberg (1959) มาเป็นกรอบในการศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. การอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิต แหล่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความต่อเนื่องในการได้รับความรู้ ความรู้ที่ให้ประชาชน และความสำคัญของงานสุขภาพจิต ซึ่งสามารถอธิบายการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. ตามกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็น อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 2,332 ราย กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูป (Krejcie & Morgan, 1970) ในกลุ่มประชากรที่มีขนาดเล็กเท่ากับ 0.5 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง และใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive random sampling) ได้แก่ พื้นที่ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี หลังจากนั้นทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากรายชื่อหมู่บ้านจากตำบลละ 5 หมู่บ้าน รวม 15 หมู่บ้าน นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสัดส่วนของ อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน ทั้งหมดจำนวน 290 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็น อสม. ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไปและปฏิบัติงาน อสม. มาเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 2) เป็น อสม. ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 3) ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบคำถามวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี (CE-0431/2563) พิจารณาความเหมาะสมของการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลในผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่ม อสม. โดยข้อมูลกระบวนการวิจัยไม่มีการระบุข้อมูลที่แสดงถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยปราศจากการโน้มน้าวที่ถูกบังคับ และได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ ก่อนทำการเซ็นยินยอมเข้าร่วม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำเสนอในเวทีวิชาการ หรือการตีพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลและใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บ

เป็นความลับ มีระบบความปลอดภัยของข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เดียวที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เมื่อครบระยะเวลา 5 ปี ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. การอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิต แหล่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความต่อเนื่องในการได้รับความรู้ ความรู้ที่ให้ประชาชน ความสำคัญของงานสุขภาพจิต เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอสม.จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต (2559) และจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อคำถามเชิงบวกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด (5 คะแนน) ปฏิบัติมาก (4 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย (2 คะแนน) และปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอสม.จังหวัดสุพรรณบุรี ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมกับ อสม. จำนวน 2 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาแล้ว นำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ .80 และนำไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับได้เท่ากับ .81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบ อสม. ในวันที่มีการประชุม อสม. ประจำเดือนในแต่ละตำบล ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยให้อสม. ได้มีเวลาคิดและตัดสินใจ อสม. ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาให้ลงนามในใบยินยอมและรอให้ข้อมูล ภายหลังจากเวลาหลังเลิกประชุมแล้ว
3. เวลาหลังเลิกประชุมแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ภายหลังจากการเลิกประชุมโดยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม ๆ ละประมาณ 10 คน แล้วเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยวิธีการอ่านให้ฟังเป็นรายข้อ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สะดวกให้ข้อมูล ได้ทำการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จนครบตามจำนวน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. การอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิต แหล่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความต่อเนื่องในการได้รับความรู้ ความรู้ที่ให้ประชาชน ความสำคัญของงานสุขภาพจิต ตัวแปรต้นมีมาตรวัดเป็นมาตรอันตรภาค (Interval scale) โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบบังคับ ตัวแปรทำนายทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter)

ผลการวิจัย

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.59) ช่วงอายุระหว่าง 42-60 ปี (ร้อยละ 61.38) มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 63.10) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.69) ทำอาชีพเกษตรและรับจ้าง (ร้อยละ 60.34) มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 65.52) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. อยู่ระหว่าง 11-20 ปี (ร้อยละ 47.90) การเข้ารับการอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 68.97) โดยแหล่งให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 64.14) และได้รับความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 59.60) ความรู้ของ อสม. ด้านสุขภาพจิตที่ให้แก่ประชาชนส่วนมากนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 54.14) และ อสม. ทุกคนให้ความสำคัญกับงานสุขภาพจิต (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบนำเข้า ระหว่างตัวแปรทำนายการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. ($n = 290$)

ตัวแปร	B	SE_b	β	t	p
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอสม.	2.650	1.155	.141	2.295	.022
ความรู้ที่ให้ประชาชน	2.325	.927	.157	2.509	.013
อาชีพ	.971	.483	.117	2.009	.046
Constant (a)	61.879	6.779		9.127	.000
$R = .323$	$R^2 = 0.131$	Adjusted $R^2 = 0.96$	$F = 3.801$	$p < 0.01$	

เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกัน เพื่อทำนายการปฏิบัติงาน การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็น อสม. ความรู้ที่ให้ประชาชนและอาชีพร่วมทำนายการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 13.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Adj. } R^2 = 0.131, p < .01$) โดย ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. มีความสามารถในการทำนายการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด ($\beta = .141, t = 2.295, p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า อาชีพของ อสม. สามารถทำนายการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิต และ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่ม อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 13.1 ($R^2 = 0.131, p < .01$) จาก ผลการศึกษานี้ พบว่า อสม. ทุกคนไม่ได้ประกอบอาชีพหลักเป็น อสม. แต่อาชีพหลัก คือ อาชีพเกษตรกร และรับจ้าง ซึ่ง อสม. คือประชาชนในชุมชนที่อาสาสมัครเข้ามาดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งมีความคุ้นเคยกับพื้นที่และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเป็นอย่างดี ย่อมช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านสุขภาพจิตแบบใกล้ชิดบ้านใกล้ใจประชาชนควบคู่ไปกับอาชีพของตนเองในชุมชนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพัทธ์ จันทิพัฒน์พงศ์ (2562) ที่พบว่าปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอาสาสมัครและทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมอาสาสมัครด้านการเสียสละช่วยเหลือและด้านการมีส่วนร่วมเพื่อมุ่งพัฒนาแก้ไขได้ ร้อยละ 12.50 และร้อยละ 25.80 และปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมทาง สังคมมีผลต่อพฤติกรรมอาสาสมัคร

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ที่ อสม. ให้ประชาชน สามารถทำนายการปฏิบัติงานการส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่ม อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 13.1 ($R^2 = 0.131, p < .01$) จากผลการศึกษานี้ พบว่า อสม. มีการออกเยี่ยมบ้านประชาชน และขณะที่เยี่ยมบ้านมีการให้ความรู้ ในการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิต ย่อมส่งผลให้ อสม. เกิดความมั่นใจในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริม ป้องกัน สุขภาพจิตของประชาชน นอกจากนี้ความรู้ที่ อสม. ให้ประชาชน เปรียบเสมือนกับการให้วัคซีนทางใจแก่ ประชาชน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ด้วยเหตุนี้หาก อสม. ได้รับความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้ได้รับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตก่อนที่จะมีความรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งปัจจุบันสถานการณ์ระบาดของ โรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลทุกระดับทั้งต่อประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ อาจติเชื้อ ผู้ป่วย และญาติ ดังนั้นการปฏิบัติงานของ อสม. ที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน จึงมี ความสำคัญในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอในการเข้าถึงประชาชน ในชุมชน อสม. จึงเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็ว

เพื่อช่วยประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นของประชาชนทุกกลุ่ม ให้ดำเนินชีวิตเข้าสู่ความปกติใหม่ ประชาชนปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2563)

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. มีความสามารถในการทำนุบำรุงการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด ($\beta = .141, p < .01$) จากผลการศึกษาใน อสม. ที่อาสาเข้ามาปฏิบัติงานด้านสุขภาพในระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจ และชำนาญในการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญชัย จิวจินดา (2562) เรื่องรูปแบบการพัฒนา อสม. ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า อสม. ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ จำเป็นต้องใช้เวลานาน หรือเป็นงานประเภทที่ต้องเนืองยาวนาน และไม่เป็นเวลา และเต็มใจให้ความรู้ประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญญา กุลนาคดล, และวรางภรณ์ ไตรติลลันท์ (2556) เรื่องการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน พบว่า อสม. มีสมรรถนะและตระหนักในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต สมรรถนะเชิงเทคนิคในการให้คำปรึกษา การสอนสุขภาพจิตศึกษา และการใช้แบบประเมินสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีของประชาชนในชุมชนต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

ความรู้ที่ให้ประชาชนของ อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานการส่งเสริมป้องกัน และปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. ในชุมชน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ให้ประชาชน และอาชีพของ อสม. ช่วยในการปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ควรมีการอบรมพัฒนาระดับความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตให้แก่ อสม. เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อ อสม. ได้รับความรู้ที่ทันสมัย และทันเหตุการณ์ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ หรือกิจกรรมของงานสุขภาพจิตในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านวิจัย

ควรศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการนำไปพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการโครงการวิจัยนี้ และขอบคุณ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการออกแบบสอบถามในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2559). *การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง)*. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรวิภา บวขุม, ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, และวิลารรณ คริสต์รักษา. (2561). ผลของการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคจิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองโรคจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 33-42.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2562*. สืบค้นจาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2562_full_20200921.pdf
- ชาญชัย จิวจินดา. (2562). รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม. *วารสารนวัตกรรมสังคม*, 2(2), 34-50.
- ปรารค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, และวรเดช ช้างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัวจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาล*, 31(1), 16-28.
- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. (2562). *ช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาระทางเศรษฐศาสตร์ปีที่ 2*. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11899>
- ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์. (2562). ปัจจัยภายในบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอาสาสมัครของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเวียงเหนืออำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 11(1), 1-14.
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2563). การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(4), 280-291.
- ยุพิน หงษ์วะชิน, อำนวย ปาอ้าย, เพ็ญภา กุลนาคดล, และวราภรณ์ ไตรติลลันนท์. (2556). การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 5(2), 61-78.
- ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2560). การศึกษาการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 41-58.

เสด็จ ทะลือ, ศิริพร กุณา, และเอกรินทร์ โนจิต. (2562). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
สุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอนาโดย
อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 76-87.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to work*. New York: John
Wiley and Sons.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational
and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.

World Health Organization. (2016). *Depression*. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/
depression#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1)

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ธิดาจิต มณีวัต, ป.ร.ค.¹

(วันที่ส่งบทความ: 1 กันยายน 2564; วันที่แก้ไข: 8 ธันวาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 15 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Ethical dilemmas [EtD]) เกิดขึ้นกับพยาบาลเมื่อผู้รับบริการไม่ได้มีความต้องการและเป้าหมายตรงกับทีมให้การรักษาวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบและความถี่ของ EtD ของพยาบาลจากสถานการณ์ที่กำหนด ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นพยาบาลจำนวน 136 คน ที่ได้รับเลือกตามเกณฑ์คือ ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล 5 แห่งในภาคใต้มากกว่า 1 ปี สถานการณ์ที่กำหนดคือ เมื่อผู้ป่วยและ/หรือญาติ 1) ปฏิเสธการรักษา 2) ไม่ฉุกเฉินแต่ต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน 3) จำเป็นต้องรับการผ่าตัดด่วนแต่มีปัญหาค่ารักษาพยาบาล และ 4) ได้รับคำสั่งให้ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลมี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความถี่และผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ทดสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบบรรยาย ผลการวิจัย พบว่า ผลกระทบของ EtD ในสถานการณ์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 7.68$, $SD = 1.55$) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนความถี่ของการเผชิญกับ EtD ที่เกิดขึ้นมากที่สุด ในสถานการณ์ที่ 1 และ 2 คือ บางครั้ง (ร้อยละ 44.9 และ 39.7 ตามลำดับ) ในสถานการณ์ที่ 3 และ 4 คือ นาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 39.0 และ 40.4 ตามลำดับ) โดยสรุปแล้วพยาบาลประเมินว่าสถานการณ์การได้รับคำสั่งให้ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพมีค่าเฉลี่ยผลกระทบจาก EtD มากที่สุดและมีความถี่ในการเกิดน้อยที่สุด คือ นาน ๆ ครั้ง เท่านั้น ส่วนความถี่ในการเกิด EtD ที่พบมากที่สุด คือ บางครั้ง จึงสามารถนำผลนี้มาประกอบการออกแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินเพื่อพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ EtD และสมรรถนะจริยธรรมทางการพยาบาล

คำสำคัญ: ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม, พยาบาล, แผนกฉุกเฉิน, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

¹ Corresponding author: ธิดาจิต มณีวัต, E-mail: thidajit.m@gmail.com

Ethical Dilemmas of Nurses Working in Emergency Departments at Tertiary Hospitals

Thidajit Maneewat, Ph.D.¹

(Received: September 1st, 2021; Revised: December 8th, 2021; Accepted: December 15th, 2021)

Abstract

Ethical dilemmas (EtD) arise for nurses when there is a conflict or disassociation between their clients' exact care needs and goals of the treatment team. This descriptive research aimed to examine the effects and frequency of EtD among nurses in four defined situations: when their patients and / or relatives, 1) refuse treatment, 2) have non-urgent illnesses/injuries, but want to receive emergency services, 3) need urgent surgery but have financial problems with medical bills, and 4) receive a Do Not Resuscitate (DNR) order. Participants were 136 nurses who had been working in emergency departments in five hospitals in southern Thailand for more than one year and were purposively recruited. The data collection instrument was comprised of two parts; the Demographic Data Questionnaire and the Ethical Dilemmas Questionnaire. Their content validities were examined by three experts (content validity index = .90) and the Ethical Dilemmas Questionnaire's reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = .91$). The data were analyzed by using descriptive statistics. The research results found that the EtD in the fourth situation had the highest mean score for effect on the nurses ($M = 7.68$, $SD = 1.55$). The EtD in the first and second situations were the most frequently encountered and were rated as *sometimes* (44.9% and 39.7%, respectively) and the third and fourth situations were rated as *seldom* (40.4% and 39.0%, respectively). In conclusion, a DNR situation was rated as having the greatest effects on the nurses, it was also rated as the least (*seldom*) encountered EtD situation. Additionally, the most frequently faced EtD was rated as *sometimes*. The results of this research can be used to organize training workshops for emergency department nurses to improve skills related to analyzing ethical dilemmas and their competencies in nursing ethics.

Keywords: ethical dilemmas, nurses, emergency department, tertiary hospitals

¹ Registered Nurse, Professional Level, Research and Development Department, Suratthani Hospital

¹ Corresponding author: Thidajit Maneewat, E-mail: thidajit.m@gmail.com

บทนำ

สภาพ แวดล้อมในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีปัญหาความแออัดของผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก (Over-crowded) และปัญหาการให้บริการรักษาพยาบาลตามกรอบเวลาที่เหมาะสม (Access block) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ปัญหาความแออัดในแผนกฉุกเฉินทำให้ระยะเวลารอคอยนาน ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่รอพบแพทย์ ปฏิเสธการรักษา อาจทำให้เกิดอัตราการแหวะแตกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตสูง (McClelland, 2015) ห้องฉุกเฉินบางแห่งปฏิเสธรักษาพยาบาลที่จะนำผู้ป่วยมาส่งในช่วงเวลาที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเกินไปจนขีดความสามารถของโรงพยาบาล จึงต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่นแทนทำให้การรักษาล่าช้าผิดพลาด และโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (Salway, Valenzuela, Shoenberger, Mallon, & Viccellio, 2017) สำหรับแผนกฉุกเฉินในประเทศไทยก็ประสบกับปัญหาดังกล่าวเช่นเดียวกัน ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวทำให้การปฏิบัติการพยาบาลในแผนกฉุกเฉินมีความซับซ้อน ยุ่งยาก แตกต่างจากการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินในสถานการณ์ที่ผู้ป่วย และ / หรือญาติ ไม่ได้มีความต้องการและเป้าหมายที่ตรงกับทีมให้การรักษา พยาบาลฉุกเฉินต้องทำหน้าที่จัดการกับสถานการณ์เหล่านี้เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่ออาการผู้ป่วย และขัดกับจริยธรรมทางการพยาบาล (Heiser, 2015) ดังเช่นตัวอย่างข่าว ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมอันเนื่องมาจากความต้องการหรือเป้าหมายในการมารับการรักษาพยาบาลที่ไม่ตรงกันของผู้รับบริการและพยาบาล ดังนี้

วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2564 โลกออนไลน์ได้แชร์คลิปจากผู้ใช้แอปพลิเคชัน TikTok ชื่อว่า คิตตี้ (นามสมมติ) ซึ่งเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้เผยแพร่คลิปขณะตรวจสอบข้าวกล่องที่ญาตินำมาฝากให้ผู้ป่วยโควิด-19 พยาบาลตรวจเจอญาติคุนหรีในข้าวกล่องส่งให้ผู้ป่วยโควิด-19 จึงเตือนญาติว่าอย่าทำแบบนี้ แต่ญาติให้เหตุผลว่าผู้ป่วยเป็นคนสูบบุหรี่จัด (ไทยรัฐออนไลน์, 2564)

การกระทำของพยาบาลดังกล่าวเป็นวิธีการแชร์คลิปวิดีโอแสดงท่าทางประกอบการทำกิจกรรมของพยาบาลขณะให้การดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นความขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อญาติต้องการทำตามความต้องการของผู้ป่วยที่ติดคุนหรีโดยน่านุหรีมาให้ แต่พยาบาลต้องห้ามเพราะการสูบบุหรี่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย และเป็นข้อห้ามในสถานบริการด้านสุขภาพ

บางครั้งความขัดแย้งทางจริยธรรมเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยหรือญาติ กับแพทย์ผู้ให้การรักษา (Jimmenze-Herrana & Axe lesson, 2014) หรือไม่เห็นด้วยกับการที่ทีมร่วมรักษามีการละเมิดศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้ป่วย (Abelsson & Lindwall, 2018) จากการศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐประเทศเอธิโอเปีย พบว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ได้แก่ การที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่ไม่ต้องการการรักษา และไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิก (Chala, 2017) นอกจากนี้

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลฉุกเฉินต้องการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพรวดเร็วทันเวลา แต่ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากมีข้อจำกัดขณะปฏิบัติงาน เช่น การรักษาล่าช้า จากมีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินต้องช่วยฟื้นคืนชีพ แพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยอื่นที่รออยู่ในห้องฉุกเฉิน แพทย์มีภาระงานสอน ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติรู้สึกไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Trisyani & Windsor, 2019) ผลกระทบจากการที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล พบว่ายังสามารถนำไปสู่ความเจ็บปวดทางจริยธรรม (Abdolmaleki, Lakdizaji, Ghahramanian, Allahbakhshian, & Behshid, 2019) อีกด้วย

อย่างไรก็ตามประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้นอยู่กับบริบทปฏิบัติการพยาบาล และระดับของโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมประเภทวิทยานิพนธ์จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทยและฐานข้อมูลวารสารไทย (Thai Journals Online [ThaiJo]) ระหว่าง ปีพ.ศ. 2554-2563 ไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะเป็นทำการวิจัยในกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จากปัญหาความแออัด และระยะเวลาารอคอยนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และพบว่าไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่หน้างานในแผนกฉุกเฉิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิ จึงดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลกระทบ และความถี่จากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากสถานการณ์ที่กำหนด 4 สถานการณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ใช้กรอบแนวคิดของ Bey (2015) ได้กล่าวถึงประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่พบบ่อยในแผนกฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยก้าวร้าวต้องการความเร่งด่วนในการรักษา และพยาบาลต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ร่วมกับผลงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในแผนกฉุกเฉิน (Jimmenze-Herrana & Axe lesson, 2014; Lateef, 2008; McElroy, 2012) ที่พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน หรือมีสาเหตุมาจาก ที่ผู้ป่วยต้องรอนาน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยต้องการผู้ทำหน้าที่แทนหรือเป็นผู้ตัดสินใจแทน และการยึดหรือยุติการรักษาจาก 4 ประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดสถานการณ์กรณีศึกษาสมมุติ (Case scenario) เกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่สอดคล้องกับบริบทของแผนกฉุกเฉินในประเทศไทย จำนวน 4 สถานการณ์

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หมายถึง ความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ หรือลำบากใจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการพยาบาล เพราะทุกทางเลือกจะทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียพอ ๆ กัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคใต้ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคใต้ 5 โรงพยาบาล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต หาดใหญ่ และโรงพยาบาลยะลา ผู้วิจัยได้เลือกทั้ง 5 โรงพยาบาลเพื่อความเพียงพอของขนาดกลุ่มตัวอย่าง และบริบทการจัดบริการทางการแพทย์เหมือนกัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคใต้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินมากกว่า 1 ปี ยกเว้นหัวหน้าและรองหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยฉุกเฉิน เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Corona Virus Disease 2019 [COVID-19]) ขณะดำเนินการเก็บข้อมูล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่าง 136 คน ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างตามกำหนดเกณฑ์คัดเข้า 5 โรงพยาบาล จำนวน 136 คน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอยุติการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางการแพทย์ สภาการพยาบาล เอกสารรับรองเลขที่ TNMC-IRB 14/2019.1212 ได้รับการรับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2562 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคใต้ที่เข้าเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยวิจัย ได้แจ้งวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จากการวิจัยนี้ถือเป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม รวมทั้งมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย และผลการวิจัยถูกตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การอบรมเฉพาะทาง สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การเข้าร่วมประชุม หรืออบรมจริยธรรมทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดสถานการณ์กรณีศึกษาสมมุติ ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม 4 สถานการณ์ ดังนี้ 1) ผู้ป่วย และ / หรือญาติปฏิเสธการรักษา 2) ผู้ป่วยและ/หรือ ญาติไม่ฉุกเฉินแต่ต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน 3) ผู้ป่วยและ/หรือ ญาติจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด่วน แต่มีปัญหาค่ารักษาพยาบาล และ 4) ผู้ป่วยและ/หรือ ญาติได้รับคำสั่งยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ แล้วให้ผู้ตอบประมาณค่าระดับความถี่และผลกระทบเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว

ข้อคำถามมี 2 ข้อ คือ คำถามเกี่ยวกับความถี่ในการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม และข้อคำถามเกี่ยวกับผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คำถามเกี่ยวกับความถี่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยให้ผู้ตอบพิจารณาโดยประมาณว่าในระยะเวลา 1 ปี ได้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์ที่กำหนดบ่อยเพียงใดโดยมีตัวเลือกคือ 1 (นาน ๆ ครั้ง) 2 (บางครั้ง) และ 3 (บ่อยครั้ง)

ส่วนคำถามเกี่ยวกับผลกระทบของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นการให้ผู้ตอบประมาณค่าระดับความลำบากใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กำหนด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนตัวเลข มีค่าตั้งแต่ 0 – 10 โดยกำหนดค่าคะแนนและความหมาย คือ ระดับต่ำสุด คือ 0 (ไม่ลำบากใจเลย) และระดับสูงสุดคือ 10 (ลำบากใจมากที่สุด) เกณฑ์การกำหนดระดับผลกระทบได้จากการกำหนดจากค่าพิสัย (Range) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คือ คะแนน .00 - 3.33, 3.34 – 6.36 และ 6.37 – 10.00 จะถูกจัดให้อยู่ในระดับการเกิดผลกระทบน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และความครอบคลุมในประเด็นสำคัญที่ศึกษาโดยอาจารย์ผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหา เพื่อให้มีความชัดเจน และครอบคลุม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) = .90 ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2 ที่ได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ มาทดลองใช้กับพยาบาลในแผนกฉุกเฉินที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .91

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) หลังจากได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์จริยธรรมการวิจัย สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทั้ง 5 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แต่ละโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง แล้วจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยเข้าพบและประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของหัวหน้างานแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิทั้ง 5 แห่ง เพื่อขอรับสมัครผู้ช่วยวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล

3) ผู้ช่วยวิจัยจากโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ทั้ง 5 แห่ง จะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ความสำคัญของงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และบทบาทผู้ช่วยวิจัย ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยสามารถติดต่อกับผู้วิจัย ได้ทุกเวลาเมื่อเกิดปัญหาในระหว่างเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ต่อไปนี

3.1 ประสานหัวหน้างานแผนกฉุกเฉินเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และขอรายชื่อพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.2 กำหนดหมายเลขรหัสแทนชื่อและข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.3 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.4 รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนส่งคืนผู้วิจัย

4) ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยส่ง แบบสอบถามจำนวน 136 ฉบับ ได้รับคืนครบถ้วน 136 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลความถี่และผลกระทบประเด็น จัดแย้งทางจริยธรรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistic) คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.9) มีอายุระหว่าง 31-40 (ร้อยละ 41.9) อายุเฉลี่ย 35.65 ปี ($SD = 8.32$) ได้รับการอบรมเฉพาะทาง การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ร้อยละ 24.3) มีประสบการณ์ในการทำงาน เฉลี่ย 11 ปี ($SD = 8.17$) กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้เข้าประชุมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาล (ร้อยละ 65.44)

การวิเคราะห์ผลกระทบจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=7.02$, $SD=1.19$) เมื่อจำแนกแต่ละสถานการณ์ ผลกระทบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์ ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=7.68$, $SD=1.55$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลกระทบ ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่กำหนด ($N = 136$)

สถานการณ์	ความรู้สึกอัดอัด / คับข้องใจ / ลำบากใจ		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ผู้ป่วย และ/หรือญาติปฏิเสธการรักษา	6.59	1.84	มาก
2. ผู้ป่วย และ/หรือญาติไม่ฉุกเฉินแต่ต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน	6.93	1.85	มาก
3. ผู้ป่วย และ/หรือญาติจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด่วน แต่มีปัญหา คำรักษาพยาบาล	6.90	1.83	มาก
4. ผู้ป่วย และ/หรือญาติได้รับคำสั่งให้ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ	7.68	1.55	มาก
โดยรวม	7.02	1.19	มาก

ความถี่ของประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นมากที่สุด ในสถานการณ์ที่ 1 และ 2 คือความถี่ *บางครั้ง* (ร้อยละ 44.9 และ 39.7 ตามลำดับ) ส่วนในสถานการณ์ที่ 3 และ 4 คือความถี่ *นาน ๆ ครั้ง* (ร้อยละ 39.0 และ 40.4 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถี่จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเผชิญสถานการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่กำหนด ($n = 136$)

สถานการณ์	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
สถานการณ์ที่1: ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติปฏิเสธการรักษา	34 (25.0)	61 (44.9)	41 (30.1)
สถานการณ์ที่2: ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติไม่ฉุกเฉิน แต่ต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน	39 (28.7)	54 (39.7)	43 (31.6)
สถานการณ์ที่3: ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติจำเป็นต้องรับการ ผ่าตัดด่วนแต่มีปัญหาคำรักษาพยาบาล	53 (39.0)	53 (39.0)	30 (22.1)
สถานการณ์ที่4: ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติได้รับคำสั่งให้ยุติ การช่วยฟื้นคืนชีพ	55 (40.4)	54 (39.7)	27 (19.9)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้เข้าประชุมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์เพียง หากคิดว่ามีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะขาดผู้เชี่ยวชาญในองค์กร และผู้เชี่ยวชาญในด้านจริยธรรมทางการแพทย์ยังคงมีน้อย ซึ่งกลไกในการบริหารบุคลากรขององค์กรพยาบาล โดยส่งผู้บริหารและปฏิบัติประชุม อบรมจริยธรรมภายนอกหน่วยงาน ถ้ามีหน่วยงานภายนอกจัดอบรมจริยธรรมทางการแพทย์ เช่น สภาการพยาบาล ดังกล่าวไว้ว่า

เรื่องอบรมจริยธรรมนี้ส่วนใหญ่เราส่งพยาบาล ไปอบรมข้างนอก เช่น ถ้าสภา สมาคม จัดอบรม เราก็คงส่งหัวหน้างานและน้อง ๆ ไป คือตามแผนก็จะตั้งเป้าไว้ว่า จะต้องได้รับการอบรมปีละครั้ง แต่ก็ขึ้นอยู่กับที่เค้าจัดด้วย จริงแล้วการอบรมด้านจริยธรรมนี้ไม่ค่อยมีจัดเท่าไร ส่วนใหญ่เป็นทางคลินิกมากกว่าก็อยากให้จัดมากกว่านี้ด้วย (สมร พูนขวัญ, อนุรักษ์ เชาวลิต, และทัศนีย์ นะแส, 2560)

ผลกระทบจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม คือการเกิดความรู้สึกอึดอัด/ คับข้องใจ/ ลำบากใจ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ผลกระทบที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและถูกจัดอยู่ในระดับมากคือ ในสถานการณ์ที่ 4 (จะอย่างไรเมื่อผู้ป่วยและ/หรือญาติได้รับคำสั่งยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ) ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน คือ ความรู้สึกขัดแย้งระหว่าง การเคารพในเอกสิทธิ์ (Autonomy) กับ ข้อบ่งชี้ทางคลินิกการรักษาที่ให้หรือกำลังจะให้ผู้ป่วยไม่มีประโยชน์อีกต่อไป (Futile treatment) แม้ว่าญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยจะร้องขอก็ตาม ทำให้การตัดสินใจเลือกทางเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งมีความยากลำบาก (Simon et al., 2017) นอกจากนี้ยังเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ที่เกี่ยวกับการให้คุณค่าเกี่ยวกับศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย/ ญาติ บ่อยครั้งที่แพทย์สั่งให้ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ ก่อนที่จะมีการลงบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยไม่ได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมการรักษา

อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ที่ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติได้รับคำสั่งยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพและเคารพในการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วย เมื่อพิจารณาหลักจริยธรรมการทำประโยชน์ (Beneficence) การไม่ทำอันตราย (Non-maleficence) การช่วยฟื้นคืนชีพควรเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ต้องหลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ไม่มีประโยชน์ต่อการรอดชีวิต และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นสำคัญ (Mentzelopoulos et al., 2018) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมขึ้นกับมุมมองที่หลากหลายของแต่ละบุคคล โดยให้คุณค่าและจัดลำดับความสำคัญที่แตกต่างกัน และได้เสนอทางเลือกให้มีการนำหลักจริยธรรมทางการแพทย์มาใช้ทางคลินิก ได้แก่ การเคารพเอกสิทธิ์ การทำประโยชน์ ความซื่อสัตย์ (Fidelity) ความยุติธรรม (Justice) และการบอกความจริง (Veracity; Beauchamp & Childress, 2013; Punjani, 2018) เมื่อประเมินความถี่ในการเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมภายในระยะเวลา 1 ปีพบว่าจำนวนร้อยละ ที่มีผู้ตอบมากที่สุดคือในแต่ละสถานการณ์ นาน ๆ ครั้ง (สถานการณ์ที่ 3-4) และ บางครั้ง (สถานการณ์ที่ 1-2) ในการอภิปรายผู้วิจัยจะอภิปรายตามลำดับสถานการณ์ 1-4 ดังนี้

ภายในระยะเวลา 1 ปี พยาบาลที่เผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในสถานการณ์ที่ 1 คือ ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธการรักษา ส่วนมาก (ร้อยละ 45) พบว่า เกิดเพียง บางครั้ง เท่านั้น รองลงมา คือ บ่อยครั้ง (ร้อยละ 30) และน้อยที่สุด คือ นาน ๆ ครั้ง ซึ่งพบเพียง 1 ใน 4 ของพยาบาลทั้งหมด ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินเกิดขึ้นระหว่างการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือให้ผู้ป่วยกลับบ้านตามความต้องการของผู้ป่วย ได้มีผลการวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ในแผนก

ฉุกเฉินมีรายงานการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 0.1-2.7 แม้ว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุจะน้อยแต่ทว่ามีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสที่จะกลับมารักษาซ้ำและมีอัตราการตายสูง (Al-Otmy, Abduljabbar, Al-Raddadi, & Farahat, 2020) อธิบายได้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินได้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมระหว่างการเคารพในเอกสิทธิ์ กับประโยชน์ และการไม่ทำอันตรายผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิ หรือความเป็นอิสระในการตัดสินใจปฏิเสธการรักษาจนรอผลการตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัย ระหว่างรอรับการรักษาด้วยยา หรือหัตถการต่าง ๆ ทีมรักษาต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย (Abraham & Abraham, 2021; Marco et al., 2017) พยาบาลต้องทำหน้าที่ป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอันตราย พยายามค้นหาสาเหตุ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่ไม่ปฏิเสธการรักษาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการปฏิเสธการรักษา พยายามเจรจา เสนอทางเลือกการรักษา และข้อตกลงร่วมกัน (Micek, 2016)

เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่ 1 ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินแต่ต้องการรับบริการแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ 2 พยาบาลส่วนมาก (ร้อยละ 40) พบเพียง *บางครั้ง* เช่นกัน รองลงมา คือ *บ่อยครั้ง* (ร้อยละ 30) และน้อยที่สุดคือ *นาน ๆ ครั้ง* (ร้อยละ 29) อธิบายได้ว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินเกิดขึ้นระหว่างภารกิจหลักบริการของแผนกฉุกเฉิน กับการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยจะให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน หรือให้ตรวจที่ห้องตรวจประกันสังคมนอกเวลา แผนกฉุกเฉินให้บริการผู้ป่วยเร่งด่วน ฉุกเฉิน แต่ทว่าในความเป็นจริง มักมีผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินแต่ต้องการรับบริการแบบผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลต้องเผชิญขณะปฏิบัติงานแทบทุกเวอร์ ซึ่งผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นสาเหตุให้เกิดห้องฉุกเฉินแออัด (O'Keeffe, Mason, Jacques, & Nicholl, 2018) ระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉินนานขึ้น และมีมุมมองในทางลบต่อระบบบริการในห้องฉุกเฉิน (Leite, 2020) ยังพบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินแต่ต้องการรับบริการแบบผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนี้ คือ ได้รับการตรวจรักษารวดเร็ว (ร้อยละ 36.4) ไม่ต้องจองคิว นัดตรวจล่วงหน้า (ร้อยละ 30.9) และเข้าถึงหน่วยบริการสะดวก (ร้อยละ 12.8 ; Idil, Turgay Y`lmaz Kilic, Toker, Turan, & Yesilaras, 2018) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนไม่มากนักที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน พบผู้ป่วยกลุ่มนี้แทบทุกวัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพยาบาลต้องทำหน้าที่กระทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยโดยให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพ เช่น มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Baskin, 2020)

พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินพบมากถึง 1 ใน 4 ที่ต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ในสถานการณ์ที่ 3 (ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการผ่าตัดด่วน แต่มีปัญหาค่ารักษาพยาบาล) และ 4 (ยุติ การช่วยฟื้นคืนชีพ) บ่อยน้อยกว่าในสถานการณ์ที่ 1 และ 2 โดยภายในระยะเวลา 1 ปี พยาบาลส่วนมากเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในทั้งสองสถานการณ์ *นาน ๆ ครั้ง* เท่านั้น และมีจำนวนร้อยละใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 39 และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ ส่วนรองลงมา คือ *บางครั้ง* ซึ่งมีจำนวนผู้ประเมินเท่ากับ *นาน ๆ ครั้ง* ส่วนการประเมิน *บ่อยครั้ง* พบน้อยที่สุด โดยมีพยาบาลที่เผชิญกับสถานการณ์ 3 น้อยกว่าผู้เผชิญกับสถานการณ์ที่ 4 เล็กน้อย

แนวปฏิบัติของหน่วยงานเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาลกับการป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยหากไม่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งปัญหาคำรักษาพยาบาลที่พบในแผนกฉุกเฉินก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเกี่ยวกับปัญหาทางสถานะและสิทธิการรักษาพยาบาล เช่น บัตรประกันสุขภาพนอกเขต ประกันสังคมนอกเขต แรงงานต่างด้าว ไร้สิทธิการรักษาและไม่ได้ตรวจสอบสิทธิก่อนเข้ารับบริการจากห้องเวชระเบียน สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าความซุกของผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ไร้สิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดด่วน จะมีปัญหาคำรักษาพยาบาล ร้อยละ 74.1 (Obembe, Levin, & Fonn, 2021)

การบอกความจริง หรือการทำตามความต้องการของญาติผู้ป่วย แต่ทว่ายังพบสถานการณ์เช่นนี้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 32 (สมร พูนขวัญ, 2564) และสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องเผชิญกับปัญหาจริยธรรม (สุรธัมมา เทพนิมิต, พิชราภรณ์ อุ่นเต๊ะ, และกุสุมา กังหลี, 2561) เนื่องจากในแผนกฉุกเฉินแพทย์ได้ช่วยฟื้นคืนชีพ ก่อนมีคำสั่งยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และผู้ป่วยเสียชีวิตที่แผนกฉุกเฉิน ร้อยละ 73.84 มีการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วย ร้อยละ 69.5 (Rueda, Hoyos, Echeverri, Mdl, Balocco, & Parra, 2018)

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินจำนวน 136 คน พบมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยได้เข้าประชุมเกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์ ได้รับผลกระทบจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์ที่ 4 มากที่สุดเพราะมุมมองในทางการแพทย์ และมุมมองของญาติแตกต่างกันเมื่อต้องมีการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ ทั้งนี้ขึ้นกับการได้รับข้อมูลจากทีมรักษา การให้คุณค่า การเผชิญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันโดยไม่คาดคิดมาก่อน ความถี่ของการเกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ภายในระยะเวลา 1 ปีสถานการณ์ที่ 1 เกิดเพียง *บางครั้ง* มากกว่าสถานการณ์อื่นๆ ใน 4 สถานการณ์ อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด คือได้ทำการวิจัยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้เท่านั้น จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินในภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย

สรุปและข้อเสนอแนะ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้มีค่าเฉลี่ยผลกระทบจากประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนความถี่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากสถานการณ์ที่กำหนด 4 สถานการณ์ พบว่าส่วนมากเกิดเพียง *บางครั้ง* และ *นาน ๆ ครั้ง* เท่านั้น ผลการวิจัยสามารถนำมาจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะจริยธรรมทางการแพทย์ มีการฝึกอบรมประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมทางการแพทย์ สภากาพยาบาลแห่งประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- สมร พูนขวัญ, อริยญา เชาวลิตร, และทักษิณี นะแสง. (2560). กลไกจริยธรรมของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(4), 1-9. สืบค้นจาก <http://www.https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/107731>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2564). *พยาบาลเตือน หลังเจอญาติขุดหูในข้าวกล่องส่งให้ผู้ป่วยโควิด-19 (คลิป)*. สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/news/society/2211436>
- สุภรณยาเทพนิมิตร, พัทธราภรณ์ อุ้นเต๊ะ, และกุสุมาภังหลี. (2561). การพัฒนาเชิงจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 136-142. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/143980/106520>
- สมร พูนขวัญ. (2564). ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ของ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาล*, 70(2), 1-9. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/245989/170810>
- Abdolmaleki, M., Lakdizaji, S., Ghahramanian, A., Allahbakhshian, A., & Behshid, M. (2019). Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(1), 20–25. <https://doi.org/10.20529/IJME.2018.076>
- Abelsson, A., & Lindwall, L. (2018). Ethical dilemmas in prehospital emergency care – from the perspective of specialist ambulance nurse students. *International Journal of Ethics Education*, 3, 181-192. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40889-018-0055-5.pdf>
- Abraham, J. A., & Abraham, S. P. (2021). Patient freedom to choose or refuse treatment: Is autonomy upheld? *Human Journals*, 19(1), 121-134. Retrieved from <http://www.ijrsm.humanjournals.com>
- Al-Otmy, S. S., Abduljabbar, A. Z., Al-Raddadi, R. M., & Farahat, F. (2020). Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care center, western Saudi Arabia: Cross-sectional study. *BMJ Open Access*, 10(10), 1-6. Retrieved from <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/10/e035951.full.pdf>
- Baskin, L. W. (2020). Patient advocacy: A tool for resolving ethical issues for patients that use the emergency department for chronic care management. *Online Journal of Health Ethics*, 16(2), 1-6. Retrieved from <https://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1249&context=ojhe>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). New York: Oxford University Press.
- Bey, V. (2015). *Common nursing ethics dilemmas in ER Nursing*. Retrieved from <https://www.americanmobile.com/nursezone/nursing-news/common-nursing-ethics-dilemmas-in-er-nursing/>

- Chala, W. (2017). Ethical dilemmas and decision-making process in emergency departments: Experience of physicians in public hospital Addis Ababa, Ethiopia, *Master Thesis*, 6, 1-48. Retrieved from <http://etd.aau.edu.et/bitstream/handle/123456789/1920/Wakuma%20Chala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Heiser, G. (2015). End of life ethical dilemmas. *Journal of Excellence in Integrated Writing Courses at Wright State*, 1, 1-6. Retrieved from <http://www.corescholar.libraries.wright.edu/biw>
- Idil, H., Turgay Yılmaz Kilic, T. Y., Toker, I., Turan, K. D., & Yesilaras, M. (2018). Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(2), 71-74. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452247317301632?via%3Dihub>
- Jimmenze-Herrana, M., & Axe lesson, C. (2014). Some ethical conflicts in emergency care. *Nursing Ethic*, 22(5), 548-560. Retrieved from <http://www.nej.sagepub.com>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. doi.org/10.1177/001316447003000308
- Lateef, F. (2008). Ethics in the Emergency Department. *Ethics & Medicine, An International Journal of Bioethics*, 24(2), 87-96. Retrieved from <http://www.findarticles.com>
- Leite, H. (2020). The impact of non-urgent patients in emergency departments' operations. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 38(4), 932-954. Retrieved from <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJQRM-01-2020-0016/full/html>
- Marco, C. A., Jay, M., Brenner, J. M., Kraus, C. K., Norine, A., McGrath, N. A., & Derse, A. R. (2017). Refusal of emergency medical treatment: Case. *Annals of Emergency Medicine*, 70(5), 696-703. Retrieved from <https://ems.mesacounty.us/contentassets/43d5e0a1b2d4431f8eb6d90c3a776d2a/refusal-of-emergency-medical-treatment-article>
- McClelland, M. (2015). "Ethics: Harm in the emergency department - ethical drivers for change" *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2). doi: 10.3912/OJIN.Vol20No02EthCol01
- McElroy, S. (2012). *Ethical consideration in Emergency Nursing*. Retrieved from <https://www.elitecme.com/resource-center/nursing/ethical-considerations-in-emergency-nursing>
- Micek, M. A. (2016). "Ethical dilemmas when refusing medical treatment: Modernized bioethical principle of autonomy". *Undergraduate Theses and Capstone Projects*, 3, 1-25. Retrieved from <https://digitalshowcase.lynchburg.edu/utcp/112>
- Mentzelopoulos, S. D., Slowther, A. M., Fritz, Z., Claudio Sandroni, C., Xanthos, T., Callaway, C., . . . Leo, B. (2018). Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Medicine*, 44, 703-716. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-018-5202-0.pdf>

- Obembe, T. A., Levin, J., & Fonn, S. (2021). Prevalence and factors associated with catastrophic health expenditure among slum and non-slum dwellers undergoing emergency surgery in a metropolitan area of South Wester Nigeria. *PLoS One*, *31*, 1-21. Retrieved from file:///D:/Users/Downloads/journal.pone.0255354.pdf
- O’Keeffe, C., Mason, S., Jacques. R., & Nicholl, J. (2018). Characterizing non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. *PLoS ONE*, *13*(2). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192855>
- Punjani, N. L. (2018). And ethical dilemmas: Do not resuscitate. *Journal on Nursing*, *3*(2), 23-24. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/322702573>
- Rueda, F. E. G., Hoyos, A. S., Echeverri, L., Mdl, P., Balocco, B. A. L., & Parra, M. A. M. (2018). Frequency of do-not-resuscitate orders in a Level 4 University Hospital. *Universitas Medica*, *59*(2), 1-8. Retrieved from http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v59n2/en_0041-9095-unmed-59-02-00024.pdf
- Salway, R. J., Valenzuela, R., Shoenberger, J. M., Mallon, W. K., & Viccellio, A. (2017). Emergency department (ED) overcrowding: Evidence-based answers to frequently asked questions. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *28*(2), 213-219. Retrieved from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864017300354?token>
- Simon, J. S., Kraus, C., Rosenberg, M., Wang, D. H., Clayborne, E. P., & Derse, A. R. (2017). Futile care- an emergency medicine approach: Ethical and legal considerations. *Annals of Emergency Medicine*, *Nov*;70(5), 707-713. doi: 10.1016/j.annemergmed.2017.06.005
- Trisyani, V., & Windsor, C. (2019). Expanding knowledge and roles for authority and practice boundaries of Emergency Department nurses: A grounded theory study. *International Journal of Qualitative Study on Health and Well-being*, *14*(1), 1-12. doi: 10.1080/17482631.2018.1563429

การจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้

อุไรวรรณ บุญส่ง, พย.ม.¹

ปราโมทย์ ทองสุข, กศ.ด.²

ประภาพร ชูกำเหนิด, ป.ร.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 23 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 9 กรกฎาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 9 กรกฎาคม 2564)

บทคัดย่อ

ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นมีส่วนสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤติระหว่างการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 เพื่อควบคุมและป้องกันอันตรายต่อผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการสุขภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการจัดการ และเปรียบเทียบการจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ระหว่างผู้บริหารการพยาบาลต่างกลุ่มกัน ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ หัวหน้าหน่วยงานบริการพยาบาลทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 168 คน ที่สมัครใจที่เข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการจัดการในภาวะวิกฤติดังกล่าว เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .91 และเมื่อตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวน ผลการวิจัย พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์โดยรวม ($M = 4.01$, $SD = 0.68$) อยู่ในระดับมาก และพบว่าผู้ที่มีการวางแผนจัดการภาวะวิกฤติกับหน่วยงานภายนอก มีคะแนนการจัดการภาวะวิกฤติ มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(165.64) = 3.05$, $p < .01$) และผู้ที่มาจากต่างหน่วยงานกันมีคะแนนการจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.06$, $p < .05$, $d = 76.65$)

คำสำคัญ: การจัดการในภาวะวิกฤติ, การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19, ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ Corresponding author: อุไรวรรณ บุญส่ง, E-mail: Uraiwan-bs@hotmail.com

Crisis Management During the Covid 19 Pandemic by First - Line Nurse Administrators in Community Hospitals in Southern Thailand's Five Border Provinces

Uraiwan Bunsong, M.N.S.¹

Pramot Thongsuk, Ed.D.²

Prapaporn Chukumnerd, Ph.D.²

(Received: May 23th, 2021; Revised: July 9th, 2021; Accepted: July 9th, 2021)

Abstract

Front-Line Nursing Administrators [FLNAs] have played important roles in managing the crisis during the COVID-19 pandemic by mitigating and preventing harm to healthcare providers and clients. This research was aimed at studying the productivity levels and comparing crisis management actions [CMA] among different groups of FLNAs during the COVID-19 pandemic. Participants were 168 FLNAs working in different direct patient contact units of the community hospitals located in the five border provinces of southern Thailand. They volunteered to participate and were recruited using a purposive sampling. The research instrument consisted of two sections: a demographic survey and the crisis management action questionnaire. The instrument's content validity was examined by three experts and the content validity index was determined to be .91. The Cronbach's alpha coefficient of the second section was .96. Data was analyzed using descriptive statistics, t-tests, and ANOVAs. The research results revealed that the FLNAs', on average, had high level overall scores on the CMA ($M = 4.01$, $SD = 0.68$). The findings also showed that the FLNAs who had experience working on CMA planning with external agencies had significantly higher average score than the FLNAs without such experience ($t(165.64) = 3.05$, $p < .01$). The type of unit in which the participants worked resulted in significantly different CMA scores ($F = 5.06$, $p < .05$, $d = 76.65$) as well.

Keywords: Crisis management action, COVID-19 pandemic, Front-Line Nursing Administrators

¹ Master' student, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

² Assistant Professor, Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

¹ Corresponding author: Uraiwan Bunsong, E-mail: Uraiwan-bs@hotmail.com

บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Coronavirus disease starting in 2019 [COVID-19]) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่คุกคามความปลอดภัยของมนุษยชาติในศตวรรษนี้ เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อเป็นไปอย่างรวดเร็วทั่วทุกภูมิภาคของโลก (Pandemic) มหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ บัลติมอร์ สหรัฐอเมริกา รายงานผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลก เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จำนวน 557 คน เวลาผ่านไป 1 ปี จำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้น 95 ล้านคน ข้อมูลเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 รายงานผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 169 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 3.5 ล้านคน การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เวลาผ่านไป 1 ปี มีผู้ป่วยยืนยันสะสมประมาณ 7 พันคน โดยพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนเป็นระยะ ๆ มีผู้เสียชีวิต 61 คน กระทั่งเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ภายหลังเก็บข้อมูลวิจัยนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกใหม่มีความรุนแรงมากขึ้น พบผู้ติดเชื้อต่อวันมากกว่าหนึ่งพันคน ข้อมูลสิ้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 กรมควบคุมโรครายงานสถิติของประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 130,929 คน และมีผู้เสียชีวิต 937 คน

วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิต ชีวิตความเป็นอยู่ของคนในทุกด้าน มีผลโดยตรงต่อการจัดการบริการสาธารณสุขที่จะต้องตอบสนองความจำเป็นของประเทศ โดยป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดเพื่อลดการสูญเสียชีวิต รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เนื่องจากลักษณะของสถานการณ์โรคระบาดนี้สร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน มีความผันผวนยากจะคาดเดา มีความไม่แน่นอน มีความซับซ้อน และความคลุมเครือ (กรมควบคุมโรค, 2563ก) จึงจำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการนำและการจัดการภาวะวิกฤติที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้นำประเทศได้ประกาศให้โรคติดเชื้อโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563ก) จัดตั้งศูนย์บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (ศอฉ.โควิด-19) เป็นศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ระดับประเทศ เพื่อให้ระบบสาธารณสุขของประเทศมีเสถียรภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19

พื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรค เพราะเป็นเขตพื้นที่มีชายแดนติดต่อประเทศมาเลเซียที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 รุนแรงในช่วงปีแรก เนื่องจากมาตรการปิดประเทศของมาเลเซีย ทำให้แรงงานไทยถูกผลักดันให้เดินทางกลับประเทศจำนวนมาก โดยเฉพาะแรงงานที่ลักลอบเดินทางเข้าประเทศไทยโดยใช้ช่องทางธรรมชาติ ทำให้ไม่ได้ผ่านระบบการคัดกรองและกักกันโรคก่อนเข้าประเทศ ประกอบกับประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่มีวิถีชีวิตรวมกลุ่มกันและทำกิจกรรมทางศาสนาอย่างใกล้ชิด ทำให้พบจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวนมากเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่นของประเทศ โดยพบจำนวนผู้ติดเชื้อสูงถึง 423 คน เสียชีวิต 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.20 และ 8.47 ของจำนวนทั้งประเทศ ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อทั้งหมดเป็นผู้ป่วยติดเชื้อนอกพื้นที่เดินทางกลับภูมิลำเนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ (กรมควบคุมโรค, 2563ข)

ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนจึงต้องควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่ตามหลักการจัดการภาวะวิกฤติด้านสาธารณสุข (Public health emergency management) ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อมในภาวะฉุกเฉิน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการเยียวยา (กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา, 2558) ซึ่งการวางแผนในการรับมือกับการระบาดตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยสร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ช่วยให้สามารถจำกัดโรคระบาดโควิด 19 ได้ (Joost, Benedetto, & Shaheen, 2020) ลักษณะของผู้บริหารการพยาบาลที่มีความสามารถจัดการภาวะวิกฤติ คือ เป็นนักคิดวิเคราะห์ มีความสามารถในการจัดการในสถานการณ์ที่คลุมเครือ มีความมั่นใจ มีการทบทวนและฝึกซ้อมแผนเผชิญเหตุกับบุคลากร ได้รับการฝึกอบรมการสื่อสารกับสาธารณะ และเป็นส่วนหนึ่งทีมนำบัญชาการเหตุการณ์ที่มีบทบาทชัดเจน (American Organization for Nursing Leadership, 2017)

โรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ มีหน้าที่รับผิดชอบในการ 1) ทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 3) กำกับดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศงานสุขภาพและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพและ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เมื่อมีการระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนต้องมีมาตรการเร่งด่วนเพื่อดำเนินการตามหลักระบาดวิทยา 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การบริหารจัดการ และการบริการทั่วไป 2) การบริหารจัดการคลินิกโรคทางเดินหายใจ 3) การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค 4) ระบบการทำงานของบุคลากรการแพทย์ 5) การดูแลคลัง อุปกรณ์สนับสนุน 6) การป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อของบุคลากร และ 7) การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อสำหรับผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2563ก) เนื่องจากเป็นภารกิจที่ใช้ความรู้วิชาชีพการพยาบาลและผู้ปฏิบัติหน้างานส่วนใหญ่คือบุคลากรทางการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของโรงพยาบาลชุมชน และกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกำหนดนโยบาย วางแผน ออกแบบระบบบริการ บริหารอัตรากำลัง สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ให้เพียงพอ ทำหน้าที่สั่งการในหน่วยงาน กำกับ สอนงาน เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ในระยะเวลาอันสั้น ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงการรับรายงานตรงจากบุคลากร และรายงานต่อผู้บริหารระดับสูง (สภาการพยาบาล, 2561) และวางระบบการเฝ้าระวังป้องกันและการรักษาการดูแลผู้ป่วยเข้าย่ำสงสัยและยืนยันการติดเชื้อ (Patients Under Investigated [PUI]) ตามมาตรการป้องกันการระบาด ภายใต้ข้อจำกัดของอัตรากำลังพยาบาลและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อต่อสู้ภาวะวิกฤตินี้ให้สำเร็จ

การจัดการภาวะวิกฤติของผู้บริหารการพยาบาลขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำทักษะการจัดการ ประสิทธิภาพการทำงาน การศึกษาอบรม และอื่น ๆ ภาวะผู้นำของพยาบาลในการจัดการภาวะวิกฤติหรือสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านสาธารณสุข การพยาบาลฉุกเฉิน ความรู้ทั่วไป 2) ความสามารถในการจัดการภาวะ

วิกฤติ ทั้ง 4 ระยะ คือ ก่อน ขณะ และหลังเกิดภัย และ 3) กลยุทธ์การนำ ได้แก่ การสื่อสาร การประสานงาน การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม และการแก้ปัญหา (สุรางคินี วนวงศ์ไทย และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558) ส่วนประสบการณ์การทำงาน พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การทำงานมากมีสมรรถนะการจัดการสูงกว่าผู้มีประสบการณ์การทำงานน้อย (สุพัฒน์ นาคฤทธิ์, 2540; อ้างใน กฤษณา กลิ่นสมิทธิ์, 2560) ผู้นำทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี มีความสามารถจัดการวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ได้ดี (Holge-Hazelton et al., 2021)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในเรื่องการจัดการภาวะวิกฤติโรคติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งจัดว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงจากปัจจัยด้านภูมิประเทศ วัฒนธรรมเฉพาะพื้นที่ เพื่อบรรยายว่าผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ของโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดการภาวะวิกฤติโรคติดเชื้อโควิด 19 ระดับใดในภาพรวม และรายด้าน มีการปฏิบัติต่างกันหรือไม่ระหว่างผู้บริหารการพยาบาลที่มีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลหน่วยงานต่างกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดในระยะต่อ ๆ ไป หรือรับมือกับโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยรวม และจำแนกตามระยะการจัดการภาวะวิกฤติของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยรวม ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ที่มีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลหน่วยงานต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการในภาวะวิกฤติด้านสาธารณสุข ที่ครอบคลุมภาวะวิกฤติจากโรคระบาด ทั้ง 4 ระยะ ของ (กรมควบคุมโรค สำนักโรคระบาดวิทยา, 2558) ประกอบด้วย การป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention & mitigation) การเตรียมความพร้อมในภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) ร่วมกับการบูรณาการเตรียมความพร้อมที่สอดคล้องกับทางระบาดวิทยา 7 ประเด็น ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ การบริการทั่วไป 2) การบริหารจัดการคลินิกโรคทางเดินหายใจ 3) การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค 4) ระบบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ 5) การดูแลคลัง อุปกรณ์สนับสนุน การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ 6) การป้องกัน ควบคุม การติดเชื้อของบุคลากร และ 7) ทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563ข) โดยประยุกต์ใช้เพียง 3 ระยะ คือ การป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อมในภาวะฉุกเฉิน และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้สอดคล้องกับหน้าที่รับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของประเทศที่สามารถควบคุมการระบาดไม่ให้กระจายเป็นวงกว้างได้ระดับหนึ่ง ซึ่งสถานบริการสุขภาพยังจำเป็นต้องใช้มาตรการการป้องกัน และควบคุมโรคในระยะยาวจนกว่าจะมีการใช้วัคซีนป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาตัวแปรการจัดการในภาวะวิกฤติ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ในการจัดการภาวะวิกฤติ สอบถาม ข้อมูลจากผู้บริหารการพยาบาลที่เป็นหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและนิติเวช งานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานการพยาบาลผู้คลอด ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงาน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในโรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ เก็บข้อมูลในช่วง เดือน มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 มาแล้วมากกว่า 1 ปี

คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ

การจัดการในภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น หมายถึง การจัดการ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของพยาบาล หัวหน้างาน ที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะการป้องกันและลดผลกระทบ ระยะการเตรียมความพร้อม และระยะการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมถึงประเด็นการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนที่สอดคล้อง กับทางระบาดวิทยา 7 ประเด็น โดยวัดระดับการจัดการในภาวะวิกฤติ จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ของโรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 48 โรงพยาบาล ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส จังหวัดปัตตานี จังหวัดสงขลา และจังหวัด สตูล โดยข้อมูลจากเว็บไซต์ www.k4ds.psu.co.th จำนวนทั้งสิ้น 204 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ในช่วงที่มีการประกาศใช้ พ.ร.ก การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง มีคุณสมบัติเป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวนทั้งสิ้น 168 คน และสมัครใจตอบแบบสอบถามส่งกลับคืน จำนวน 168 คนโดยกลุ่ม ตัวอย่างมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้างาน ได้แก่ งานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานการพยาบาล ผู้คลอด และปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้างานไม่น้อยกว่า 1 ปี

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ปฏิบัติหน้าที่ หัวหน้างานโรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เลขที่ PSU IRB 2021 – St – Nur 004 (Internal) วันที่รับรอง 23 กุมภาพันธ์ 2564 และคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 5 จังหวัด และได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลใน พื้นที่

2. ผู้วิจัยทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรชี้แจงให้พยาบาลหัวหน้างานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรับทราบเป็นรายบุคคล ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามความสมัครใจ และสิทธิในการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และการถอนตัวนั้นจะไม่มีผลกระทบหรือความเสียหายเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด ไม่มีการเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่ชี้เฉพาะต่อกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และต่อการปฏิบัติงานพัฒนาวิชาชีพเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อครบ 5 ปี ข้อมูลจะถูกทำลาย และผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามกระบวนการวิจัยอย่างเคร่งครัด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการสำหรับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด 19 ประสานแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤติทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค (2558) ร่วมกับการเตรียมความพร้อมสอดคล้องกับระบาดวิทยา 7 ประเด็น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 การจัดการในภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนทั้งสิ้น 57 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน กลุ่มตัวอย่างประมาณค่าคำตอบเป็นคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยพิจารณาเปรียบเทียบเป็นร้อยละของการปฏิบัติหรือดำเนินการตามข้อความนั้น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง โดย 5 หมายถึง *มากที่สุด* (ร้อยละ 80-100 ของการปฏิบัติ) 4 หมายถึง *มาก* (ร้อยละ 60-79 ของการปฏิบัติ) 3 หมายถึง *ปานกลาง* (ร้อยละ 40-59 ของการปฏิบัติ) 2 หมายถึง *น้อย* (ร้อยละ 20-39 ของการปฏิบัติ) 1 หมายถึง *น้อยที่สุด* (ร้อยละ 0-19 ของการปฏิบัติ) และ NA (Not applicable) หมายถึง ไม่ได้มีการปฏิบัติ/ดำเนินการตามข้อความนั้น ๆ ส่วนการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งค่าพิสัยของคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กันดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 แสดงว่ามีระดับการจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ดังกล่าวอยู่ในระดับ *มาก* คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 มีระดับการจัดการดังกล่าวอยู่ในระดับ *ปานกลาง* และ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 มีระดับการจัดการดังกล่าวอยู่ในระดับ *น้อย*

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการจัดการสาธารณสุข แพทย์ผู้มีความรู้ประสบการณ์ตรงในการจัดการการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด 19 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ทั้งฉบับ (Content Validity Index [CVI]) คือ .91 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหน่วยงานโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดตรัง และจังหวัดพัทลุง จำนวน 20 คน ตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ส่วนที่ 2 ทั้งฉบับ เท่ากับ .96 ด้านการดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ เท่ากับ .90 ด้านการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน เท่ากับ .93 และด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เท่ากับ .96

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ โดยแนบสำเนาถึงหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าหน่วยงาน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานวิจัยของกลุ่มการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลด้วยตัวเอง โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ส่งคืนผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับของการจัดการในภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ โดยจำแนกเป็นรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารทางการพยาบาล จำแนกตามอายุงาน ระดับการศึกษา การได้รับการอบรมทางการบริหาร ประสบการณ์การบริหารภาวะวิกฤติ ประสบการณ์การวางแผนภาวะวิกฤติร่วมกับหน่วยงานภายนอก และหน่วยงาน โดยการทดสอบ t-test, ANOVA และทำการเปรียบเทียบรายคู่ค่าเฉลี่ยภายหลังวิเคราะห์เปรียบเทียบ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรที่อิสระต่อกัน พบว่า ข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 168 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.60) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 85.10) ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในมากที่สุด (ร้อยละ 27.40) ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานเฉลี่ย 12.21 ปี ($SD = 7.78$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการในภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = 0.68$) เมื่อพิจารณารายด้าน ตามกระบวนการจัดการ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ($M = 4.18$, $SD = 0.73$) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการเตรียมความพร้อมรองรับ

ภาวะฉุกเฉิน ($M = 3.96$, $SD = 0.75$) และด้านการดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ ($M = 3.88$, $SD = 0.72$) ตามลำดับ ข้อมูลตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการในภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ โดยรวม และรายด้าน ($N = 168$)

การจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ	3.88	0.72	มาก
การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน	3.96	0.75	มาก
การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	4.18	0.73	มาก
รวม	4.01	0.68	มาก

ผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีประสบการณ์วางแผนจัดการภาวะวิกฤติกับหน่วยงานภายนอก มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.05$, $p < .01$) ส่วนผู้บริหารการพยาบาลที่อายุงานระดับการศึกษา การอบรมทางการบริหารประสบการณ์การบริหารภาวะวิกฤติต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ไม่ต่างกัน ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติที่ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะวิกฤติโดยรวมของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาล ต่างกลุ่มกัน

ตัวแปร	คะแนนการจัดการ		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>			
อายุงาน					
≤10 ปี ($n=86$)	4.01	.65			
>10 ปี ($n=82$)	4.01	.71	163.45	.05	.96
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี ($n=143$)	4.00	.65			
ปริญญาโท ($n=25$)	4.02	.84	29.15	.14	.89
ประสบการณ์บริหารภาวะวิกฤติ					
มี ($n=147$)	4.02	.71			
ไม่มี ($n=21$)	3.93	.43	37.33	.82	.42
ประสบการณ์วางแผนจัดการภาวะวิกฤติกับหน่วยงานภายนอก					
มี ($n=82$)	4.17	.63			
ไม่มี ($n=86$)	3.86	.69	165.64	3.05	.003

* $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ระหว่างผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่างหน่วยงานกัน พบว่า มีค่าเฉลี่ยการจัดการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.06, p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยรวม ระหว่างผู้บริหารการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ด้วยสถิติ ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	ss	df	MS	F	P-value
การจัดการภาวะวิกฤติโดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	3	6.50	2.17	5.06	.002*
ภายในกลุ่ม	164	70.16	.43		
รวม	167	76.65			

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า หัวหน้างานหอผู้ป่วยในมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยรวม มากกว่า หัวหน้างานห้องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{d} = .53, p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ภายหลัง (Post Hoc analysis) ด้วยวิธีการของ Dunnett T3 ของค่าเฉลี่ยการจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยรวม ระหว่างผู้บริหารงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชน

หัวหน้าหน่วยงาน	M	ER	OPD	IPD	LR
		4.06	4.94	4.27	3.74
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)	4.06	-	.12	.20	.33
ผู้ป่วยนอก (OPD)	4.94	-	-	.33	.20
หอผู้ป่วยใน (IPD)	4.27	-	-	-	.53*
ห้องคลอด (LR)	3.74	-	-	-	-

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดการภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับ *มาก* และเมื่อพิจารณาทางด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่า อยู่ในระดับ *มาก* ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น มีการบริหารจัดการอยู่ในระดับ *มาก* เนื่องจากต้องทำงานภายใต้นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล หลังพบการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งถูกกำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563ก)

ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชนต้องเร่งดำเนินการด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) มีประสบการณ์เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory syndrome coronavirus [MERS-CoV]) อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อเตรียมรับการเดินทางกลับของผู้แสวงบุญไปนครเมกกะใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ มียอดผู้เดินทางมากกว่า 4,000 คน (กองสารนิเทศ สป. มท., 2562) สอดคล้องกับ จิตวิดิ ชรรณเจริญ, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, และธานี แก้วธรรมนุกุล (2562) พบว่า พยาบาลวิชาชีพชายแดนใต้ ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางอย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 92.9) และพบว่าผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้ มีประสบการณ์วางแผนร่วมกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤติ/ สาธารณภัยที่ผ่านมา (ร้อยละ 87.5) เพราะประสบการณ์เหล่านี้ส่งผลให้สามารถดำเนินการในระยะต่าง ๆ ได้ในระดับมาก

ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ต่างหน่วยงานมีระดับการจัดการต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ค่าเฉลี่ยของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน และงานการพยาบาลผู้คลอด มีระดับการจัดการที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในต้องมีการปรับเปลี่ยนหน่วยงานบางส่วนเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (Cohort ward) และต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโควิด 19 และผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั่วไปที่ยังคงให้บริการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ บีบี และคณะ (Holge-Hazelton et al., 2021) พบว่า ผู้นำในช่วงวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ควรเน้นการจัดการไปที่ผู้นำงานการพยาบาลผู้ป่วยใน มากกว่าผู้นำหน่วยงานอื่น ๆ เนื่องจากหอผู้ป่วยในได้รับผลกระทบด้านการทำงานมากกว่าหน่วยงานอื่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการจัดการภาวะวิกฤติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของโรงพยาบาลชุมชน ในด้านการดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ ด้านการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน และด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทั้ง 3 ระยะ อยู่ในระดับ

มาก และผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์การจัดการด้านโรคระบาดและมีประสบการณ์การทำงานที่มากกว่า 5 ปี จะบริหารจัดการได้ดีกว่าผู้บริหารที่ไม่มีประสบการณ์การทำงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยในการบริหารจัดการมากกว่างานการพยาบาลผู้คลอด จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์สำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการบริหารจัดการในสถานการณ์ของโรคระบาด ดังนี้

1. ด้านการจัดสรรทรัพยากร และอัตรากำลังให้เหมาะสมกับหน่วยงาน รวมไปถึงการส่งเสริมและให้ความช่วยเหลือในหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก
2. ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นควรหาประสบการณ์ทำงานในสาขารณภัยหรือทำงานร่วมกับหน่วยงานหรือบุคลากรภายนอก เพื่อสร้างเครือข่ายและเพิ่มประสิทธิผลของการบริหารจัดการในสถานการณ์วิกฤติในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ที่ให้ความร่วมในการให้ข้อมูล และเอื้ออำนวยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563ก). *โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) สถานการณ์ในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กรมควบคุมโรค. (2563ข). *โรคติดเชื้อโคโรนา 19 (COVID-19)*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคระบาดวิทยา. (2558). *คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค*. สมุทรสาคร: บริษัท บอรั่น ทุ บี พับลิชชิง จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก <http://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2017/06/L002560.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563ก). *คำแนะนำการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลรองรับโรคติดเชื้อโควิด 2019 (Checklist for Health facilities on COVID-19 response)*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g06_facility_030463.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563ข). *แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด 19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/gother/g_0ther02.pdf

- กฤษณา กลิ่นสมิทธิ. (2560). สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 19(2), 24-34.
- กองสารนิเทศ สป. มท. (2562). มท. จัดพิธีส่งและอำนวยการผู้แสวงบุญชาวไทยที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ประจำปี 2562 (ฮ.ศ. 1440). สืบค้นจาก <https://newskm.moi.go.th>
- จิตติวิทย์ ธรรมเจริญ, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, และธานี แก้วธรรมมานุกุล. (2562). ทักษะคิด บรรทัดฐาน กลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อโรค ทางเดินหายใจ ตะวันออกกลางของพยาบาลวิชาชีพ. *พยาบาลสาร*, 46(3), 14-24.
- สภาการพยาบาล. (2561). ประกาศเรื่องนโยบายสภาการพยาบาลเกี่ยวกับกำลังคนในทีมการ พยาบาล ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561. สืบค้นจาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf)
- สุรางคินี วนวงศ์ไทย, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2558). การพัฒนาขอบเขตเนื้อหาการส่งเสริมภาวะผู้นำในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาล. *วารสารบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(3), 62-73.
- American Organization for Nursing Leadership. (2017). *Role of the nurse leader in crisis management*. Retrieved from <https://www.aonl.org/role-nurse-leader-crisis-management>
- Holge-Hazelton, B., Kjerholt, M., Elizabeth, R., Thesturp, S., Zachor Borre, L., & McCormack, B. (2021). Health professional frontline leaders' experiences during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Journal of Healthcare Leadership*, 15(18), 7-18.
- Joost, H., Benedetta, A., & Shaheen, M., (2020). Managing COVID-19 in low- and middle- income countries. *JAMA*, 323(16). doi:10.1001/jama.2020.4169

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิก ในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

คณิงนิช ศรียะโคตร, พย.ม.¹, วไลพร ปักกระเกา, พย.ม.², จุลินทร ศรีโพนทัน, พย.ม.²,
นิสากร วินูลชัย, Ph.D.³, สุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง, พย.ม.⁴, รุ่งนภา ธนุชาญ, พย.ม.⁴,
พุทธกัญญา นารณศิลป์, พย.ม.², เพ็ญพูน ศิริกิจ, พย.ม.⁴, ชวมัย ปิณะเก, พย.ม.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 15 ตุลาคม 2564; วันที่แก้ไข: 8 ธันวาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) มีการดำเนินของโรครวดเร็วและรุนแรง การป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ผู้ร่วมวิจัยคือ ผู้ที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จำนวน 112 คน และพยาบาลแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 99 คน ดำเนินการ 3 ระยะคือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนา และ 3) การประเมินผล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม แบบบันทึกอาการทรุดลงทางคลินิก แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบ ปัญหาและความต้องการพัฒนา 5 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติการพยาบาล 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 3) การบริหารจัดการความเสี่ยง 4) ระบบส่งต่อ และ 5) การให้ข้อมูล และได้กระบวนการพัฒนา 4 ระยะ คือ 1) สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา 2) สร้างทีมพัฒนา 3) นำร่องการพัฒนา และ 4) ขยายแนวร่วมการพัฒนา ด้านผลลัพธ์การพัฒนาพบว่า 1) มีผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น 2) การเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกลดลง และ 3) พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) และส่วนมาก (ร้อยละ 82.82) มีความคิดเห็นต่อคุณภาพการพยาบาลในระดับดี โดยสรุปแล้วคุณภาพการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถลดการเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้ จึงควรประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในบริบทอื่น ๆ

คำสำคัญ: คุณภาพการพยาบาล, อาการทรุดลงทางคลินิก, ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

¹ หัวหน้าพยาบาล, กลุ่มการพยาบาล, โรงพยาบาลมหาสารคาม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, กลุ่มการพยาบาล, โรงพยาบาลมหาสารคาม

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มการพยาบาล, โรงพยาบาลมหาสารคาม

³ Corresponding author: นิสากร วินูลชัย, E-mail: nisakorn1@smnc.ac.th

Nursing Quality Improvement for Preventing Clinical Deterioration of Patients with Sepsis

Khanuengnij Srisakhot, M.N.S.¹, Walaiporn pakkheraka, M.N.S.², Julintorn Sripontun, M.N.S.², Nisakorn Vibulchai, Ph.D.³, Sukontip Pattitanung, B.N.S.⁴, Rungnapa Thanoochan, M.N.S.⁴, Putthakunya Narthasilpa, M.N.S.², Permpoon sirikit, M.N.S.⁴, Chawamai phinage, M.N.S.⁴
(Received: October 15th, 2021; Revised: December 8th, 2021; Accepted: December 13th 2021)

Abstract

Sepsis has a rapid and severe progression, therefore preventing clinical deterioration is essential to keeping patients safe. This action research was aimed at improving the quality of nursing to prevent clinical deterioration of persons with sepsis. Participants consisted of 112 persons diagnosed with sepsis and 99 registered nurses in the emergency department and general wards. The study process was divided into three phases: 1) situational analysis, 2) improvement and 3) evaluation. Research instruments included questions for a focused group discussion, an observation checklist, a clinical deterioration record form, the nurses' perception on patient care self-efficacy questionnaire, and the nurses' opinions on nursing quality improvement questionnaire. Data were analysed using descriptive statistics, t-tests, and content analysis. The results of the study determined that the problems and what needed to be improved were related to five dimensions: (1) nursing care, (2) enhancing nursing competencies, (3) risk management, (4) having an effective referral system, and (5) providing information. The improvement process consisted of four steps: (1) building awareness and addressing the improvement needs, (2) building up the improvement team, (3) conducting a pilot study to assess improvement, and (4) expanding care improvement networks. Outcomes of the sepsis management improvement study were that (1) outcomes of nursing care improved, (2) the patients' clinical deterioration decreased, and (3) registered nurses perceived their patients' care self-efficacy as being higher than before the development of the program at a level of statistical significance of .05 ($p < .001$). Most of the registered nurses (82.82%) had the opinions that there was good improvement in the quality of nursing. In summary, improvements in nursing quality from this program decreased the clinical deterioration of persons with sepsis. Therefore, it should be applied to sepsis patient care in different contexts.

Keywords: nursing quality, clinical deterioration, sepsis

¹ Head of Nursing Department, Nursing Department, Mahasarakham Hospital

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Department, Mahasarakham Hospital

³ Registered Nurse, Senior Professional Level, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

⁴ Registered Nurse, Professional Level, Nursing Department, Mahasarakham Hospital

³ Corresponding author: Nisakorn Vibulchai, E-mail: nisakorn1@smnc.ac.th

บทนำ

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) เป็นภาวะรุนแรงและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยทั่วโลก จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 พบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อมากถึง 48.9 ล้านราย และพบว่าเป็นสาเหตุการตายเกือบร้อยละ 20 ของการตายทั้งหมด (The World Health Organization [WHO], 2020) สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือชุมชน (Community-acquired sepsis) ประมาณ 181,057 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิต ประมาณ 29,172 ราย/ต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการเริ่มแรกของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Quinten, van Meurs, Wolffensperger, Ter Maaten, & Ligtenberg, 2018) และเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกมากถึงร้อยละ 59.3 โดยพบอาการทรุดลงของระบบไหลเวียนมากกว่าร้อยละ 40 และร้อยละ 77.5 มีอาการทรุดลงภายใน 24 ชั่วโมง (Bunyaphatkun et al., 2017) และยังพบอาการล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและระบบประสาท ภายใน 48 ชั่วโมง มากถึงร้อยละ 38.6 (Tsai et al., 2014) ทำให้มีความต้องการการดูแลขั้นสูงในหอผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้น และมีระยะเวลาอนโรพยาบาลนานขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีสาเหตุของการติดเชื้อมาจากระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้วจึงแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่กระแสโลหิต เกิดเป็นภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการทรุดลงทางคลินิก โดยอาการทรุดลงทางคลินิกคือ อาการทรุดลงจากค่าที่ 6 ชั่วโมงตามเกณฑ์ The society of critical care medicine (Royal College of Physicians, 2012) ประกอบด้วยระบบการหายใจ (Respiratory rate < 8 or > 30 breaths /min และ/หรือ Oxygen saturation < 90%) ระบบไหลเวียน (Systolic blood pressure < 90 mmHg, pulse rate < 40 or > 130 beats/min, และ/หรือ Urine output < 100 ml/4 hours) และระบบประสาท (Sudden alteration of conscious) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มที่แผนกฉุกเฉินจนถึงการส่งต่อเข้าอนโรรักษาทันทีในหอผู้ป่วยที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์สนับสนุน และสภาพแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับบริการผ่านแผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก โดยส่วนใหญ่มาด้วยอาการสำคัญ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ไข้หรือตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจลำบาก ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและคัดแยกภาวะติดเชื้อกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome [SIRS]) ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ภาวะพิษเหตุติดเชื้อรุนแรง (Severe sepsis) และภาวะช็อก (Septic shock) หากผู้ป่วยเข้าข่ายภาวะใดภาวะหนึ่งจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีโอกาสเสี่ยงสูงของการมีอาการทรุดลงทางคลินิกจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระบบบริการช่องทางด่วน (Fast track) ตามแนวปฏิบัติเพื่อบังคับให้การดูแลรักษาย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการจนถึงแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เเจาะ

เลือดเพื่อหาเชื้อสาเหตุ เริ่มให้ยาปฏิชีวนะ ยาเพิ่มความดันโลหิต และส่งต่อผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยที่มีความพร้อมสูงในการรักษาพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้นดังกล่าวสามารถลดอัตราการตายและพิการของผู้ป่วยได้ภายใน 28 วัน เกือบร้อยละ 20 (Evans et al., 2021; Guerra, Mayfield, Meyers, Clouatre, & Riccio, 2013)

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียง ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ อย่างไรก็ตามระบบการดูแลผู้ป่วยยังพบปัญหาการคัดกรองล่าช้า โดยผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองด้วย qSOFA score ≥ 2 คะแนน ได้รับการรายงานแพทย์เฉลี่ย 17.25 นาที ($SD=2.94$) (เกณฑ์กำหนดไว้ภายใน 5 นาที) ไม่ได้มีการนำ qSOFA score มาใช้ในประเมินผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 30 ส่งผลให้การวินิจฉัยตั้งแต่เบื้องต้นล่าช้าและไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่กำหนด นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนเตียงและจำนวนหอผู้ป่วยวิกฤตไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่เพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อส่วนหนึ่งต้องนอนรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกทั้งจากปัจจัยสนับสนุนและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย รวมถึงสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย จากข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อของโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2560-2562 พบ การเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกภายใน 72 ชั่วโมงในอัตราสูง ได้แก่ อาการล้มเหลวของระบบไหลเวียน ร้อยละ 75 ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 36.36 ระบบไต ร้อยละ 40 และระบบประสาท ร้อยละ 15 (โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล, 2563)

สถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณีของ โพลเวลและทาฮาน (Powell & Tahan, 2010) แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อรุนแรง (คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทางด่วนพิเศษสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรง เขตสุขภาพที่ 7, 2559) Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016 (Rhodes et al., 2017) และแนวคิดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) มาเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนคิด ของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1992) ในการขับเคลื่อนเชิงกระบวนการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นเกลียววงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ จนกว่าจะได้ระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก คือ อาการทรุดลงทางคลินิก และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้เข้าถึงบริการที่ครอบคลุม ลดระดับความรุนแรงของโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ

พื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลมหาสารคามโดยศึกษาในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่ให้บริการผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย การศึกษา 2 ประเด็น ดังนี้

1.1) การศึกษาลักษณะอาการทางคลินิกและอาการทรุดลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 - กันยายน พ.ศ. 2562

1.2) การศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญที่เป็นพื้นที่วิจัย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าแผนก หัวหน้าหอผู้ป่วย และตัวแทนกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกหรือหอผู้ป่วยดังกล่าว โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มากกว่า 10 ปี จำนวน 12 คน ดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลานาน 1 ชั่วโมง การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. ระยะดำเนินการพัฒนา ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มากกว่า 1 ปี จำนวน 99 คน ในระยะนี้ได้นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาสะท้อนในที่ประชุมประจำเดือนของแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อสร้างความ

ตระหนักและการมีส่วนร่วมในการพัฒนา จากนั้นนำวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart, 1992) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนคิด (Reflecting) มาเป็นแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนา 3 วงจรหลัก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วงจรที่ 1 (ตุลาคม พ.ศ. 2562 - ธันวาคม พ.ศ. 2562)

เป็นการสร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการ โดยใช้วิธีการหลักในการพัฒนา คือ (1) ประชุมร่วมกันเพื่อจัดตั้งทีมแกนหลักในการพัฒนาและวางแผนการพัฒนา จำนวน 1 ครั้ง (2) การประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิด วิเคราะห์ วางแผนการพัฒนาซึ่งได้ข้อสรุปร่วมกันว่าจะพัฒนาในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง 1 อายุรกรรมหญิง 2 และศัลยกรรม โดยเริ่มการพัฒนานำร่องในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ก่อน และ (3) การประชุมกลุ่มเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยได้มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะตามแผนที่กำหนด จำนวน 3 ครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและสะท้อนผลการปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาโดยใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนอย่างไม่เป็นทางการ และการจดบันทึกภาคสนาม โดยในระหว่างกระบวนการพัฒนาได้มีการสรุปปัญหาและนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มเพื่อปรับแก้ไขเป็นระยะ หลังดำเนินการพัฒนาในระยะเวลา 1 เดือน ได้วางแผนปฏิบัติการ และได้มีการร่วมกันพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อวางแผนการพัฒนาในวงจรต่อไป

วงจรที่ 2 (มกราคม พ.ศ. 2563 – มีนาคม พ.ศ. 2563)

เป็นการดำเนินการพัฒนาในหอผู้ป่วยนำร่อง คือ แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล เป็นหัวหน้าแผนกฉุกเฉิน หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ปฏิบัติ จำนวน 49 คน วิธีการหลักในการพัฒนา คือ (1) ประชุมเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันระหว่างแกนหลักการพัฒนา จำนวน 1 ครั้ง (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแนวทาง/กิจกรรมการดำเนินงาน ตามแผนการประชุมที่กำหนด (3) การมอบหมายงานและติดตามกำกับ (4) ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงระบบและกลไกในการดำเนินงาน (5) สนทนอย่างไม่เป็นทางการเป็นระยะ และ (6) ประชุมแกนหลักการพัฒนาเพื่อสะท้อนผลการดำเนินการพัฒนา เดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและสะท้อนผลการปฏิบัติ ใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนอย่างไม่เป็นทางการ และการจดบันทึกภาคสนาม และการเก็บข้อมูลจากรายงานอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เมื่อสิ้นสุดการพัฒนาในวงจรที่ 2 ได้มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานและร่วมกันพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อวางแผนการพัฒนาในวงจรต่อไป

วงจรที่ 3 (เมษายน พ.ศ. 2563 – กรกฎาคม พ.ศ. 2563)

เป็นการขยายการพัฒนาไปยังหอผู้ป่วยสามัญอื่น จำนวน 4 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง 1 อายุรกรรมหญิง 2 และศัลยกรรม โดยมีผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติ จำนวน 50 คน โดยนำเสนอแผนปฏิบัติการรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะขอความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนา และนำสู่กิจกรรมการพัฒนาที่ต่อเนื่องจากวงจรปฏิบัติการที่ 2 วิธีการหลักในการพัฒนา คือ (1) ประชุมร่วมกันระหว่างแกนหลักในการพัฒนา (2) ประชุมกลุ่มย่อยในแต่ละหอผู้ป่วย (3) ลงมือปฏิบัติจริงตามแผนและกิจกรรมที่กำหนด (4) นิเทศติดตามกำกับ (5) ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงระบบและกลไกในการดำเนินงานการพัฒนา (6) สนทนาอย่างไม่เป็นทางการเป็นระยะ และ (8) ประชุมแกนหลักการพัฒนาเพื่อสะท้อนผลการดำเนินการพัฒนา เดือนละ 1 ครั้ง รวม 5 ครั้ง

3. ระยะการประเมินผล (มกราคม พ.ศ. 2563 – กรกฎาคม พ.ศ. 2563)

การประเมินผลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการไปพร้อมกับกระบวนการพัฒนาในแต่ละวงจร ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาในวงจรที่ 3 ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Sepsis resuscitation bundle) อาการทรุดลงทางคลินิก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จำแนกตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือในการวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ มีรายละเอียดดังนี้

1.1) แบบบันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการและอาการทรุดลงทางคลินิก ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อรุนแรง (คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทางด่วนพิเศษสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรง เขตสุขภาพที่ 7, 2559) แบบบันทึกข้อมูลนี้มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ลักษณะอาการทางคลินิก ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการในแต่ละขั้นตอน และอาการทรุดลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

1.2) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยสามัญ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่เป็นอยู่ และความต้องการพัฒนา จำนวน 3 ข้อ

1.3) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เพื่อรวบรวมข้อมูลในการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ประเด็นเกี่ยวกับ การปฏิบัติการคัดกรอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (ปฏิบัติได้ครบ/ไม่ครบตามองค์ประกอบ) และเติมในช่องว่าง มีจำนวน 4 ข้อ

2. เครื่องมือในการวิจัยระยะพัฒนาและระยะประเมินผล เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

2.1) แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อและประสบการณ์เชิงวิชาชีพ เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลในการสนทนากลุ่มกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยสามัญที่ศึกษา ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมการพัฒนา การระบุปัญหาและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา จำนวน 3 ข้อใหญ่

2.2) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเดียวกันกับแบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในข้อ 1.3

2.3) แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกข้อมูลจากการสังเกต การสนทนาอื่น ๆ ที่ไม่เป็นทางการ รวมทั้งการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนา

2.4) แบบบันทึกอาการทรุดลงทางคลินิก เป็นแบบประเมินเดียวกับแบบประเมินในข้อ 1.1

2.5) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 ใช้สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การคัดแยกประเภทผู้ป่วยเบื้องต้น จำนวน 3 ข้อ 2) การประเมินสภาพ จำนวน 10 ข้อ และ 3) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จำนวน 15 ข้อ สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 2 ใช้สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การคัดแยกประเภทผู้ป่วยเบื้องต้น จำนวน 3 ข้อ 2) การประเมินสภาพ จำนวน 10 ข้อ และ 3) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จำนวน 15 ข้อ โดยแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5 = มีการรับรู้สมรรถนะในระดับมากที่สุด 1 = มีการรับรู้สมรรถนะในระดับน้อยที่สุด)

2.6) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 มิติ ได้แก่ 1) มิติระดับคุณภาพการพยาบาลในการป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิก จำนวน 1 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (ระดับดีเยี่ยม, ดีมาก, ดี, ไม่ดี และ ตก) 2) มิติความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลในการป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิก จำนวน 20 ข้อ 5 ด้าน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 อันดับ การแปลผลคะแนน ดังนี้ ร้อยละของคำตอบเชิงบวก (ค่าคะแนนอันดับ 4 และ 5) มีค่าร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ควรส่งเสริม ร้อยละ 50-80 หมายถึง ควรพัฒนา และต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง ควรพัฒนาอย่างเร่งด่วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลที่ 1.1 แบบสอบถามที่ 2.5 และ 2.6 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index for scale [S-CVI]) เท่ากับ .90 และแบบสอบถามที่ 2.5 และ 2.6 ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 30 คน พบว่า มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82, .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม (เลขที่ COA 62/050 วันที่ 1 สิงหาคม 2562) โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เป็นการวิจัยในพื้นที่การปฏิบัติงานของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการตามกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อลดความไม่เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในกระบวนการขอความยินยอม โดยก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กับผู้ร่วมวิจัยและให้ความมั่นใจกับผู้ร่วมวิจัยในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อประโยชน์ส่วนบุคคลและการเลือกปฏิบัติ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล และผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (Descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

ผลการวิจัย

สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยสามัญ ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการศึกษาจำแนกตามประเด็นการศึกษา ดังนี้

1. ลักษณะอาการทางคลินิกและอาการทรุดลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

ผลการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 112 ราย พบว่า มีสัดส่วนเพศใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 49 และเพศหญิงร้อยละ 51 มีอายุเฉลี่ย 61.24 ปี มีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 72.32 โดย 3 อันดับแรกคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 37.35, 26.78 และ 18.75 ตามลำดับ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ได้แก่ ไข้ ชีพจร ปวดท้อง และหายใจเหนื่อย โดยตำแหน่งที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อคือ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 43.75, 25 และ 17.85 ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 16.96 เมื่อศึกษาอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ ไข้ เหนื่อยหอบ และร้อยละ 84.21 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดมีโรคประจำตัว ระยะเวลารักษานในโรงพยาบาลของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตเฉลี่ยคือ 5 วัน และเสียชีวิตภายใน 72 ชั่วโมง จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ

6.25 ของผู้ป่วยทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 36.84 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด สำหรับการเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกภายใน 72 ชั่วโมง พบ อาการล้มเหลวของระบบไหลเวียน ร้อยละ 75 ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 36.36 ระบบไต ร้อยละ 40 และระบบประสาท ร้อยละ 15

2. กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญที่เป็นอยู่และความต้องการพัฒนา

2.1 สถานการณ์กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่เป็นอยู่ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ดังนี้

2.1.1 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและไม่ครอบคลุม กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีอาการแฝงอยู่ในกลุ่มโรคทุกระบบ การประเมินก่อนข้างยากและประเมินได้ช้า ไม่มีคำจำกัดความของอาการและอาการแสดงในการประเมินและคัดกรองเข้าสู่กลุ่มโรคที่ชัดเจน แนวทางและตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน ทักษะปฏิบัติและติดตามเฝ้าระวังภาวะทรุดลงทางคลินิกไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “จากการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของน้อง ๆ พบปัญหาว่า น้องยังคัดกรองและจำแนกผู้ป่วยไม่ถูกต้องและครอบคลุม การดูแลไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้” (HRN4)

2.1.2 ระบบส่งต่อการสื่อสารแผนการรักษาพยาบาลจากแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและยังทำได้ไม่ครอบคลุม กล่าวคือ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปหอผู้ป่วยสามัญมีการประสานงานและแจ้งข้อมูลไม่ครบถ้วน การประเมินผู้ป่วยทำได้ไม่ครอบคลุม การนำส่งผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องนำส่งไม่ครบถ้วน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “การส่งต่อข้อมูลและอุปกรณ์เครื่องมือที่มาพร้อมกับผู้ป่วยจากอีอาร์ (ER) ยังไม่ครบถ้วน ต้องตามให้ นำส่งที่หลัง และก็ไม่เป็นแนวทางเดียวกันค่ะ” (RN1)

2.1.3 แบบบันทึก/แบบประเมิน/คัดกรอง ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาล กล่าวคือ ชนิดของแบบบันทึก/แบบประเมิน/คัดกรอง ที่ช่วยในการวินิจฉัย จำแนก และคัดกรอง และเครื่องมือประเมินภาวะทรุดลงทางคลินิก ที่ใช้ในแผนกฉุกเฉินและแต่ละหอผู้ป่วย มีความแตกต่าง ทั้งที่ใช้วัดและประเมินผลในกิจกรรมการพยาบาลเดียวกัน ซึ่งยังไม่มีข้อตกลงในการใช้เครื่องมือกลางร่วมกันที่ชัดเจน รวมทั้งความรู้ความเข้าใจของพยาบาลในการใช้เครื่องมือประเมินมีความแตกต่างกัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “แบบประเมิน คัดกรองผู้ป่วยที่เรามีอยู่มีหลากหลายมาก จนไม่รู้จะใช้อันไหนคะแต่ละคนที่ใช้ก็รับรู้ และเข้าใจแตกต่างกันมันไม่เป็นแนวทางเดียวกัน” (RN2)

2.1.4 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไม่เพียงพอ กล่าวคือ ความรู้ ทักษะทางการพยาบาลและประสบการณ์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนักมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้การปฏิบัติ ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “น้องมีความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย แตกต่างกัน และยังไม่มีเพียงพอ” (HRN1)

2.1.5 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและครอบคลุม กล่าวคือ ระบบการดูแลผู้ป่วยใช้ระบบปฏิบัติการช่องทางคั่น ตั้งแต่การประเมินสภาพ การคัดกรอง การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น รวมทั้งการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและครอบคลุม ดังคำบอกเล่า “ด้วยความเร่งรีบที่ต้องดูแลคนไข้ให้ทันและทำหลายอย่าง เวลาที่ญาติตามอาการคนไข้และการรักษา ทำได้เพียงอธิบายสั้น ๆ ไม่ครอบคลุม ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในเรื่องนี้” (RN8)

2.1.6 การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมยังไม่เป็นระบบ กล่าวคือ แผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญยังไม่มีการบริหารจัดการสภาพแวดล้อมในการรองรับผู้ป่วย อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน ทำให้มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

ในอีอาร์ (ER) บางทีผู้ป่วยเซฟซิส (Sepsis) ก็เข้าไม่ได้ เนื่องจากมีผู้ป่วยทิวบ์ (Tube) เต็มห้อง ต้องออกมาอยู่นอกอีอาร์ (ER) ก่อน ยังไม่มีการจัดโซนการดูแลสำหรับผู้ป่วยนี้โดยเฉพาะ (RN5)

2.1.7 วัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลไม่เพียงพอและการบริหารจัดการทั้งคนและวัสดุอุปกรณ์ยังไม่เป็นระบบ กล่าวคือ จากข้อจำกัดของสภาพหอผู้ป่วยและสิ่งแวดลอมในการดูแล ทำให้วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ กระจายกันไม่เป็นระบบและเสี่ยงต่อความปลอดภัย นอกจากนี้การมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะกระจายผู้ป่วย พยาบาลทุกคนได้ดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และผู้ป่วยอื่น ๆ กระจายกันไป ส่งผลต่อการบริหารจัดการและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

การบริหารจัดการและซัพพอร์ต (Support) เรื่อง คนและของ สำหรับผู้ป่วยเซฟซิส (Sepsis) ในวอร์ด (Ward) ไม่ดีพอ การมอบหมายงาน เราก็เป็นกระจายเคส (Case) กับ เคส (Case) อื่น ๆ ในวอร์ด (Ward) ยังไม่เป็นรายกรณีเลย (HRN3)

2.2 สถานการณ์กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่เป็นอยู่ จากการสังเกตการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ตามแบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ดังนี้

2.2.1 การปฏิบัติการคัดกรอง พบว่า มีการคัดกรองที่ไม่ครบองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ การประเมินและบันทึกครบ 4 สัญญาณชีพ การประเมินและบันทึกอาการบ่งชี้ถึงหน้าที่ของอวัยวะสำคัญอย่างใดอย่างหนึ่ง และการกระตุ้นทีม มากถึงร้อยละ 60

2.2.2 การปฏิบัติตามแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ สำเร็จตามเป้าหมายร้อยละ 28.4 โดยแผนการรักษาประกอบด้วย 4 ส่วน นับจากเวลาผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ได้แก่ การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 2,000 ml ภายใน 3 ชั่วโมง การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การควบคุมค่า Mean arterial pressure > 65 mmHg ภายใน 6 ชั่วโมง และการควบคุมค่า Urine output $\geq$ 0.5 ml/kg/hr ภายใน 6 ชั่วโมง

2.2.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อของโรงพยาบาลที่ศึกษานี้ เป็นประเภท ห้องฉุกเฉินเป็นศูนย์กลาง (ED centric model) ซึ่งมีการดำเนินการปฏิบัติการตามแผนการรักษา

3 ส่วนแรก ทำในห้องฉุกเฉิน และส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การติดตามและเฝ้าระวังภาวะทรุดลงทางคลินิกในหอผู้ป่วยสามัญต่อไป

2.2.4 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน คือระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่ส่งต่อหอผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 48 และไม่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 68.5 ยกเว้นกรณีผู้ป่วยภาวะช็อก ร้อยละ 78.2

2.3 ความต้องการการพัฒนาจากการสนทนากลุ่มหัวหน้าแผนกฉุกเฉิน หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ ได้มีมติเห็นพ้องในความต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จากประเด็นสถานการณ์การดูแลที่เป็นอยู่ดังกล่าวข้างต้น 5 ด้าน คือ 1) การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิก 2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล 3) การบริหารจัดการความเสี่ยง 4) ระบบส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยสามัญ และ 5) การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังตัวอย่างคำบอกเล่า “เราจะพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่ป้องกันภาวะคลินิกคลั่งติดยิโอะซัน (Clinical deterioration) ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในคนไข้เซปติค (Sepsis) รวมทั้งสมรรถนะของพยาบาลด้วย” (HRN2) กระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยสามัญ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างความตระหนักและความต้องการในการพัฒนา โดยใช้กลวิธี ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลการศึกษาสถานการณ์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ และการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการเพื่อให้เกิดการสะท้อนคิด ผลลัพธ์ของการศึกษา คือ การมีข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนา และได้แกนหลักในการพัฒนา

2. สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการใช้กลวิธีการสร้างความร่วมมือโดยการประชุมระดมสมองและการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ ผลลัพธ์ของการพัฒนา คือ ได้ทีมการพัฒนาและแผนการปฏิบัติการ

3. ดำเนินการพัฒนาในหอผู้ป่วยนาร่อง คือ แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ใช้กลวิธีการสร้างความร่วมมือในกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติ จำนวน 49 คน ตั้งแต่ระยะการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติ และมีการสนทนากลุ่มของกลุ่มแกนนำ ผลลัพธ์ของการศึกษา คือ (1) ได้โปรแกรมการจัดการรายกรณีในการป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิก (2) ได้แนวปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ประกอบด้วย การประเมินแรงดัน และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (3) ได้แบบบันทึก/แบบประเมินที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ประกอบด้วย (3.1) แบบบันทึก/แบบประเมินสำหรับการประเมินแรงดัน (3.2) แบบบันทึก/แบบประเมินสำหรับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (4) ได้แนวทางในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (5) ได้แนวทางและขั้นตอนในการบริหารจัดการความเสี่ยงในการเกิดอาการทรุดลงทางคลินิก (6) ได้ร่างหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิก (In-service training) และทดลองใช้ (7) ได้แนวทางการส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยสามัญ และ (8) ได้แนวทางการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

4. ขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยังหอผู้ป่วยสามัญอื่น จำนวน 4 หอผู้ป่วย ใช้กลวิธีการสร้างความร่วมมือในกลุ่มพยาบาลผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย จำนวน 50 คน ตั้งแต่ระยะการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติ ได้กิจกรรมการพัฒนาได้แก่ (1) สนับสนุนการใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีในการป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในหอผู้ป่วย (2) นำแนวปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมุ่งเป้าในระยะ 6 ชั่วโมงแรก และแบบบันทึก/แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ควบคู่กับปฏิบัติการพยาบาล (3) สนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในหอผู้ป่วย (4) ดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงตามระบบที่พัฒนาขึ้น (5) จัดอบรมแก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสามัญตามหลักสูตรที่สร้างขึ้น (6) สนับสนุนระบบการส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยสามัญ (7) สนับสนุนการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ (8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนเมื่อมีรายงานอุบัติการณ์อาการทรุดลงทางคลินิก โดยใช้การวิเคราะห์หาสาเหตุของรากเหง้า

การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล: ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองด้วย qSOFA score ≥ 2 คะแนน ได้รับการรายงานแพทย์ภายใน 5 นาที เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 77.32 เป็นร้อยละ 100 อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50.03 เป็นร้อยละ 91.17 อัตราการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 51.37 เป็นร้อยละ 90 อัตราการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml/kg. ใน 1 ชั่วโมงแรก (ไม่มีข้อจำกัด) เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 74.91 เป็นร้อยละ 92.84 ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงความผิดปกติของอวัยวะโดย qSOFA score เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 100 และประเมินอาการแสดงอย่างต่อเนื่องภายหลังเริ่มใช้ NEWS score ร้อยละ 100

2. ด้านผู้ป่วย: ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกทรุดลง ระหว่าง 6 – 72 ชั่วโมงนับจากเวลาที่มาถึงห้องฉุกเฉิน ลดลงจากเดิม ร้อยละ 28.57 เป็นร้อยละ 24.11 โดยมีความรุนแรงของอาการมากที่สุด ตามเกณฑ์ the national early warning score (NEWS; Royal College of Physicians, 2012) คือมีคะแนน NEWS ระหว่าง 9 – 20 ร้อยละ 52 และระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทรุดลงมากที่สุดคือ ภายใน 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 56) อาการทรุดลงของระบบไหลเวียน เป็นอาการที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 82.4) นอกจากนี้พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกทรุดลงเสียชีวิตลดลงจากเดิมร้อยละ 13.39 เป็นร้อยละ 11.03 โดยเป็นผู้ที่มีอาการทรุดลงร่วมกันทั้ง 3 ระบบคือ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียน และ ระบบประสาท ร้อยละ 92 มีคะแนน NEWS ระหว่าง 9 – 20 (ร้อยละ 88.4) และระยะเวลาที่เริ่มมีอาการทรุดลงพบภายใน 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 72.4)

3. ด้านพยาบาลวิชาชีพ: ภายหลังการพัฒนาพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในระดับดีมาก ($M = 4.53$, $SD = .44$) และสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับคุณภาพการพยาบาลในการป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับยอมรับได้ ร้อยละ 82.82

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้
สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรัง เป็นต้น อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย การติดเชื้อทางเดินหายใจ แต่พบว่าอาการสำคัญที่มากที่สุดคือ ชี้น ไม่ใช้หายใจลำบากหรือหายใจเร็ว สำหรับอาการทรุดลงทางคลินิกภายใน 72 ชั่วโมง พบ อาการล้มเหลวของระบบไหลเวียน มากถึงร้อยละ 75 และการเสียชีวิตภายใน 72 ชั่วโมง พบในร้อยละ 24 ชั่วโมงมากที่สุด โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงทางคลินิก 3 ระบบร่วมกัน ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียน และระบบประสาท สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2558) และ Rhee et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี มีประวัติโรคประจำตัว ได้รับการวินิจฉัย การติดเชื้อทางเดินหายใจ อาการสำคัญที่พบมากที่สุดคือ ชี้น และอาการทรุดลงของระบบไหลเวียน เป็นอาการที่พบมากที่สุด อัตราตายในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อพบในผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ส่วนใหญ่มีอาการทรุดลงร่วมกันทั้ง 3 ระบบคือ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียน ระบบประสาท และเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง

จากข้อมูลการสนทนากลุ่มของพยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ พบ ประเด็นปัญหาดังแต่ การปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีความเห็นที่สอดคล้องกันในการต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยใน สอดคล้องกันตาม Survival sepsis campaign 2021 (Evans et al., 2021) ที่สถานบริการสุขภาพทั่วโลกนำไปใช้เป็นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแต่ละประเทศ

กระบวนการและผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ ได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 จนถึง 2564 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในการลดอุบัติการณ์การเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2558) ที่พบว่า การจัดระบบบริการฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่ออาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่ได้รับแผนการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมีโอกาสของการไม่เกิดอาการทางคลินิกทรุดลง 9.349 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ

วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อเริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมในกลุ่มพยาบาลผู้ให้การดูแลและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาลงมาหลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป โดยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกนี้ ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ตั้งแต่การวิเคราะห์และมองเห็นปัญหาร่วมกันจนถึงการปฏิบัติการและประเมินผล ซึ่งมีลักษณะเป็นวงจรปฏิบัติการ หมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อการพัฒนาที่ดีขึ้นและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ได้ใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ดังที่ Case Management Society of America (CMSA) ได้อธิบายถึงการจัดการรายกรณีไว้ดังนี้

การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือในการประเมิน วางแผน อำนาจความสะดวก สนับสนุน ประสานการดูแล ประเมินผล และพิทักษ์สิทธิ์ ในทางเลือกและการบริการที่สอดคล้องกับ ความต้องการทางสุขภาพของแต่ละบุคคลและครอบครัว ผ่านการสื่อสารและการค้นหาจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทั้งเชิงความปลอดภัย คุณภาพการดูแล และความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล (CMSA, 2016)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้จัดการรายกรณีเป็นพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งดำเนินการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อในเรื่องต่าง ๆ เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วย การจัดการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระบบการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย และระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเรียนรู้ร่วมกันของทีมวิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัย ซึ่งอาศัยการสื่อสาร การประสานความร่วมมือ การประชุมกลุ่มระดมสมอง การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกนี้ประสบความสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ จะเห็นได้ว่าความสำเร็จของการพัฒนาขึ้นสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมองเห็นปัญหาร่วมกันและมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด (สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และวิมลทิพย์ พวงเข้ม, 2563) การนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ปัญญา เกื้อนคิ้ว และนาคยา คำสว่าง, 2562; ยุติ เทียมสุวรรณ, อรชร มาลาหอม, ชีรนุช ยินดีสุข, ประภัสสร ความชูช้าง, และนุสรา ประเสริฐศรี, 2560) และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (จิตยา วาระนัง, 2562) สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกสามารถลดการเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกและความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้ โดยมีปัจจัยและเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนา คือ (1) ความตื่นตัวและตระหนักถึงปัญหาร่วมกัน (2) นโยบายที่ชัดเจนและถ่ายทอดลงมาตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลสู่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และหอผู้ป่วย (3) การมีพันธะสัญญาและมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่มุ่งสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น (4) การให้คุณค่าและกำลังใจขณะการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (5) การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการสื่อสารแผนการรักษาพยาบาลในทีมสหสาขาวิชาชีพ และ (6) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. สถานบริการสุขภาพอื่นที่สนใจสามารถนำกระบวนการพัฒนาตามขั้นตอนจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบท ทรัพยากร และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่เป็นอยู่ในพื้นที่นั้น และนำผลผลิต (Product) จากกระบวนการพัฒนาไปประยุกต์ใช้ ทั้งนี้ผู้นำไปใช้ควรปรับปรุงเนื้อหาและวิธีปฏิบัติให้ทันสมัยเสมอ

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ได้โดยควรศึกษาแผนการเรียนรู้วิธีการวัดประเมินผล และปรับใช้ให้สอดคล้องกับระดับความรู้ความสามารถและทักษะปฏิบัติของผู้อบรม รวมถึงสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะและมีการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย

3. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่นำเครื่องมือ NEWS ไปใช้ในการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงทางคลินิก ควรศึกษาเกณฑ์คะแนน (Cut off score) อย่างถี่ถ้วน เพื่อจำแนกความรุนแรงของอาการทรุดลงทางคลินิก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรประเมินติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ qSOFA Score และ NEWS ของพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทางด่วนพิเศษสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตรุนแรง เขตสุขภาพที่ 7. (2559). แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อรุนแรง. ขอนแก่น: เพ็ญพรินดิง จำกัด.
- ปัญญา เดือนดิว, และนาตยา คำสว่าง. (2562). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(2), 180-196.

- ปฏิพร บุญพัฒน์กุล. (2558). *ประสิทธิผลของระบบการบริการสุขภาพฉุกเฉินต่ออาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ* (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จิตติยา วาระนัง. (2562). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *เชียงใหม่เวชสาร*, 11(1), 1-8.
- ยุวดี เทียมสุวรรณ, อรชร มาลาหอม, ชีรนุช ยินดีสุข, ประภัสสร ความยิ่ง, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2560). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยหนัก โดยใช้การจัดการรายกรณีในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 184-193.
- โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล. (2563). *รายงานความเสี่ยง*. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018*. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และวิมลทิพย์ พวงเข้ม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลน่าน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(1), 120-134.
- Bunyaphatkun, P., Sindhu, S., Davidson, P. M., Utriyaprasit, K., Viwatwongkasem, C., & Chartbunchachai, W. (2017). Factors influencing clinical deterioration in persons with sepsis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(2), 135-147. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/71287>
- Case Management Society of America (CMSA). (2016). *CMSA's standards of practice for case management, revised 2016*. Retrieved from <http://www.naylornetwork.com/cmsatoday/articles/print.asp?aid=400028>
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., . . . Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181–1247.
- Guerra, W. F., Mayfield, T. R., Meyers, M. S., Clouatre, A. E., & Riccio, J. C. (2013). Early detection and treatment of patients with severe sepsis by prehospital personnel. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(6), 1116-1125.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1992). *The action research planner* (3rd ed.). Geelong: Deakin University Press.

- Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2010). *Case management: A practical guide for education and practice* (3rd ed.). Philadelphia: F.A Davis company.
- Quinten, V. M., van Meurs, M., Wolffensperger, A. E., Ter Maaten, J. C., & Ligtenberg, J. (2018). Sepsis patients in the emergency department: Stratification using the clinical impression score, predisposition, infection, response and organ dysfunction score or quick sequential organ failure assessment score?. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 25(5), 328-334.
- Rhee, C., Jones, T. M., Hamad, Y., Pande, A., Varon, J., O'Brien, C., . . . Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Prevention Epicenters Program. (2019). Prevalence, underlying causes, and preventability of sepsis-associated mortality in US acute care hospitals. *The Journal of the American Medical Association Network Open*, 2(2), e187571.
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., . . . Dellinger, R. P. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 304–377.
- Royal College of Physicians. (2012). *National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party*. London: RCP.
- The World Health Organization [WHO]. (2020). *Sepsis*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
- Tsai, J. C., Cheng, C. W., Weng, S. J., Huang, C. Y., Yen, D. H., & Chen, H. L. (2014). Comparison of risks factors for unplanned ICU transfer after ED admission in patients with infections and those without infections. *The Scientific World Journal*, 2014, 102929. <https://doi.org/10.1155/2014/102929>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอี

ขวัญฤทัย พันธุ, พย.ม.¹

จันทร์นัย มณีวงษ์, พย.ม.²

เรวดี โพธิ์รัง, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 27 กรกฎาคม 2564; วันที่แก้ไข 21 ธันวาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 21 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การกำเริบของโรคเอสแอลอีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายที่สูงขึ้น งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอสแอลอี เพศหญิง จำนวน 145 คน เลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอี ($\alpha = .84$) และ 3. แบบประเมินการกำเริบของโรคเอสแอลอี ($\alpha = .87$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเอสแอลอีมีการกำเริบของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 13.66, SD = 4.27$) และพบว่ามีเพียงระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอสแอลอีถึงปัจจุบันเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกำเริบของโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r(145) = 0.201, p < .05$) ดังนั้นพยาบาลควรวางแผนการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีปฏิบัติตัวในด้านการทาครีมกันแดด การออกกำลังกาย และการไม่รับประทานอาหารไขมันสูงเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอี ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ: ปัจจัย, ความสัมพันธ์, การกำเริบของโรคเอสแอลอี

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ Corresponding author: ขวัญฤทัย พันธุ, E-mail: khanreothai@snc.ac.th

Factors Associated with Relapsed Patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Khunruetai Panthu, M.S.N.¹

Janchai Maneewong, M.S.N.²

Rawadee Phorang, M.S.N.²

(Received: July 27th, 2021; Revised: December 21st, 2021; Accepted: December 21st, 2021)

Abstract

A Relapse of Systemic Lupus Erythematosus [SLE] leads to higher complication and mortality rates. The objective of this study was to examine the factors associated with a relapse of SLE. Participants consisted of 145 female patients with SLE who were selected by purposive sampling. Data were collected using a three-part instrument which included: the General Data Questionnaire, the Behavioral Measure of Patients with SLE ($\alpha=.84$), and the Assessment Form for a Relapse of SLE ($\alpha=.87$). Data were analyzed using descriptive statistics, point biserial correlations, and Pearson's correlation coefficients. The results showed that, among patients who experienced a moderate level relapse of SLE ($M = 13.66$, $SD = 4.27$), the only factor associated with their relapse was the duration since their SLE was diagnosed ($r(145) = 0.201$, $p < .05$) Therefore, nursing guidelines should be developed for practitioners to help them prevent a relapse of SLE in patients who have been diagnosed for a longer period of time.

Keywords: factors, relationship, relapse of SLE

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Professional Level, Boromarajajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹ Corresponding author: Khunruetai Panthu, Email: khanreothai@snc.ac.th

บทนำ

โรคเอสแอลอี (Systemic Lupus Erythematosus [SLE]) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันต่อเนื้อเยื่อตนเอง เกิดจากร่างกายมีการอักเสบเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้เกิดความผิดปกติหลายระบบ สมาคมโรคข้อแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Rheumatology [ACR]) กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเอสแอลอีว่า ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงอย่างน้อย 4 ข้อใน 11 ข้อ ตามเกณฑ์ของ Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) ปี พ.ศ. 2555 เข้าได้กับโรคเอสแอลอี โดยมีค่าความไวและความจำเพาะต่อโรค (Sensitivity and specificity) อยู่ที่ร้อยละ 97 และ 84 ตามลำดับ (Petri et al., 2012) โรคเอสแอลอี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีความชุก (Prevalence) ของโรค 20 – 70 รายต่อประชากร 100,000 ราย (Danchenko, Satia, & Anthony, 2006) ร้อยละ 90 พบในเพศหญิงอายุ 15 – 45 ปี (Jakes et al., 2012) และจากข้อมูลทางสถิติในปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคเอสแอลอีทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีจำนวน 615 รายต่อปี โดยพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557–2559 มีจำนวนผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตามลำดับดังนี้ ในเพศหญิงปีละ 400, 470, 578 รายตามลำดับ และเพศชายปีละ 224, 466, 464 ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาเมธายา, 2562)

อาการและอาการแสดงของโรคเอสแอลอีที่พบบ่อยคือ อ่อนเพลีย มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และพบได้ในทุกระบบของร่างกาย เช่น อาการทางระบบข้อและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะมีการปวดข้อ ระบบผิวหนังจะพบผื่นแดง ระบบเลือดอาจพบภาวะโลหิตจาง ระบบไตอาจพบไตอักเสบ เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นกับระบบที่ถูกรบกวนในผู้ป่วยแต่ละราย (Jakes et al., 2012) การดำเนินของโรคเอสแอลอีแบ่งเป็น 2 แบบ คืออยู่ในระยะแสดงอาการกำเริบ (Active) และระยะสงบ (Remission) ซึ่งอาการสำคัญเมื่อโรคกำเริบคือ เลือดออกทางปัสสาวะ เจ็บทรวงอก ไอเป็นเลือด ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อและข้อบวม ปวดศีรษะตลอดเวลา เลือดกำเดาไหลง่าย น้ำหนักลด เป็นต้น (นิตยารวรรณ กุลณาวรรณ, 2556) สำหรับการวินิจฉัยโรคแพทย์จะใช้ผลจากประวัติ ตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การตรวจเอกซเรย์หัวใจ เป็นต้น ส่วนการประเมินความรุนแรงของการกำเริบของโรคในต่างประเทศนิยมใช้ประเมิน Quick Systemic Lupus Activity Questionnaire (Q-SLAQ) และอื่น ๆ ส่วนในประเทศไทยใช้แบบประเมิน SLEDAI-2K score ของ พิพัฒน์ งามมีศรี และคณะ (2562) ซึ่งเป็นการประเมินในหลายระบบ มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0-105 คะแนน

เป้าหมายในการรักษาโรคเอสแอลอี คือ ทำให้อาการกำเริบเข้าสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด และรักษาภาวะสงบให้นานที่สุด หากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง และมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ (พิพัฒน์ งามมีศรี และคณะ, 2562) ทั้งนี้แพทย์อาจใช้วิธีการรักษาด้วยยาได้แก่ ยาลดการอักเสบของข้อ ลดการเจ็บปวด รวมถึงยาช่วยในการปรับการทำงานของเม็ดเลือดขาวให้ทำงานเหมือนปกติมากยิ่งขึ้น เช่น ยากลุ่มสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน หรือรักษาตามอาการ เช่น ผู้ที่มีการข้อบวม ข้อติดขัด ใช้วิธีการแช่น้ำอุ่น เป็นต้น (วันรัชดา คัชมาตย์, 2563) นอกจากนี้ผู้ป่วยเอสแอลอีควร

มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค (Paediatric Rheumatology European Society, 2016) เช่น การทาครีมกันแดดหรือป้องกันตนเองเมื่อออกแดด ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล หลีกเลี่ยงการอยู่ในชุมชนแออัด ใช้สารเคมีและความเครียด รวมทั้งงดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการตั้งครุฑก่อนที่แพทย์จะอนุญาต ในการศึกษาของ อาทิตยา ไทพานิชย์ (2550) พบว่าผู้ป่วยเอสแอลอีส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการทาครีมกันแดด การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และการออกกำลังกาย น้อยกว่าร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยชาวไทยยังไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค อย่างไรก็ตามการศึกษาของ อาทิตยา ไทพานิชย์ ไม่พบความสัมพันธ์ของปฏิบัติตัวกับการกำเริบของโรค

โรคเอสแอลอีส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยในระยะสั้นผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการกำเริบของโรคในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะผิวหนัง ข้อ ระบบเลือดไต และประสาทส่วนกลาง (Levy & Kammphuis, 2012) ในระยะยาวผู้ป่วยอาจต้องพึ่งพามุคคนอื่นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่สามารถทำงานและแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเต็มที่ เพราะมีข้อจำกัดด้านร่างกาย หรืออาจมีการสูญเสียสภาพลักษณะ (Poole, Atanasoff, Pelsor, Sibbitt, & Brooks, 2007) นอกจากนี้โรคเอสแอลอียังเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การกำเริบของโรคมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และภาวะทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะในร่างกาย (Kunyakham, Foocharoen, Mahakkanukrauh, Suwannaroj, & Nanagara, 2012) ผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การศึกษาในสหราชอาณาจักร ในปี พ.ศ. 2542 – 2555 พบว่าผู้ป่วยเอสแอลอีมีอัตราการตายเท่ากับ 15.84 ต่อ 1,000 คนต่อปี สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคในระบบไหลเวียนและมะเร็ง (Rees et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Choi, Ji, and Song (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.6 เท่า ของประชากรทั่วไป และปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คือ โรคไต โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และการติดเชื้อ ส่วน Fors and Izmirly (2016) พบว่าสาเหตุจากการเสียชีวิตคืออาการทางระบบประสาท

ในประเทศไทย พิพัฒน์ งามมีศรี และคณะ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโลหิตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยเอสแอลอีที่พบมากที่สุด คือ การติดเชื้อ โดยเฉพาะปอดติดเชื้อ (พบร้อยละ 52) สาเหตุรองลงมา คือ สาเหตุจากการกำเริบของโรค และยังพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะการเสียชีวิตคือ โรคโลหิตจางจากกลไกทางภูมิคุ้มกัน คล้ายคลึงกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอีพบว่า ภาวะติดเชื้อมีผลต่อการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ความเครียดมาก และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ยังสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.242, p = .005$ และ $r = 0.276, p = .001$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรค ความรู้เกี่ยวกับเอสแอลอี และการปฏิบัติตัวไม่สัมพันธ์กับการกำเริบของโรค (อาทิตยา ไทพานิชย์, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีต่อการกำเริบของโรคในจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ

ของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี โดยได้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเพศหญิง เพื่อค้นหาปัจจัยส่วนบุคคล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรค และนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง การกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอี ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของการกำเริบของโรคเอสแอลอี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยเอสแอลอีกับการกำเริบของโรคเอสแอลอี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยเอสแอลอีกับการกำเริบของโรคเอสแอลอี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเอสแอลอี
2. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเอสแอลอี

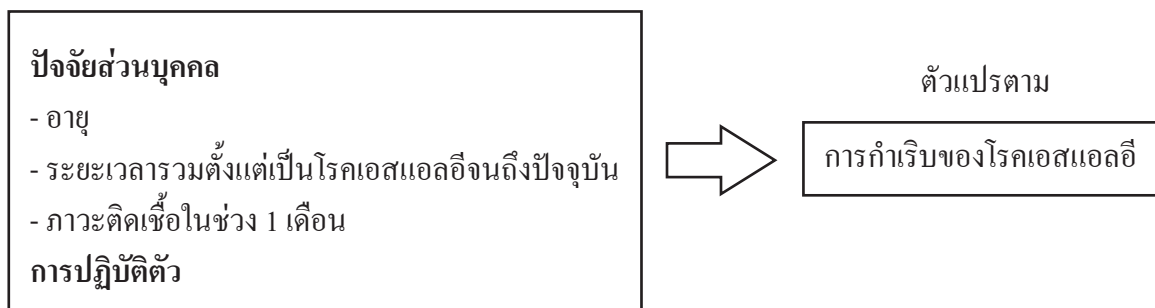
นิยามศัพท์

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง อายุ โรคประจำตัว สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอสแอลอี ถึงปัจจุบันการติดเชื้อในช่วง 1 เดือน และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด
2. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี หมายถึง การปฏิบัติตัวที่ทำให้ไม่เกิดการกำเริบของโรคเอสแอลอี วัดด้วยแบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอี ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีจำนวน 15 ข้อปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อที่ควรปฏิบัติ เช่น การทาครีมกันแดด การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น และสิ่งที่ห้ามปฏิบัติ เช่น การออกแดด การตั้งครรภ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกับการกำเริบของโรค รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยภาคตัดขวางเชิงสำรวจ (Cross sectional survey study) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการเป็นโรค อวัยวะที่เกี่ยวข้อง การติดเชื้อ ยาที่ผู้ป่วยใช้ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอีต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอีที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีเพศหญิง อายุ 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ที่มาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี ตามเกณฑ์ของ สมาคมโรคข้อแห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2540 (Petri et al., 2012)

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีเพศหญิงที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ สมารถเข้าร่วมการวิจัยด้วย และสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากขนาดสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Correlation) ตามอำนาจการทดสอบ (Power analysis; Polit, 1999) ผู้วิจัยได้กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 (Two tail) ให้ระดับอำนาจการทดสอบ (Level of power) ที่ .80 และประมาณขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .30 (Medium) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 145 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล เจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 5/2562 และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสอบถามความสนใจในการร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาและการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ โรคประจำตัว สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และข้อมูลด้านความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่เป็นโรคเอสแอลอี ถึงปัจจุบันการติดเชื้อในช่วง 1 เดือน และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

ส่วนที่ 2 แบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอี ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยข้อประเมินในแต่ละข้อมีข้อย่อยให้เลือกตอบและได้รับคะแนน 0, 50, และ 100 คะแนน ดังในตารางที่ 1

โดยข้อประเมินที่เป็นการส่งเสริมให้ปฏิบัติตัว (ข้อคำถามเชิงบวก) มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) การทาครีมกันแดด 3) การสวมเสื้อแขนยาวเมื่อออกแดด 4) การออกกำลังกาย 5) การพักผ่อน 12) การควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล 14) เมื่อมีไข้สูง หนาว เจ็บคอ มาพบแพทย์ และ 15) มาพบแพทย์ตามนัด ข้อคำถามเชิงบวกนี้เมื่อปฏิบัติตัวจะได้คะแนนการปฏิบัติตัวมาก

ส่วนข้อที่มีความหมายเป็นข้อห้ามปฏิบัติ (ข้อคำถามเชิงลบ) มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 2) การออกแดด 6) การตั้งครรภ์ 7) อยู่ในสถานที่ชุมชน เช่น ตลาดนัด ตลาดสด โรงภาพยนตร์ ชุมชนแออัด 8) การสูบบุหรี่ 9) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 10) การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ 11) การรับประทานไขมันสูง เช่น อาหารทอด ไข่แดง ปลาหมึก และ 13) การใช้สารเคมีในการทำผม เช่น การย้อมผม การยืดหรือมัดผม ข้อคำถามเชิงลบนี้เมื่อปฏิบัติจะได้คะแนนการปฏิบัติตัวน้อย ดังนั้นในการอธิบายผลของการวิจัยนี้ในข้อคำถามเชิงลบ จะใช้คำที่มีอยู่ในช่อง 100 คะแนน มาอธิบายตัวแปร เช่น หัวข้อประเมิน การสูบบุหรี่ จะใช้คำว่า การไม่สูบบุหรี่ (100 คะแนน) ซึ่งเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคเอสแอลอีที่เหมาะสม

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอี ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หัวข้อประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	0 คะแนน	50 คะแนน	100 คะแนน
1. การทาครีมกันแดด	ไม่ทาครีมกันแดด หรือทาครีมกันแดดน้อยกว่า 7 วัน	ทาครีมกันแดด 7 วัน	ทาครีมกันแดด 14 วัน
2. การออกแดด	ออกแดดทุกวันหรือออกแดดน้อยกว่า 7 วัน	ออกแดด 7 วัน	ไม่ออกแดด
3. การสวมเสื้อแขนยาวเมื่อออกแดด	ไม่สวมเสื้อแขนยาวเมื่อออกแดด หรือสวมเสื้อแขนยาวเมื่อออกแดดน้อยกว่า 7 วัน	สวมเสื้อแขนยาวเมื่อออกแดด 7 วัน	สวมเสื้อแขนยาวเมื่อออกแดด และกางร่มทุกครั้ง
4. เลือกตามสภาวะของผู้ป่วยข้อใดข้อหนึ่ง คือผู้ป่วยมีภาวะที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น ปวดข้อ บวม มีไข้ หรือไม่ ไม่มี (ทำข้อ 4.1) มี (ทำข้อ 4.2)			
4.1 สำหรับผู้ป่วยที่สามารถออกกำลังกายได้ +	ไม่ออกกำลังกาย	ออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	ออกกำลังกายนานกว่า 30 นาทีต่อครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์
4.2 มีภาวะปวดข้อ +	ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายมากกว่าปกติ		ออกกำลังกายเท่าที่ทำได้ เช่น บริหารข้อเท้า บริหารข้อเข่า เขยียดข้อสะโพก
5. การพักผ่อน +	นอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน น้อยกว่า 7 วัน	นอนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน 7 วัน	นอนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นมาด้วยความสดชื่นทุกวัน
6. การตั้งครรภ์ -	ตั้งครรภ์ก่อนแพทย์อนุญาต		ไม่ตั้งครรภ์ก่อนแพทย์อนุญาต
7. อยู่ในสถานที่ชุมชน เช่น ตลาดนัด ตลาดสด โรงภาพยนตร์ ชุมชนแออัด -	อยู่ในสถานที่ชุมชนทุกวัน	อยู่ในสถานที่ชุมชนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน	ไม่ได้อยู่ในสถานที่ชุมชนเลย
8. การสูบบุหรี่ -	สูบบุหรี่		ไม่สูบบุหรี่
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ -	ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หัวข้อประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		
	0 คะแนน	50 คะแนน	100 คะแนน
10. การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ -	รับประทาน		ไม่รับประทาน
11. การรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น อาหารทอด ไขแดง ปลาหมึก -	รับประทานอาหารไขมันสูงทุกวัน 14 วัน		ไม่รับประทานที่มีไขมันสูงเลย
12. การควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล +	ไม่ควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล		ควบคุมอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล
13. การใช้สารเคมีในการทำผม เช่น การย้อมผม การยืดหรือมัดผม -	ใช้สารเคมีในการทำผม		ไม่ใช้สารเคมีในการทำผม
14. เมื่อมีไข้สูง หนาว เจ็บคอ มาพบแพทย์ +	ไม่มาพบแพทย์		มาพบแพทย์
15. มาพบแพทย์ตามนัด +	ไม่มาพบแพทย์		มาพบแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการกำเริบของโรคเอสแอลอี (The Mexican SLE Disease Activity Index [MEX - SLEDAI]) ประเมินการกำเริบของโรคเอสแอลอีจากอาการของผู้ป่วย 10 อาการ ได้แก่ 1) อาการทางระบบประสาท (8 คะแนน) 2) อาการทางไต (6 คะแนน) 3) หลอดเลือดดำอักเสบ (4 คะแนน) 4) เม็ดเลือดแดงถูกทำลายภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (3 คะแนน) 5) กล้ามเนื้ออักเสบ (3 คะแนน) 6) ข้ออักเสบ (2 คะแนน) 7) การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและในช่องปาก (2 คะแนน) 8) มีการอักเสบของผนังด้านนอกของเยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มหัวใจ (2 คะแนน) 9) มีไข้ อ่อนล้า (1 คะแนน) และ 10) เม็ดเลือดขาวต่ำ ระดับ Lymphocyte ต่ำ (1 คะแนน) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 32 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ 0-11 คะแนน 12-23 คะแนน และ 23 – 35 คะแนน ซึ่งหมายถึง การกำเริบของโรคระดับเล็กน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก อาทิตยา ไทพาณิชย์ (2551) และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน และตรวจสอบความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient [α]) พบว่าแบบวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอี ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาและแบบประเมินการกำเริบของโรคเอสแอลอี มี α เท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ โดยส่วนที่ 3 แบบประเมินการกำเริบของโรคเอสแอลอี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเจ้าของลิขสิทธิ์ และได้ทำการแปลเครื่องมือวิจัยที่เป็นภาษาต่างประเทศ (Forward translator) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และดำเนินการตามขั้นตอนการแปลเครื่องมือวิจัยอย่างครบถ้วน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาเพื่ออธิบาย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย การออกแบบ และการดำเนินการวิจัย รวมถึงการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยเอสแอลอี และผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่ผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยเก็บข้อมูลและชี้แจงทำความเข้าใจให้ตรงกัน
2. ผู้ช่วยผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย เช่น ความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร และการรักษาความลับ และเปิดโอกาสให้ผู้สนใจในการเข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัย
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วย และใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที
4. ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอีทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาลงและพร้อมจำหน่ายกลับบ้าน และแบบประเมินการกำเริบของ โรคเอสแอลอี รวบรวมข้อมูลจากบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย นำมาหาค่าคะแนนการกำเริบของโรค และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างภาวะติดเชื้อมา 1 เดือน และการกำเริบของโรคเอสแอลอีโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอสแอลอีจนถึงปัจจุบัน และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอีกับการกำเริบของโรคโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product – moment correlation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 15-45 ปี สถานภาพโสดและระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ ระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอสแอลอี ถึงปัจจุบัน เท่ากับ 6.79 ปี ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากเอสแอลอี ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอดส์จำนวน 145 คน

ข้อมูล	จำนวน (N = 145)	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคล		
อายุเฉลี่ย = 32.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.42 ปี		
15-45 ปี	121	83.45
45 ปี	24	16.55
สถานภาพสมรส		
โสด	79	54.48
สมรส	59	40.69
หม้าย	7	4.83
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	4.83
ประถมศึกษา	40	27.59
มัธยมศึกษา	53	36.55
อนุปริญญา	21	14.48
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	24	16.55
อาชีพ		
รับจ้าง	75	51.72
ค้าขาย	22	15.17
พนักงานบริษัท	17	11.72
อื่น ๆ	31	21.39
ภาวะติดเชื้อ		
ติดเชื้อ	22	15.17
ไม่ติดเชื้อ	123	84.83
ระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอดส์ถึงปัจจุบัน		
เฉลี่ย = 6.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.58		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	42	28.97
มีโรคประจำตัวอื่น*	103	71.03

ข้อมูล	จำนวน (N= 145)	ร้อยละ
- ความดันโลหิตสูง	75	51.72
- เบาหวาน	40	27.59
- โรคหัวใจ	14	9.66
- อื่น ๆ	14	9.66

* ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวหลายชนิดร่วมกัน

คะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอี

คะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นการวัดการปฏิบัติตัวในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยกเว้นการตั้งครรภ์ พิจารณาการตั้งครรภ์ ณ วันที่เก็บข้อมูล โดยคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยข้อต่ำที่สุดคือ การไม่รับประทานอาหารไขมันสูง ส่วนข้อที่สูงที่สุดคือ การมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวรวมของผู้ป่วยรายข้อ (N = 145 คน)

ข้อคำถาม	M	SD
1. การทาครีมกันแดด	47.93	48.90
2. การไม่ออกแดด	80.42	39.83
3. การสวมเสื้อแขนยาวเมื่อออกแดดและกางร่มทุกครั้ง	66.90	47.22
4. การออกกำลังกายนานกว่า 30 นาทีต่อครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์	38.85	48.92
5. การนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ	86.90	33.86
6. การไม่ตั้งครรภ์	87.59	33.09
7. การไม่อยู่ในสถานที่ชุมชนแออัด	66.90	47.22
8. การไม่สูบบุหรี่	87.59	33.09
9. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	92.41	26.57
10. การรับประทานยาที่ถูกต้อง	87.59	33.09
11. การไม่รับประทานอาหารไขมันสูง	37.24	48.51
12. การคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล	66.21	47.45
13. การไม่ใช้สารเคมี เช่น ยาฉีด-ย้อมผม ยาล้างห้องน้ำ	83.45	37.29
14. การมาพบแพทย์เมื่อมีอาการไข้ หนาวสั่น	63.19	48.40
15. การมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วย	97.93	14.28

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยเอดส์ต่อการกำเริบของโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า มีเพียงระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอดส์ถึงปัจจุบันเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกำเริบของโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปฏิบัติตัวนั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันดังรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยเอดส์กับการกำเริบของโรคโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product – Moment Correlation)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
- อายุ	$r = 0.085$	.359
- ระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอดส์ถึงปัจจุบัน	$r = 0.201^*$	.015
- ภาวะติดเชื้อในช่วง 1 เดือน	$r_{pb} = 0.056$	.476
การปฏิบัติตัว	$r = -0.016$	.838

* $p < .05$, $N = 145$

ระดับความรุนแรงของการกำเริบของโรคเอดส์

เมื่อนำคะแนนการกำเริบของโรคเอดส์มาแบ่งระดับความรุนแรงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของการกำเริบของโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความรุนแรงของการกำเริบของโรคเอดส์

ระดับความรุนแรง	จำนวน ($N = 145$)	ร้อยละ
เล็กน้อย	36	24.83
ปานกลาง	109	75.17
มาก	0	0

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอสแอลอีที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการกำเริบของโรคเอสแอลอีมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอสแอลอีถึงปัจจุบัน และภาวะติดเชื้อในช่วง 1 เดือน ทำให้มีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมไปถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอี หากผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้การกำเริบของโรคลดลง เนื่องจากโรคเอสแอลอีเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาด้วยยาสามารถควบคุมให้โรคอยู่ในระยะสงบได้ แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต หากควบคุมอาการได้ไม่ดีมีการกำเริบของโรคที่รุนแรงและบ่อยครั้งจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำงานได้ (Paediatric Rheumatology European Society, 2016)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยเอสแอลอีกับการกำเริบของโรคเอสแอลอีพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเอสแอลอี อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 15 - 45 ปี สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคเอสแอลอีที่พบในเพศหญิงอายุน้อย (จันทร์ทอง เขียวงาม, สรรยาแสงพระพรหม, วิฑูรย์ โลหะสุนทร, และยิ่งยศ อวิหิงสานนท์, 2557; Osiri & Deesomchok, 2011) ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อการครอบครัวและสังคมมากกว่าวัยอื่น ๆ สามารถเสาะหาแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือและมีการปรับตัวต่อการเป็นโรคเอสแอลอีได้ (Yue, Li, Weilin, & Bin, 2015) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีความสนใจในการดูแลสุขภาพสามารถเผชิญปัญหาและมีการจัดการตนเองที่ดีกว่าเพศชาย (พูลสุข ศิริพูล, สุพัฒนา ศักดิฐานนท์, และวิยะดา ทิพน้อม, 2561) จึงไม่มีผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคคือ 7.39 ปี และพบว่าระยะเวลารวมตั้งแต่เป็นโรคเอสแอลอีถึงปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกำเริบของโรคเอสแอลอีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดงถึงระยะเวลารวมของการเป็นโรครวมทำให้เกิดการกำเริบของโรครวม อธิบายได้ว่าเอสแอลอีเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเอสแอลอีแต่ละรายมีความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันในร่างกายของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงจะไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวหรือสังคมได้ดังเดิม ทำให้รู้สึกว่าการตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความแน่นอนในชีวิต ไม่มีความสุขในชีวิต ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น (สุพัฒนา ศักดิฐานนท์, ยุภาวดี ทาสะโก, และพูลสุข ศิริพูล, 2563)

ภาวะติดเชื้อในช่วง 1 เดือน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.67 ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ จึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา จากการทบทวนงานวิจัยของ พิพัฒน์ งามมีศรี และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโลหิตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าโรคเอสแอลอีกำเริบเกิดร่วมกับการติดเชื้อ อธิบายได้จากการติดเชื้ออาจจะเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิด

โรคกำเริบได้ จึงพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อร่วมกับมีอาการกำเริบเนื่องจากปัจจุบันมียาควบคุมภูมิคุ้มกัน หลายตัวที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคเอสแอลอีทำให้สามารถควบคุมตัวโรคได้ แต่ผลจากการใช้ยาควบคุมภูมิคุ้มกันนี้อาจส่งผลทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ดังนั้นการที่จะป้องกันการกำเริบของโรคจึงต้องควบคุมการติดเชื้อ โดยการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อหรือโรคกำเริบให้เร็ว และส่งเสริมการดูแลตัวเองของผู้ป่วย

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอสแอลอีไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับคือ การทาครีมกันแดด การออกกำลังกายนานกว่า 30 นาทีต่อครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และการไม่รับประทานอาหารไขมันสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบว่าควรทาครีมกันแดด และหลีกเลี่ยงแสงแดด แต่ไม่ทาครีมกันแดดเพราะมีความเหนียวเหนอะหนะ ไม่สบายตัว มีความยุ่งยาก ลำบาก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแสงแดดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคเอสแอลอี (Andrea & Michelle, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี (พูลสุข ศิริพูล และคณะ, 2561) ด้านการป้องกันแสงแดด ผลงานวิจัยพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันแสงแดดที่ไม่เหมาะสม โดยการไม่ป้องกันแสงแดด เลือกใช้ครีมกันแดดโดยไม่พิจารณาค่าความสามารถในการป้องกันการไหม้แดงของผิว (Sunburn protection factor [SPF]) และใช้ชีวิตอยู่กลางแจ้ง แสงแดด โดยเฉพาะรังสีอัลตราไวโอเลต เป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญที่กระตุ้นให้โรคเอสแอลอี แสดงอาการขึ้น หรือทำให้โรคที่สงบอยู่กำเริบรุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงต้องทราบถึงผลของแสงแดดที่สามารถกระตุ้นให้โรคกำเริบได้ (โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์, 2556) เนื่องจากแสงแดด โดยเฉพาะรังสีอัลตราไวโอเลต เป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญที่กระตุ้นให้โรคเอสแอลอีกำเริบ (Pichardo, 2020) ผู้ป่วยเอสแอลอีจะมีความไวต่อแสงเมื่อได้รับแสงแดดจะทำให้เกิดผื่นผิวหนังหรือผื่นแดงบริเวณใบหน้า (Butterfly rash) ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรค ทำให้มีไข้ ปวดตามข้อต่อต่าง ๆ และทำให้อวัยวะในร่างกายเกิดการอักเสบ (Ludlam, 2020)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องมาจากมีปัจจัยรบกวน คือ อาการปวดบวมบริเวณข้อ โดยเฉพาะข้อที่พบการปวดบวมมากที่สุดคือ บริเวณข้อมือ และข้อเท้า (Hodkinson, Okpechi, & Botha-Scheepers, 2016) รวมทั้งอาการปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ และกระดูกเสื่อม (สุมาลี นิมนานนิตย์, 2560) แม้จะมีการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้นในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี (Hanrop, Puwarawuttipanit, Sriyuktasuth, & Sritippayawan, 2015) โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ (กัญญา จันทร์ใจ, ธีราภรณ์ จันทร์ดา, และอรสา พันธรักคี, 2556) ซึ่งส่งเสริมภาวะสงบของโรค แต่หากมีอาการปวดข้อรบกวนจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคไม่ออกกำลังกาย ไม่อยากออกกำลังกาย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการจัดการตนเองลดลง ในที่สุดจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงอีกด้วย (พูลสุข ศิริพูล และคณะ, 2561 ; Hanrop, Puwarawuttipanit, Sriyuktasuth, & Sritippayawan, 2015)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไขมันสูง ซึ่งการรับประทานอาหารไขมันสูงส่งผลต่อการกำเริบของโรคเอสแอลอี สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการตนเองของวัยรุ่นที่เป็นโรคเอสแอลอีของ พูลสุข ศิริพล และคณะ (2561) ที่พบว่า วัยรุ่นที่เป็นโรคเอสแอลอีส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 91.2 และไม่หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้โรคกำเริบ ร้อยละ 46.3 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องอาหารและสารอาหารที่ผู้ป่วยเอสแอลอีรับประทานของ Klack, Bonfa, & Ferreira Borba Neto (2012) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์สูงส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเอสแอลอีมีการกำเริบของโรคอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าระยะเวลาเริ่มต้นเป็นโรคเอสแอลอีถึงปัจจุบันที่ยาวนานมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเอสแอลอี ส่วนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอลอีพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค โดยการปฏิบัติตัวที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การทาครีมกันแดด การออกกำลังกายนานกว่า 30 นาทีต่อครั้ง มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และการไม่รับประทานอาหารไขมันสูง

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลควรออกแบบโปรแกรมหรือการวางแผนการพยาบาล ในการส่งเสริม ป้องกันให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคในผู้ป่วยเอสแอลอี ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และการเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเอสแอลอีเพิ่มเติม เช่น ความเครียด การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอสแอลอีในการป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กัญญา จันทโรใจ, ธีราภรณ์ จันทร์ดา, และอรสา พันธรักคี. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 19(1), 60-72.
- จันทร์ทอง เขียวงาม, สรณยา เสงพระพรหม, วิฑูรย์ โลหสุนทร, และยิ่งยศ อวิหิงสานนท์. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง. *เวชเวชสาร*, 58(2), 39-49.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช. (2562). *เวชระเบียนผู้ป่วย*. สืบค้นจาก

- นิตยารวรรณ กุลณาวรรณ. (2556). โรคเอสแอลอี Systemic lupus erythematosus (SLE). *วงการยา*, 5, 13-18.
- พิพัฒน์ งามมีศรี, วิษณุช โลมะรัตน์, ภาวินี เหลืองรุ่งโรจน์, วิริยา เชื้อลี, ประพิศ เทพอาร์ักษ์กุล, และปริญญา ชำนาญ. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคลูปัสในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 40(1-3), 29-49.
- พลสุข ศิริพุด, สุกัญญา ศักดิชฐานนท์, และวิยะดา ทิพน้อม. (2561). การจัดการตนเองของวัยรุ่นโรคเอสแอลอี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(2), 11-19.
- โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. (2556). *คู่มือโรค SLE*. กรุงเทพฯ: บริษัท เฮลท์ เวิร์ค จำกัด.
- วันรัชดา คัชมาตย์. (2563). *โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE)*. สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1434_1.pdf
- สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, ยุภาวดี ทาสะโก, และพลสุข ศิริพุด. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดอาการเรื้อรัง และอาการอ่อนล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(1), 104-117.
- สุมาลี นิมนานิตย์. (2560). *Systemic Lupus Erythematosus SLE, เอส แอล อี*. Retrieved from <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=326>
- อาทิตยา ไทพานิชย์. (2551). ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการกำเริบของโรคซิสเทมิก ลูปัส อิริทีมาโตซัส. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 3(2), 237-244.
- Andrea, F., & Michelle, P. (2019). Systemic Lupus Erythematosus: Diagnosis and Clinical Management. *Journal of Autoimmunity*, 96, 1-13. doi:10.1016/j.jaut.2018.11.001
- Danchenko, N., Satia, J. A., & Anthony, M. S. (2006). "Epidemiology of systemic lupus erythematosus: A comparison of worldwide disease burden". *Lupus*. 15(5), 308-318. doi:10.1191/0961203306lu2305xx. PMID 16761508
- Fors, N. C. E., & Izmirly, P. M. (2016). Mortality in Systemic Lupus Erythematosus: An updated review. *Current Rheumatology Reports*, 18, 21.
- Hanrop, S., Puwarawuttipanit, W., Sriyuktasuth, A., & Sritippayawan, S. (2015). Symptom experiences, management strategies, and functional status in lupus nephritis patients. *Journal of Nursing Science*, 33(4), 65-75.
- Hodkinson, B., Okpechi, I., & Botha-Scheepers, S. A. (2016). Chronic large joint synovitis in systemic lupus erythematosus: Finding what you look for. *Journal of Rheumatic Diseases and Treatment*, 2(3), 1-3.
- Jakes, R. W., Bae, S. C., Louthrenoo, W., Mok, C. C., Navarra, S. V., & Kwan, N. (2012). Systematic review of the epidemiology of systemic lupus erythematosus in the Asia-Pacific region: prevalence, incidence, clinical features, and mortality. *Arthritis Care and Research*, 64(2), 159-68. doi: 10.1002/acr.20683

- Klack, K., Bonfa, E., & Ferreira Borba Neto, E. (2012). Diet and nutritional aspects in systemic lupus erythematosus. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 52(3), 384-408. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22641593/>
- Kunyakham, W., Foocharoen, C., Mahakkanukrauh, A., Suwannaroj, S., & Nanagara, R. (2012). Prevalence and risk factor for symptomatic avascular necrosis development in Thai systemic lupus erythematosus patients. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 30(2), 152-7.
- Lee, Y. H., Choi, S. J., Ji, J. D., & Song, G. G. (2016). Overall and cause-specific mortality in systemic lupus erythematosus: an updated meta-analysis. *Lupus*, 25(7), 727-34. doi: 10.1177/0961203315627202
- Levy, M. D., & Kamphuis, S. (2012). Systemic lupus erythematosus in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 59(2), 345 - 364.
- Ludlam, K. (2020). *Lupus Photosensitivity and UV Light*. Retrieved from <https://www.webmd.com/lupus/lupus-photosensitivity-uv>
- Osiri, M., & Deesomchok, A. (2011). Overview of systemic lupus erytematosus. In S. Eiam-ong, A. Deesomchok (editors), *Systemic Lupus Erythematosus* (p. 1-16). Bangkok: Text and Journal Publication.
- Paediatric Rheumatology European Society. (2016). *โรคเอสแอลอีหรือลูปีส์*. Retrieved from <https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/TH/intro>
- Petri, M., Orbai, A. M., Alarcón, G. S., Gordon, C., Merrill, J. T., Fortin, P. R., . . . Magder, L. S. (2012). Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatism*, 64(8), 2677-86. doi: 10.1002/art.34473
- Pichardo, G. (2020). *Lupus*. Retrieved from <https://www.webmd.com/lupus/arthritis-lupus>
- Polit, D. F. (1999). *Nursing Research: Principle and Method*. Philadelphia: Lippincott.
- Poole, J., Atanasoff, G., Pelsor, J. C., Sibbitt, W. L., & Brooks, W. M. (2007). Relationships between person and health factors and job characteristics in women with systemic lupus erythematosus (Electronic version). *Work*, 28, 95-100.
- Rees, F., Doherty, M., Grainge, M. J., Lanyon, P., Davenport, G., & Zhang, W. (2016). Mortality in systemic lupus erythematosus in the United Kingdom 1999–2012. *Rheumatology*, 55(5), 854-860. doi: org/10.1093/rheumatology/kev424
- Yue, Z., Li, C., Weilin, Q., & Bin, W. (2015). Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 669-673. doi: 10.1016/j.pec.2015.02.007

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, พย.ม.¹

เพ็ญญา เพ็ชรเล็ก, พย.ม.²

สร้อยสุวรรณ พลสังข์, ประ.ด.¹

อรอนงค์ ชูหอยทอง, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 23 พฤศจิกายน 2564; วันที่แก้ไข: 22 ธันวาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 22 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การบริโภคอาหารที่เพียงพอและได้สารอาหารครบถ้วนจะส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (The Health Literacy Enhancement Program [HLEP]) ต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2563 จำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละเท่า ๆ กัน ด้วยการจัดเข้าคู่กันด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา โปรแกรมพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร เครื่องมือทั้งหมดผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยแบบสอบถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์มากกว่า .5 ทุกข้อ และส่วนที่ 2 มีความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($t(16) = 16.619, p < .001, d = 4.62$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(32) = 2.292, p < .001, d = 3.86$) สรุปได้ว่าโปรแกรม HLEP สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายได้ จึงควรนำไปปรับใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหาร, เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

¹ Corresponding author: เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, E-mail: benjawanch@bcnt.ac.th

The Effects of the Health Literacy Enhancement Program on Food Purchasing Behaviors Among Upper Elementary School Students in Trang Province

Benjawan Chuaykaew, M.N.S.¹

Pennapa Petchlek, M.N.S.²

Soysuwan Ponsung, Ph.D.¹

Ornanong Choohoytong, M.N.S.²

(Received: November 23th, 2021; Revised: December 22nd, 2021; Accepted: December 22nd, 2021)

Abstract

Adequate and nutritious dietary consumption promotes a persons' good nutritional status. This two group pretest-posttest design quasi-experimental research aimed to study the effects of the Health Literacy Enhancement Program (HLEP) on food purchasing behaviors among upper elementary school students in Trang Province, Thailand. Participants were 34 upper elementary school students in the 2020 academic year. They were equally divided into an experimental and a control group using the match paired technique considering their gender, age, and education. The program was developed based on the concept of health literacy theory. The tool used for data collection was a two-part questionnaire related to personal information and food purchasing behavior. The program and questionnaire were validated by three experts who rated the index of item objective congruence ($IOC > .50$) of the questionnaire as being satisfactory. After trialing, the second part's reliability achieved a Cronbach's alpha coefficient of .85. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results revealed that, after participating in the program, the mean scores for food purchasing behaviors of the upper elementary school students in the experimental group were significantly higher than that before participation in the program ($t(16) = 16.619, p < .001, d = 4.62$) and higher than those of the control group ($t(32) = 2.292, p < .001, d = 3.86$) at $p = .05$. In conclusion, the HLEP can improve food purchasing behaviors among students in upper elementary schools. Thus, it should be implemented to promote other health behavior.

Keywords: health literacy enhancement, food purchasing behaviors, upper elementary school students

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹ Corresponding author: Benjawan Chuaykaew, E-mail: benjawanch@bcnt.ac.th

บทนำ

เด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ จะส่งผลให้เด็กมีได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เกิดเป็นโรคขาดสารอาหาร หรือในทางตรงกันข้ามหากเด็กบริโภคอาหารมากเกินไปจนความต้องการของร่างกายก็ส่งผลทำให้เป็นโรคอ้วนได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า เด็กที่เป็นโรคอ้วนได้เพิ่มขึ้นทั่วโลกจาก 31 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 44 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 และภายในปี พ.ศ. 2568 คาดการณ์ว่าจะมีเด็กเป็นโรคอ้วนทั่วโลก 70 ล้านคน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2557) ส่วนสถานการณ์โภชนาการในประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์โรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ 2557-2561) จำนวนเด็กก่อนวัยเรียนอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 และเด็กวัยเรียนอายุ 6-13 ปี อ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.5 (สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย, 2562) ในปี พ.ศ. 2560-2562 เด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นคือมี จำนวนร้อยละ 11.1, 11.7 และ 13.6 ตามลำดับ และลดลงในปี พ.ศ. 2563-2564 คือพบร้อยละ 12.5 และ 12.4 ตามลำดับ แต่ยังคงพบสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย, 2564) ในปี พ.ศ. 2563-2564 พบเด็กผอมในเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6 - 14 ปี มีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ ลดลงจากร้อยละ 4.4 เป็น 3.6 9 ตามลำดับ ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมาย แต่เด็กเด็ยมีมากเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินจำนวนร้อยละ 5 คือ มีมากถึงร้อยละ 7.3 และเพิ่มเป็นร้อยละ 12.4 ตามลำดับ (สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย, 2564) ปัญหาด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียนเหล่านี้อาจเกิดการที่เด็กขาดความรู้ในการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่ไม่ถูกต้อง

สาเหตุส่วนหนึ่งของปัญหาด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียนอาจเกิดจากมีความรู้ไม่เพียงพอ (พัชรภณธ์ ไชยสังข์, 2557) ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ดีเท่าที่ควร ตัวอย่างของโรคขาดสารอาหารในเด็กที่เกิดจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ได้แก่ โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคปากนกกระจอก โรคโลหิตจาง โรคคอพอก เป็นต้น (สุนีย์ สหัสโพธิ์, 2560) ส่วนเด็กที่เป็นโรคอ้วนเนื่องจากบริโภคอาหารมากเกินไปอาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังเมื่อโตขึ้น เช่น เบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (จารุณี นุ่มพูล, 2558; มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์, 2559) การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถของเด็กในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ซึ่งต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของเด็ก ผ่านกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น (Nutbeam, 2008) เมื่อเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วก็จะมีพฤติกรรมการเลือกอาหารได้อย่างเหมาะสม และเลือกซื้ออาหารที่ดี มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (Hindin, Contento & Gussow, 2004; Vidgen & Gallegos, 2014) นอกจากนี้การที่เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพในช่วงวัยเรียนนี้ ยังส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นในช่วงวัยรุ่นตามมาอีกด้วย (Laska, Larson, Neumark-Sztainer, & Story, 2012) ดังนั้น เด็กวัยเรียนจึงควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้และทักษะในการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องมากขึ้น เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย สมออง พฤติกรรม ความเฉลียวฉลาด ความนึกคิด จิตใจ สังคม เด็กรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำเร็จ (Piaget, 1973) เด็กจะมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความมานะพยายามในการเรียนรู้ นำไปสู่การมีบุคลิกที่มั่นคง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี ในทางตรงกันข้าม หากเด็กรู้สึกล้มเหลว ไม่มีความสามารถ เด็กจะท้อแท้และรู้สึกมีปมด้อย ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมได้ (Erickson, 1959) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว โดยผู้ปกครองเป็นบุคคลแรกที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างที่ดีของการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ถ้าผู้ปกครองมีการรับประทานที่ไม่เหมาะสม เช่น ของมัน ของหวาน และขนมกรุบกรอบ ก็จะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการลอกเลียนแบบได้ (วีรญา วงษ์จินดา, 2552) นอกจากนั้นเมื่อเด็กไปโรงเรียน ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เด็กจะมีพฤติกรรมการเลียนแบบคล้อยตามเพื่อน ซึ่งถ้าเพื่อนมีความชอบหรือพฤติกรรมการบริโภคตามการนิยม เช่น บริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารปิ้งย่าง และขนมกรุบกรอบจากสื่อโฆษณา ซึ่งส่งผลให้เด็กได้รับการซึมซับและมีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่ไม่ถูกต้องเหล่านั้น จะทำให้เด็กวัยเรียนขาดความรู้เรื่องการเลือกซื้ออาหารส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กได้ (เดชาศิริเจริญ, 2555)

พฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กวัยเรียน ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกซื้ออาหาร คือ วัตถุประสงค์ เหตุผล ประเภทของอาหาร ยี่ห้อ สถานที่ ความถี่ ปริมาณ และช่วงเวลา (วิชุดา สมจิตร, 2558) แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน ไม่ได้ศึกษาพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กวัยเรียน บางส่วนจะเป็นงานวิจัยด้านการตลาดเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อต่างๆ เช่น พฤติกรรมการตัดสินใจซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งจากร้านสะดวกซื้อ (วิโรจน์ ตระกูลสุขสันต์, 2556) หรือการศึกษาพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลขอนแก่น (วิชุดา สมจิตร, 2558) ซึ่งพบว่านักเรียนมีพฤติกรรมการเลือกซื้อข้าวกล่องพร้อมทานยี่ห้อหนึ่งมากที่สุด และนักเรียนส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารในเรื่องชนิด ประเภทราคา การส่งเสริมการขายจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด ในด้านการตลาด พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารสดจากตลาดถูกใจ ราคาเหมาะสม มีบริการไมโครเวฟสำหรับการรับประทานในเวลาที่รวดเร็วและมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขายต่างๆ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารมีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน ผู้ปกครองและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จึงควรใส่ใจการรับประทานอาหารของเด็กและส่งเสริมให้เด็กเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กวัยเรียน เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้องและเป็นแนวทางให้โรงเรียนรวมถึงผู้ปกครองและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถ

นำไปใช้กำหนดนโยบายหรือวางแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การเลือกซื้ออาหาร ต่อเนื่องกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

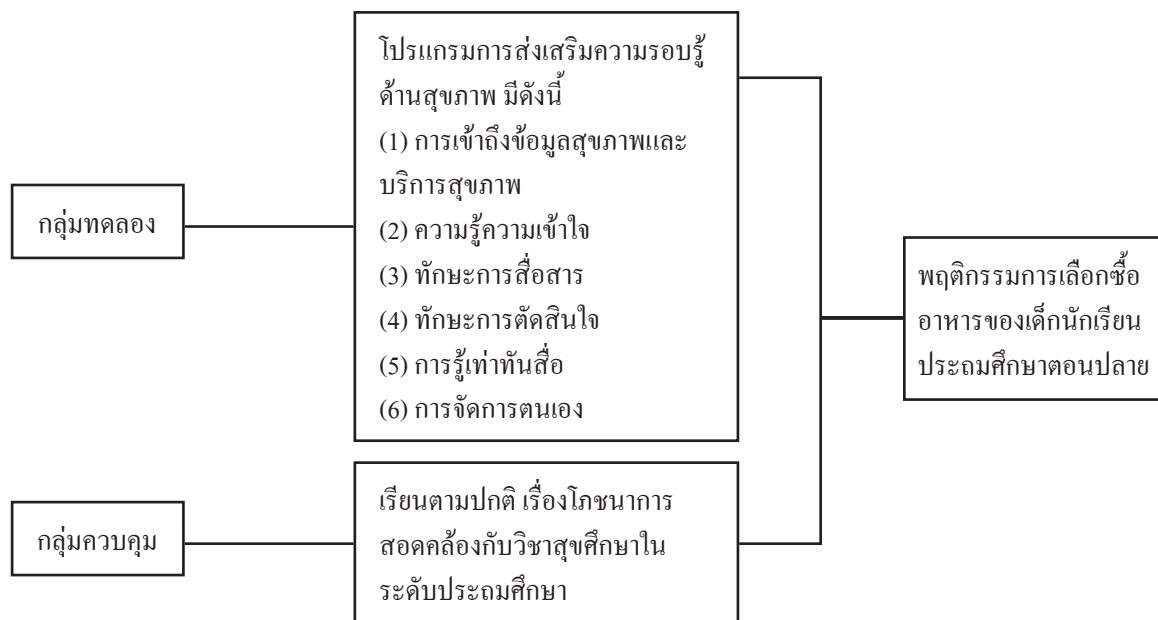
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาจิตความสามารถระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนา 6 องค์ประกอบ คือ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) (2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ (6) การจัดการตนเอง (Self-management; ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558; Nutbeam, 2008) โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ เด็กนักเรียนทั้งเพศชายและหญิงที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2563 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา จังหวัดตรัง จำนวน 15,879 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กนักเรียนทั้งเพศชายและหญิงที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2563 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา จังหวัดตรัง ในเขต 1 จำนวน 132 โรงเรียน และเขต 2 จำนวน 135 โรงเรียน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power เลือก t-test Means difference between two dependent means (Matched pairs) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง = .5 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 และค่า Power = .80 ได้ค่า Total sample size = 34 คน ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 34 คน โดย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดย สุ่ม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดตรัง ด้วยการสุ่มอย่างง่าย ได้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 1 และ เขต 2 เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ จากนั้นสุ่มอำเภอด้วยการสุ่ม

อย่างง่าย ในสำนักงานเขตพื้นที่การประถมศึกษา เขต 1 และ 2 ได้อำเภอเมืองและอำเภอย้ายยอดตามลำดับ แล้วสุ่มโรงเรียน ขนาดกลาง ในอำเภอเมือง จาก 35 โรงเรียน มา 1 โรงเรียน สุ่มโรงเรียนขนาดกลาง ในอำเภอย้ายยอด จาก 22 โรงเรียน มา 1 โรงเรียน และสุ่มห้องเรียน ประถมศึกษาชั้นปีที่ 4, 5 และ 6 มาอย่างละ 1 ห้องเรียน จากนั้นสุ่มนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ (1) เด็กนักเรียนทั้งเพศชาย และหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 -6 ในปีการศึกษา 2563 (2) ผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย (3) อาสาสมัครยินดีเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับคู่กัน (Math paired) ในประเด็น อายุ เพศ และระดับชั้นการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงร่างวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง (เลขที่ 16/2563 ระยะเวลาวันที่ 31 มกราคม 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ที่จะเข้าร่วมในการวิจัยโดยคำนึงถึงความยินยอมและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ โดยทำหนังสือขออนุญาตแก่ผู้อำนวยการโรงเรียน และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ขอความยินยอมจากผู้ปกครองโดยนำเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยใส่ซองปิดผนึก ให้อาสาสมัครนำไปให้ผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองอนุญาต ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการโรงเรียนและครูประจำชั้นเพื่อดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และไม่มีผลกระทบกับผลการเรียนของนักเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

1.1 กิจกรรมที่ 1 *เข้าถึงโภชนาการ* เพื่อให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายเข้าถึงข้อมูลโภชนาการในเด็กวัยเรียนได้ถูกต้อง โดยจัดทำเป็นแผนสอนสุขศึกษา ร่วมกับคู่มือทัศน เล่นเกม วาดภาพ และอธิบายภาพที่วาดไว้ให้เพื่อน ๆ ฟัง ใช้เวลา 50 นาที

1.2 กิจกรรมที่ 2 *ฉลาดรู้ฉลาดเลือกฉลาดบริโภค* เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเลือกซื้ออาหารและการอ่านฉลากโภชนาการได้ถูกต้อง โดยการคู่มือทัศน ร่วมกับสาธิตการอ่านฉลากโภชนาการ และให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายฝึกอ่านฉลากโภชนาการ ใช้เวลา 50 นาที

1.3 กิจกรรมที่ 3 *กินดีได้ดี กินไม่ดีได้โรค* เพื่อให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ซื้อมารับบริโภคได้ถูกต้อง โดยการมอบหมายใบงานให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จดบันทึกอาหารที่ซื้อมารับบริโภคในแต่ละวัน จากนั้นนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ใช้เวลา 50 นาที

1.4 กิจกรรมที่ 4 บทบาทสมมติพาเพลิน (ผู้ซื้อและผู้ขายมือใหม่) เพื่อให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารได้ถูกต้อง โดยให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ซื้อและผู้ขายในสถานที่ต่าง ๆ มีการโฆษณาเชิญชวนให้ซื้อสินค้าและอาหาร ฝึกการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาต่าง ๆ ใช้เวลา 50 นาที

1.5 กิจกรรมให้กำลังใจและตอบปัญหาข้อสงสัย มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามและให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายได้มีกำลังใจในการเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับการบริโภค และเพื่อช่วยเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสามารถจัดการกับปัญหาและค้นหาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และตอบคำถามที่เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสงสัย ชักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการเลือกซื้ออาหาร กล่าวชื่นชมเมื่อเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสามารถเลือกซื้ออาหารได้ถูกต้อง ใช้เวลา 50 นาที โปรแกรมฯ ดังกล่าวใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 โดยเปลี่ยนเรื่องของสื่อวีดิทัศน์ไม่ให้ง่ายกับกิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 50 นาที, สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 ใช้เวลา 50 นาที, สัปดาห์ที่ 7 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ใช้เวลา 50 นาที และสัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมให้กำลังใจและตอบปัญหาข้อสงสัย ใช้เวลา 50 นาที และดำเนินการทำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย (Post-test) หลังการทดลอง กล่าวยุติการทดลองแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อวัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความพอเพียงของเงินที่ได้ต่อวัน อาหารที่ชอบรับประทาน และการรับประทานอาหารตามร้านอาหารนอกบ้าน รวม 10 ข้อ เป็นลักษณะเติมข้อความและลักษณะเลือกตอบ

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย โดยผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ จำนวน 20 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) คะแนนรวมเท่ากับ 80 คะแนน โดยคะแนนอยู่ในช่วง 54 - 80 คะแนน แสดงว่าเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารอยู่ในระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 27 - 53 คะแนน แสดงว่าเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนอยู่ในช่วง 1 - 26 คะแนน แสดงว่า เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย มีพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ นักโภชนาการ และพยาบาลอนามัยโรงเรียน แบบสอบถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องกันระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence [IOC]) เท่ากับ

.67 หรือ 1 คะแนน ซึ่งผ่านเกณฑ์การเลือกข้อคำถามที่ .5 คะแนนทุกข้อ ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้ปรับปรุงการใช้ภาษาเข้าใจง่ายขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายได้ค่าเท่ากับ .85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลองผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เข้าชี้แจงโครงการวิจัย และนัดหมายช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย จากนั้นเข้าพบนักเรียนเพื่อชี้แจงโครงการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ปกครองและให้นักเรียนลงชื่อยินยอม จึงเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลในช่วงคาบหลังเลิกเรียนทุกวันพุธ เวลา 15.00 – 16.20 น. โดยใช้เวลา 50 นาทีในการเข้าพบ การวิจัยนี้ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง และเริ่มดำเนินการวิจัยดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย (Pre – test) และจัดกิจกรรมที่ 1 *เข้าถึงโภชนาการ* ใช้การบรรยายตามแผนการสอนสุขศึกษา เกี่ยวกับอาหารเหมาะสมและไม่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน และอาหารหมู่ต่างๆ ที่ควรรับประทานใน 1 วัน ประมาณ 15 นาทีร่วมกับดูวิดีโอจากช่องในเว็บไซต์ YouTube เรื่องโภชนาการ ประมาณ 10 นาที เล่นเกม วาดภาพและอธิบายภาพที่วาดไว้ให้เพื่อน ๆ ฟัง ใช้เวลารวม 50 นาที

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมที่ 2 *ฉลาดรู้ฉลาดเลือกฉลาดบริโภค* เป็นการดูวิดีโอร่วมกับสาธิตและสาธิตย้อนกลับการอ่านฉลากโภชนาการ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารนอกบ้านและการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องโดย ใช้เวลา 50 นาที

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมที่ 3 *กินดีได้ดี กินไม่ดีได้โรค* โดยมอบหมายให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย จดบันทึกอาหารที่ซื้อมาบริโภคในแต่ละวัน แล้วนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ใช้เวลา 50 นาที

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมที่ 4 *บทบาทสมมติพาเพลิน* (ผู้ซื้อ และผู้ขายมือใหม่) โดยให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ซื้อและผู้ขายในสถานที่ต่าง ๆ พร้อมทั้งการโฆษณาเชิญชวนให้ซื้อสินค้าและอาหาร ใช้เวลา 50 นาที

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 โดยเปลี่ยนเรื่องของสื่อวิดีโอที่ไม่ให้ซ้ำกับกิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 50 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 ใช้เวลา 50 นาที

สัปดาห์ที่ 7 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ใช้เวลา 50 นาที

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมให้กำลังใจและตอบปัญหาข้อสงสัย เพื่อติดตามและให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายได้มีกำลังใจในการเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับการบริโภค และเพื่อช่วยเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสามารถจัดการกับปัญหาและค้นหาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และตอบ

คำถามที่เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสงสัย ชักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการเลือกซื้ออาหาร กล่าวชื่นชมเมื่อเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสามารถเลือกซื้ออาหารได้ถูกต้อง ใช้เวลา 50 นาที และดำเนินการทำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย (Post-test) หลังการทดลอง กล่าวยุติการทดลองแก่กลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มควบคุม และเริ่มดำเนินการวิจัยดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย (Pre – test)

สัปดาห์ที่ 2 - 8 เรียนตามปกติของหลักสูตรระดับประถมศึกษาชั้นพื้นฐาน เรื่องโภชนาการ สอดคล้องกับวิชาสุขศึกษา ที่นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายเรียนอยู่ ใช้เวลา 50 นาที ตามตารางเรียน ซึ่งเรียนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากนั้นสัปดาห์ที่ 8 เก็บแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย (Post– test) และกล่าวยุติการวิจัยแก่กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อวัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความพอเพียงของเงินที่ได้ต่อวัน อาหารที่ชอบรับประทาน และการรับประทานอาหารตามร้านอาหารนอกบ้าน วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที่ประชากรไม่อิสระจากกัน (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที่ประชากรอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) คือมี มีอายุเฉลี่ย 10.93 ปี ($SD=0.78$) และ 11.30 ปี ($SD=0.66$) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.82 และ 52.94 ตามลำดับ) และมีรายได้ต่อวัน 51 – 100 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 58.82 และ 76.47 ตามลำดับ)

ข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของกลุ่มทดลองพบว่า มีน้ำหนักเฉลี่ย 37 กิโลกรัม ($SD=3.56$) มีส่วนสูงเฉลี่ย 152.2 เซนติเมตร ($SD=5.98$) ส่วนมากศึกษาอยู่ในระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 (ร้อยละ 35.29) ทุกคนมีความเพียงพอของเงินที่ได้ต่อวัน (ร้อยละ 100) ส่วนมากมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3- 4 คน (ร้อยละ 88.24) ชอบรับประทานอาหารรสหวาน (ร้อยละ 29.41) และรับประทานอาหารตามร้าน

อาหารนอกบ้านนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 76.47) และกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ย 36 กิโลกรัม ($SD = 3.98$) มีส่วนสูงเฉลี่ย 149.5 เซนติเมตร ($SD = 6.84$) ส่วนมากศึกษาอยู่ในระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 (ร้อยละ 35.29) ทุกคนมีความเพียงพอของเงินที่ได้ต่อวัน (ร้อยละ 100) ส่วนมากมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน (ร้อยละ 82.35) ชอบรับประทานอาหารรสหวาน เค็มและเผ็ด (ร้อยละ 23.52) และรับประทานอาหารตามร้านอาหารนอกบ้านนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 70.59)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>	<i>Cohen's d</i>
ก่อนได้รับโปรแกรม	44.47	2.80	16	16.619	< .001*	4.62
หลังได้รับโปรแกรม	57.41	2.80	16			

* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

	กลุ่มทดลอง ($n = 17$)		กลุ่มควบคุม ($n = 17$)		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>	<i>Cohens'd</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
ก่อนได้รับโปรแกรม	44.47	2.80	42.71	2.82	32	1.827	.077	0.62
หลังได้รับโปรแกรม	57.41	2.80	46.76	2.72	32	2.292	< .001*	3.86

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่าวัยเรียนเป็นวัยที่ชอบหาคำตอบ มีความอยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง อยากร่วมมือ อยากทราบเหตุผล จะมีพฤติกรรมการซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่สงสัยอีกทั้งมีความสนใจ มีสมาธิ และมีระเบียบวินัย จะมีการคิดอย่างใช้เหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete operation) มากขึ้นตามทฤษฎีพัฒนาการด้านสติปัญญาของ Piaget (1973) เด็กวัยนี้สามารถเล่นและทำกิจกรรมกลุ่มแบบร่วมมือกันโดยเข้าใจบทบาทของแต่ละคน รู้จักการอดทนรอคอย ประนีประนอม และการต่อรอง มีทักษะการบริหารจัดการที่พัฒนามากขึ้น ทำให้ควบคุมตนเอง ยึดหยุ่นทางความคิด และวางแผนจัดการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และการส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในชีวิตประจำวัน เช่น กิน นอน พุด และเดิน อีกทั้งเป็นพฤติกรรมที่ใกล้ชิดเด็กวัยเรียน สามารถปฏิบัติได้ง่ายไม่ซับซ้อน (Skinner, 1990) เด็กวัยเรียนจึงให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากองค์ประกอบของการประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม จำแนกเป็น ทักษะ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการ การตัดสินใจ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ และการประเมินการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) ทำให้เด็กวัยเรียนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารเกิดความมั่นใจ และความตระหนักในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองได้ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้จัดกิจกรรมการให้ความรู้อย่างใกล้ชิด ติดตาม สอบถาม พุดคุยให้กำลังใจกันภายในกลุ่มทดลอง ทำให้เด็กวัยเรียนสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และคลายข้อสงสัยของตนเองได้

เมื่อเด็กวัยเรียนรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ มีความสำเร็จจะมีความภาคภูมิใจในตนเอง และมุ่งมั่นพยายามที่จะเรียนต่อไป นำไปสู่การมีบุคลิกที่มั่นคง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี ส่วนเด็กที่รู้สึกล้มเหลว ไม่มีความสามารถ จะเกิดความท้อแท้และรู้สึกมีปมด้อย ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมได้ (Erickson, 1959) สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและอื่น ๆ ที่ช่วยเสริมกำลังใจ ช่วยแก้ปัญหาหรือบรรเทาความเดือดร้อนของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ญาติพี่น้อง เพื่อน บ้าน เพื่อนนักเรียน ครู หรือพยาบาลอนามัยโรงเรียน เป็นต้น (Skinner, 1990) และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกโรงเรียน ในสังกัดสำนักงานเขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ พบว่า ระดับการศึกษาของบิดา ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารนอกโรงเรียน อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และวัฒนธรรมอาหารตะวันตก มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภค

อาหารนอกครัวเรือน (รุ่งฟ้า โตะถน, 2558) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง ฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ และอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัญจรวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง หลักสูตรการศึกษาด้านโภชนาการความรู้ด้านสื่อสำหรับผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องผลกระทบของโภชนาทางโทรทัศน์ต่อการบริโภคอาหารของเด็ก ที่พบว่า การรู้เท่าทันอาหารของผู้ปกครองมีความเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของเด็ก ซึ่งพฤติกรรมของเด็กเกิดจากความรู้และทัศนคติที่ดีส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากผู้ปกครองมีความรู้เท่าทันเรื่องอาหารจะทำให้เด็กมีประสบการณ์จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ทำให้เด็กมีพฤติกรรมเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้อง (Hindin et al., 2004)

นอกจากพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารจะเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันอาหารของผู้ปกครอง และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ยังพบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับเศรษฐศาสตร์ ด้านส่วนประสมทางการตลาดอีกด้วย ส่วนส่วนประสมทางการตลาดนี้ประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) สถานที่จำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการขาย (Promotion) ซึ่งเป็นส่วนประสมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคให้มากที่สุด (Kotler, 1997) ดังเช่นงานวิจัยของ วิชุดา สมจิตร (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดในด้านผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย และการส่งเสริมการตลาดที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด คือ รสชาติอาหารถูกใจผู้บริโภค ราคาเหมาะสมสำหรับผู้บริโภค มีบริการไมโครเวฟสำหรับการรับประทานในเวลาที่รวดเร็ว และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขายต่าง ๆ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพัฒน์ นาตีกัย (2558) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการซื้ออาหารของประชาชนในระดับครัวเรือน ของจังหวัดขอนแก่น พบว่าด้านที่มีผลต่อการซื้ออาหาร คือ คุณภาพสินค้า ราคาเหมาะสมกับคุณภาพ ความสะอาดของร้าน และมีการโฆษณาอย่างทั่วถึงนอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านจิตวิทยาประกอบด้วย การรับรู้ การสนใจ ความเชื่อ เจตคติ บุคลิกภาพและแนวความคิดของตนเอง ของ Kotler (1997) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภค และปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวกับ ความรู้ด้านทัศนคติ และด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยาที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการมาเพื่อบริโภคอาหาร บุคคลที่มีส่วนในการตัดสินใจในการเลือกซื้ออาหาร และค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วิชุดา สมจิตร, 2558)

จะเห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก ปัจจัยทางด้านชีววิทยา สังคมวิทยา จริยธรรม และจิตวิทยา การที่บุคคลมีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี มีคุณภาพตามไปด้วย ดังนั้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนให้มีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้อง ตามแนวความคิดความรู้ด้านสุขภาพ เด็กวัยเรียนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการ การสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจและการจัดการตนเองที่ดี มีความสามารถกลั่นกรองประเมินข้อมูล

ต่างๆ ที่ได้รับเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติต่อพฤติกรรมตนเองได้ เพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยต่อไป อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีเฉพาะข้อมูลในเชิงปริมาณ ทำให้ขาดข้อมูลสำคัญอื่นๆ ที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น บริบทของโรงเรียน แหล่งจำหน่ายอาหาร ความรู้สึกและความคิดเห็นของนักเรียน เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการพัฒนาให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารที่ถูกต้อง โดยการศึกษาทำให้ทราบว่ารูปแบบการให้สุขศึกษา ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่เด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น ๆ ของเด็กวัยเรียนเพิ่มมากขึ้น
2. ควรใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปปรับใช้ในการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษา หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน อีกทั้งผู้บริหารสถานศึกษาสามารถนำข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการบริหารจัดการร้านค้าภายในโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนสามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผู้ปกครอง ครูอนามัย พยาบาลในโรงเรียน และพยาบาลจากสถานพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุมตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารของเด็กวัยเรียนมากยิ่งขึ้น
2. ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กช่วงวัยอื่น ๆ ต่อไป
3. ควรมีการพัฒนาแบบที่เหมาะสมกับนักเรียน รวมทั้งโปรแกรมมีการใช้สื่อวิทัศน์ ซึ่งสามารถนำเสนอทางสื่อออนไลน์ได้

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- จารุณี นุ่มพูล. (2558). โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน: บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 8(2), 1-12 .

- เดชา ศิริเจริญ. (2555). เด็กกับอิทธิพลของครอบครัว. *วารสารนิติศาสตร์*, 3, 12-17.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกิน ต.ลำไทร อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(1), 30-43.
- มนต์ ศรีเปารยะเพ็ญพงษ์. (2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาการจัดการ*, 3(1), 109-126.
- รพีพัฒน์ นาคภัย. (2558). พฤติกรรมการซื้ออาหารของประชาชนในระดับครัวเรือน ตำบลสวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 12(56), 115-124.
- รุ่งฟ้า ใต้ธอม. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกโรงเรียนของนักเรียนในสังกัดสำนักงานเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *วารสารสาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 8(3), 781-792.
- วิโรจน์ ตระกูลสุขสันต์. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งจากร้านสะดวกซื้อของผู้บริโภค ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารการเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ*, 3(2), 431-452.
- วิชุดา สมจิตร. (2558). พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ และโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 22(2), 85-105.
- วีรญา วงษ์จินดา. (2552). การศึกษาการแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ของเด็กวัยอนุบาลในโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัย. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 4(2), 426-433.
- สุนีย์ สหัสโพธิ์. (2560). *โภชนาการพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2557). *แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย. (2562). *เด็กไทยอ้วน*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/microsite/tag/5/ncds>
- สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย. (2564). *รายงานผลการวิเคราะห์ตามตัวชี้วัด 1.11 ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสัดส่วน สำนักโภชนาการรอบ 5 เดือนแรกปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/file/doc/2564-1.11.pdf>
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย, เนตรนภา เครือสง่า, นิสาชล ตันติภิรมย์, ปริญาพร ชาวบ้านเกาะ, และเบญจรัตน์ เอี่ยมสะอาด. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 70-82.

- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle. Part One: Psychological issues*. New York: International Universities Press.
- Nutbeam, D. (2008). *Defining, measuring and improving health literacy*. Professor of Public Health Southampton, England: University of Southampton.
- Hindin, T. J., Contento, I. R., & Gussow, J. D. (2004). A media literacy nutrition education curriculum for head start parents about the effects of television advertising on their children's food requests. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(2), 192-198.
- Kotler, P. (1997). *Marketing Management : Analysis, planning, implementation, and control* (9th ed.). New Jersey: A Simon & Schuster company.
- Laska, M. N., Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2012). Does involvement in food preparation track from adolescence to young adulthood and is it associated with better dietary quality? Retrieved from a 10-year longitudinal study. *Public Health Nutrition*, 15(7), 1,150-1,158.
- Piaget, J. (1973). *The moral judgement of the child*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Skinner, B. F. (1990). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50-59.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนจังหวัดตรัง: การระบาดระลอกที่ 1

จิราภรณ์ ชูวงศ์, Ph.D.¹

ดวงใจ สวัสดิ์, พย.ม.¹

กฤติยา ปองอนุสรณ์, พย.ม.²

ประไพ เจริญฤทธิ์, ส.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 22 พฤศจิกายน 2564; วันที่แก้ไข: 2 ธันวาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 13 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona Virus Disease 2019 [COVID-19]) ที่มีประสิทธิภาพจะลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน และประชาชน จำนวน 372 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชนหลังจากที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนมี 4 ระยะ ดังนี้ (1) การวางแผนเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ด้านการแจ้งข่าวสาร ด้านเวชภัณฑ์ และด้านสถานที่ในการกักตัว (2) การปฏิบัติการตามแผน โดยคัดกรองผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงที่ผ่านด่านเข้าเมือง แล้วส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ชุมชน รวมทั้งการเฝ้าระวังเชิงรุก (3) การประเมินกระบวนการและผลลัพธ์หลังการดำเนินการพบว่า ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มในชุมชน และพบว่าประชาชนมีค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 2.70$, $SD = 0.34$) และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 3.74$, $SD = 0.91$) (4) การสะท้อนข้อมูล แสดงให้เห็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ความตระหนักและความร่วมมือของเครือข่าย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลา และการเตรียมชุมชนทั้งก่อนและหลังเกิดโรคเพื่อเสริมความมั่นใจในเรื่องการอยู่ร่วมกันในชุมชน

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุม, การแพร่ระบาด, เชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ชุมชน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

¹ Corresponding author: จิราภรณ์ ชูวงศ์, E-mail: jiraporn@bcnt.ac.th

The development of a Coronavirus 2019 prevention and transmission model in communities, Trang province: The first wave of the COVID-19 pandemic

Jiraporn Choowong, Ph.D.¹

Duangjai Sawatdee, M.N.S.¹

Krittiya Ponganusorn, M.N.S.²

Prapai Chareonrit, M.P.H.³

(Received: November 22th, 2021; Revised: December 2nd, 2021; Accepted: December 13th, 2021)

Abstract

Effective control measures for Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) would reduce the spreading of the virus in the community. This action research was aimed to develop and evaluate the efficacy of the COVID-19 prevention and transmission model in communities in Trang province, Thailand. Participants included a total of 15 local governmental officers, healthcare providers, politicians, leaders, and village health volunteers (VHVs) and 372 local residents. Data were collected using group discussions, participant observations, and the Perceptions of Self-care During the COVID-19 Pandemic questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results showed that the prevention and control measures for COVID-19 were comprised of four phases. Phase one, the preparation phase, included providing knowledge, communications, medical supplies, and quarantine accommodations. The second phase was the implementation phase, which involved screening people who had traveled across provincial borders from high infection-rate red-zone areas, transferring their data to healthcare centers, and advance surveillance. The third phase consisted of the evaluation of the interventions implemented in the second phase. The fourth phase was reflection on what did, or did not work well in the first three phases. In the third phase, we found there were no new COVID-19 cases found in the communities during this project. The local residents had an excellent overall mean score for COVID-19 perception ($M = 2.70$, $SD = 0.34$) and had a good overall mean score for self-care behaviors ($M = 3.74$, $SD = 0.91$). The fourth, reflection, phase revealed that the factors leading to the success of the program were awareness and cooperation among the networks, receiving valid news and information on time, and community preparation, both before and after the disease was detected, to enhance confidence about living together in the community.

Keywords: Prevention and control, pandemic, COVID-19, community

¹ Instructor, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Instructor, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ Public Health Technical Officer, Expert Level, Trang Provincial Public Health Office

¹ Corresponding author: Jiraporn Choowong, E-mail: jirapornc@bcent.ac.th

บทนำ

ปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมามีทุกประเทศทั่วโลกเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona Virus Disease 2019 [COVID-19]; World Health Organization, Thailand, 2020) ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 อัตราการแพร่ระบาดของโรคยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และมีความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นขยายวงกว้าง และลูกหลานจนไม่สามารถควบคุมได้ จนส่งผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจ (Wu & McGoogan, 2020) ส่งผลทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อและมีการติดเชื้อในประเทศไทยและบางจังหวัดเพิ่มมากขึ้นทุกวัน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) อาจเนื่องมาจาก COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ซึ่งการใช้ยารักษาและวัคซีนป้องกันโรคยังมีประสิทธิภาพที่ไม่แน่นอน มีการกลายพันธุ์ของสายพันธุ์ และความสามารถแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย

ประเทศไทยมีมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ มาตรการลดการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่เสี่ยง เช่น ปิดให้บริการบางส่วนในห้างสรรพสินค้า ยกเว้นในส่วนที่มีความจำเป็น และการปิดช่องทางเข้า-ออกในแต่ละจังหวัด ซึ่งมาตรการดังกล่าวจะต้องดำเนินการโดยองค์การภาครัฐและภาคเอกชน นอกจากนี้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง เช่น หลังการเดินทางจากต่างประเทศหรือพื้นที่เสี่ยงภายใน 14 วัน หากมีไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อย จะต้องเข้ารับการรักษาเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาได้ทันเวลาที่ เมื่อตรวจพบว่ามี การติดเชื้อ COVID-19 แพทย์ผู้ทำการรักษาจะรายงานต่อหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อแจ้งให้ประชาชนในพื้นที่ทราบเพื่อเตรียมตัวในการรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิภา ชัชวรัตน์, 2563; นกษา สิงห์วีระธรรม, วัชรพล วิวรรณ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, 2563)

จังหวัดตรังมีประชาชนเดินทางเข้ามาจากหลายแห่ง เช่น มาเลเซีย ภูเก็ต กระบี่ สงขลา และพัทลุง จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความเสี่ยงในการรับเชื้อ COVID-19 จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ณ วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 7 ราย เพศหญิง จำนวน 5 ราย เพศชาย จำนวน 2 ราย โดยผู้ติดเชื้อประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสถานบันเทิงจังหวัดภูเก็ต จำนวน 2 ราย นักศึกษาในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 1 ราย บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 2 ราย หญิงไทยกับสามีชาวต่างชาติเดินทางจากประเทศพิจิ จำนวน 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2563 ผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ในอำเภอเมืองตรัง จำนวน 5 ราย อำเภอห้วยยอด จำนวน 2 ราย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2564)

การดำเนินการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ของจังหวัดตรังโดยคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด มีการกำหนดนโยบายเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลดความ

เสี่ยงในการติดเชื้อในชุมชน โดยให้มีการเฝ้าระวังและคัดกรองบุคคลภายนอกอย่างเข้มงวดและครอบคลุม มีการเตรียมความพร้อมและประชุมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน การที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเข้าสู่ชุมชนและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการป้องกัน COVID-19 ที่ถูกต้องนั้น จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหมู่บ้านหรือชุมชนในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตร กำนัน แพทย์ประจำตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ทั้งด้านการค้นหาปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตามประเมินผล และการสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 และพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชน เพื่อนำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายหรือมาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ระลอกใหม่ในจังหวัดตรังต่อไป

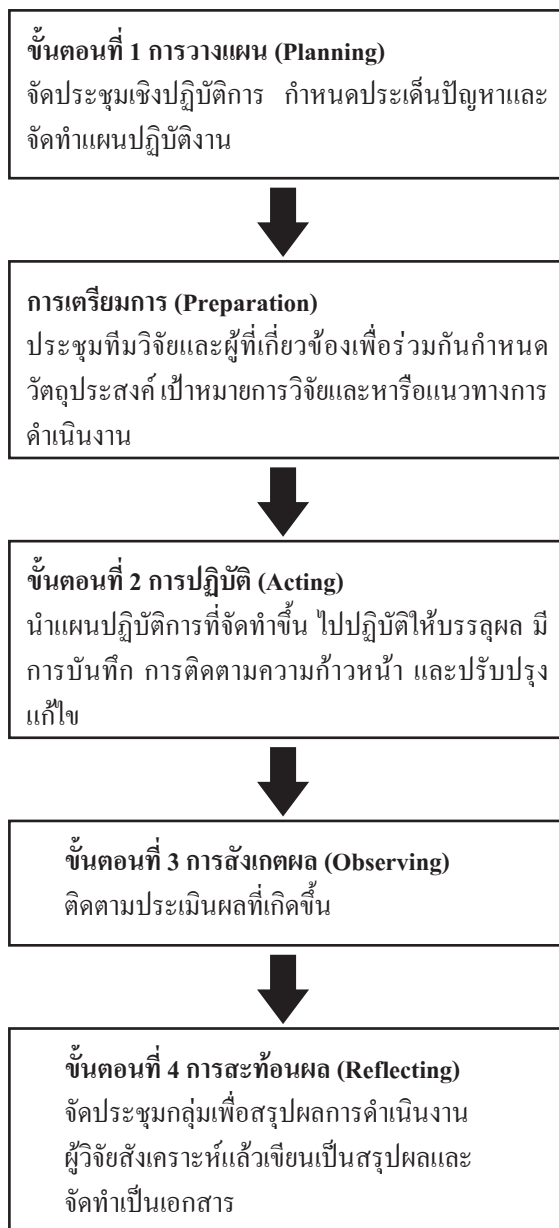
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง
2. ประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19

ในชุมชนจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะทำให้เกิดผลดีในการลดความเสี่ยงจากการเกิดโรค ซึ่งองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ต่อการติดเชื้อ COVID-19 2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ของโรค COVID-19 3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) ในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และ 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะมีสาเหตุจากปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับข้อมูลสนับสนุนจากบุคคลอื่น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกันใช้กระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พื้นที่ศึกษา (Study setting) คือ ชุมชนบ้านโพธิ์ อำเภอมะนัง จังหวัดตรัง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 รายแรกของจังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในชุมชนบ้านโพธิ์ จังหวัดตรัง จำนวน 5,164 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ ทาโรยามาเน (Taro Yamane, 1973) ที่กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 372 คน โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยการสุ่มอย่างง่ายเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 -60 ปี ที่ไม่มีภาวะทางสุขภาพจิต สามารถพูดอ่าน หรือฟังภาษาไทยเข้าใจ และยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 15 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง (เลขที่ 61/2563) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด โดยการสอบถามความสมัครใจและผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด การขออนุญาตการบันทึกเสียง พร้อมทั้งการจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญขณะสนทนากลุ่ม การรักษาความลับ การนำข้อมูลออกเผยแพร่ในลักษณะภาพรวม รวมทั้งการบอกยุติการให้ความร่วมมือได้ทุกระยะของการวิจัยที่รู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลและขอข้อมูลย้อนกลับได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิดเพื่อศึกษากระบวนการทำงานจริงและการพัฒนาแนวทางให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ แบบบันทึกสังเกตพฤติกรรม และแบบบันทึกภาคสนาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชนในช่วงที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลด้านสถานภาพและข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-list) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ช่องทางในการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ลักษณะเป็นข้อคำถามการวัดแบบสำรวจรายการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-12, 15-20 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 13, 14, 21-25 คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยให้ผู้ตอบประเมินว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นในระหว่าง ไข่ (ตรงมากที่สุด) ไม่แน่ใจ (ตรงบางส่วน) และไม่ไข่ (ไม่ตรงเลย) โดยเลือกได้เพียง 1 คำตอบเท่านั้น ข้อความทางบวกจะได้รับคะแนน 3, 2 หรือ 1 หากตอบว่า ไข่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ไข่ ตามลำดับ ส่วนข้อความทางลบจะได้รับคะแนน 1, 2 หรือ 3 ตามลำดับ การแบ่งระดับการรับรู้ใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งตามค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับคือการรับรู้อยู่ในระดับดีมาก ($M=2.34-3.00$ คะแนน) ระดับปานกลาง ($M=1.68-2.33$ คะแนน) และระดับน้อย ($M=1.00-1.67$ คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในช่วงที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน ลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยผู้ตอบจะได้รับคะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ ผู้วิจัยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) คือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีมาก ($M=.51-5.00$ คะแนน) ดี ($M=3.51-4.50$ คะแนน) ปานกลาง ($M=2.51-3.50$ คะแนน) พอใช้ ($M=1.51-2.50$ คะแนน) และไม่ดี ($M=1.00-1.50$ คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .80 และ .89 ตามลำดับ

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นประชาชนในตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ที่มีระยะทางห่างจากพื้นที่ศึกษา 15 กิโลเมตร วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .85 และ .90 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยก่อนดำเนินการ (Preparation) ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายการวิจัยและหาหรือแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกัน แล้วดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดประเด็นปัญหา ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดรูปแบบวางแผน จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ แบ่งหน้าที่ และจัดเตรียมสถานที่ ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสารข้อมูลทั่วไปของจังหวัดตรังและสถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง
2. สันทนากลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาอุปสรรคและสาเหตุที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน จังหวัดตรังที่ผ่านมา
3. ศึกษามาตรฐานการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน
4. สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารตำรา งานวิจัย และข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการนำมาพัฒนา ลักษณะรูปแบบใหม่อย่างละเอียด ด้วยการกำหนดลักษณะและองค์ประกอบหลักของรูปแบบใหม่ที่จะพัฒนาขึ้นให้เหมาะสม ถูกต้อง ครบถ้วน และง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ไม่เพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ และเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน เน้นการนำหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่
5. จัดทำร่างรูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดตรัง
6. ทดสอบระบบการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชนอำเภอเมือง ทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยเตรียมความพร้อมก่อนลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยชี้แจงขั้นตอนการใช้โปรแกรมผ่านระบบการประชุมออนไลน์ และให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำรูปแบบไปทดลองใช้ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์จัดประชุมสันทนากลุ่มเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงและพัฒนาเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ด้วยความเห็นชอบของผู้เกี่ยวข้อง
7. จัดทำแผนการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทุกพื้นที่ในจังหวัดตรัง และแผนการติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนจากขั้นตอนที่ 1 โดยการประกาศใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในระดับอำเภอและชุมชน นำแผนปฏิบัติการที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม เสริมพลังด้วยการสนับสนุนวิชาการและสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน มีการบันทึก การติดตามความก้าวหน้า และปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observing) ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประเมินกระบวนการใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19

โดยผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ติดตามเยี่ยมพื้นที่ที่มีการระบาดของ COVID-19 สังเกตอย่างมีส่วนร่วม รวมทั้งประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่

2. ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยการประเมินระดับการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนจังหวัดตรัง และรวบรวมสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำผลการประเมินกระบวนการและประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบ มาถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง สังเคราะห์ข้อมูลแล้วเขียนเป็นสรุปผลและจัดทำเป็นเอกสาร แล้วนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดเพื่อให้การรับรองรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสนทนากลุ่มในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis; Graneheim & Lundman, 2004) โดยการจัดระเบียบของข้อมูลที่เก็บมาได้ทั้งหมด ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมด ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ นำมาตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรง และน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation)

ผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน จังหวัดตรัง มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning)

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดตรังใช้มาตรการป้องกันและควบคุมเชื้อ COVID-19 ที่กำหนดมาจากรัฐบาลตามคำสั่งประกาศและออกคำสั่งเกี่ยวกับมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของมาตรการควบคุมการเดินทางเข้าออกจังหวัดตรัง จำนวน 15 ฉบับ โดยมีคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบลร่วมกันประชุมวางแผนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ดังนี้ (ก) การเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล โดยการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ และ อสม. เตรียมการแจ้งข่าวเตือนภัยใส่ใจ COVID-19 โดยผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน เตรียมความพร้อมของเวชภัณฑ์ เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เป็นต้น เตรียมสถานที่กักตัวผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงระดับอำเภอและระดับตำบลทุกตำบล (ข) การคัดกรองและติดตามผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด โดยตั้งด่านทางเข้าออกจังหวัดตรัง จำนวน 6 ด่าน ได้แก่ ด่านท่าเรือ

กันตั้งด่านสนามบิน ด่านอำเภอรัษฎา ด่านอำเภอสิเกา ด่านอำเภอปะเหลียน และด่านอำเภอนาโยง จัดให้มีจุดคัดกรองการเฝ้าระวังโรคและให้ความรู้แก่ประชาชนที่ผ่านทางเข้าออก โดยจัดให้มีจุดลงทะเบียนผ่านระบบ Trang Healthy Passport ซึ่งจะบันทึกข้อมูลครั้งแรกก่อนเข้าจังหวัดจริง แล้วส่งข้อมูลให้หน่วยควบคุมโรคในระดับชุมชนติดตามผู้สัมผัสเชื้อ COVID-19 และควบคุมการระบาดในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action)

ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการคัดกรองผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงที่ผ่านด่านเข้าเมืองจำนวน 6 ด่าน โดยให้ลงทะเบียนผ่านระบบ Trang Healthy Passport เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มที่เดินทางเข้าชุมชนแล้วส่งต่อข้อมูลผู้เข้าข่ายต้องกักตัวไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล นอกจากนี้จะมีทีม อสม. เฝ้าระวังเชิงรุกโดยการตรวจคัดกรอง COVID-19 ทุกหลังคาเรือน ในกรณีที่หากมีการจำหน่ายผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการรักษาครบหรือตรวจไม่พบเชื้อแล้วกลับบ้าน จะมีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลร่วมกับผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. สร้างความรู้และความเข้าใจให้กับชุมชน เพื่อเสริมความมั่นใจในเรื่องการอยู่ร่วมกันให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลงพื้นที่เพื่อต้อนรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน รวมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านด้วย

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

จากการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์การใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ พบว่าในแต่ละชุมชน ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M=2.70$, $SD=0.34$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.74$,

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง

ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	จำนวนผู้สัมผัส		ผู้ติดเชื้อในชุมชน (เพิ่มเติม)
	ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง	ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ	
รายที่ 1	11	9	0
รายที่ 2	13	0	0
รายที่ 3	5	0	0
รายที่ 4	15	40	0
รายที่ 5	43	35	0
รายที่ 6	2	3	0
รายที่ 7	0	3	0
รวม	89	90	0

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	การแปลผล
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	2.96	0.06	ดีมาก
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อ	2.67	0.15	ดีมาก
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อ	2.95	0.08	ดีมาก
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	2.23	0.56	ปานกลาง
รวม	2.70	0.34	ดีมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

(ตัวอย่าง) คำถาม	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	การแปลผล
ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดบ่อย ๆ	3.64	.64	ดี
ท่านล้างมือให้สะอาด ก่อนสัมผัสใบหน้าทุกครั้ง	3.30	.48	ปานกลาง
ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ เป็นประจำ	4.00	.61	ดี
ท่านใช้ของส่วนตัวเป็นประจำ	3.73	.53	ดี
ท่านไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.77	.50	ดี
ท่านสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน	3.82	.48	ดี
ท่านล้างมือทุกครั้งหลังจากจับสิ่งของสาธารณะ	3.17	.52	ปานกลาง
ท่านเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร ทุกครั้ง	3.84	.42	ดี
ท่านออกจากบ้านเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	3.78	.47	ดี
ท่านติดตามข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อป้องกันตนเองจากเชื้อ COVID-19	3.94	.30	ดี
รวม	3.74	.91	ดี

SD = 0.91) ดังแสดงในตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับกระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Reflection)

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยร่วมกับเครือข่ายจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review [AAR]) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรัง ได้แก่ ความตระหนัก

และความร่วมมือของเครือข่ายและผู้นำ การเสริมพลังใจให้ชุมชน การสร้างการรับรู้ของประชาชนในการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลา การแจ้งข่าวเตือนภัยใส่ใจ COVID-19 การรณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแก่ตนเองและคนในชุมชน การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และการเตรียมชุมชนทั้งก่อนการเกิดโรคและหลังเกิดโรคกรณีผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านเพื่อเสริมความมั่นใจในเรื่องการอยู่ร่วมกันในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชนจังหวัดตรังโดยผู้บริหารหน่วยงาน เครือข่ายระดับอำเภอ และผู้นำท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดความรู้สึกถึงการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง (Engagement) มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (Ownership) เกิดเป็นฐานร่วมเพื่อขับเคลื่อนในการแก้ปัญหาในชุมชน มีส่วนร่วมกันกำหนดเป้าหมายวางแผนการดำเนินงานตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการดำเนินงานตามกระบวนการตัดสินใจ (Decision implementation) และการติดตามประเมินผล (พลสินธุ์ พงษ์ประเทศ, 2550) ทำให้สามารถแก้ไขการแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาแบบการป้องกันโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมและการประสานการทำงานของผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในการร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งผลให้เกิดพลังในชุมชนที่สามารถร่วมกันป้องกันโรคในชุมชนได้ (กฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง, 2553)

การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน โดยประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ พบว่า ประชาชนมีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก โดยการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อาจเพราะประชาชนในชุมชนบ้านโพธิ์ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่ดี เนื่องจากจังหวัดตรังมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสารให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และอสม. เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 ในชุมชนอย่างเข้มข้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ที่บูรณาการแนวทางปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของ อสม. ทำให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพดี และปลอดภัยจากโรคได้บรรลุลงไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายและสามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีนโยบายให้มีการรณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อที่อาจเกิดขึ้นแก่ตนเองและคนในชุมชน ทำให้ผู้รับผิดชอบสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดให้แก่ประชาชนในพื้นที่ของตนเอง เป็นการสร้างการรับรู้ของประชาชนในการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลา (กิตติวงศ์ปทุมทิพย์ 2561; กรวิกา บวขุม, ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, วิลาวรรณ คริสต์รักษา, ปัทมดา ชื่นชม, และ

สาวิณี จันทรรัตน์, 2561; นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2559) นอกจากนี้จะเห็นว่าปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารกันมากขึ้น รวมทั้ง COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้างทั่วโลก สร้างความตื่นตระหนกและความกังวลให้แก่ประชาชนชาวไทยเป็นอย่างมาก จึงทำให้ประชาชนพยายามเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค COVID-19 ที่ทันสมัยอย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีอธิบายได้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะทำให้เกิดผลดีในการลดความเสี่ยงจากการเกิดโรค (Rosenstock, 1974) ดังนั้นเมื่อประชาชนเชื่อว่าตนเป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ประชาชนจะปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วย (ธานี กล่อมใจ และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ นกษา สิงห์วีระธรรม และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ดังนั้นการให้ข้อมูลต้องคำนึงถึงความเชื่อของผู้ปฏิบัติด้วย เพราะความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว

ปัจจัยความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน จังหวัดตรังครั้งนี้ คือ การเตรียมชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อสม. ผู้นำชุมชน การให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจตั้งแต่ต้น ลงมือปฏิบัติในกิจกรรมและติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นพลังสำคัญในการสร้างกิจกรรมการพัฒนาชุมชนในด้านสุขภาพและยังสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดในชุมชนได้อีกด้วย (พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี และพรทิพย์ คำพอ, 2555)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในชุมชน จังหวัดตรัง โดยผู้บริหารหน่วยงาน เครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการวางแผนเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ได้แก่ ความรู้ การแจ้งข่าวสาร เวชภัณฑ์ และสถานที่ในการกักตัว ปฏิบัติการตามแผน โดยคัดกรองผู้ที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงที่ผ่านด่านเข้าเมือง แล้วส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ชุมชน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ประชาชนในพื้นที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในระดับดี ทำให้ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลจากการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อวางแผนในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมให้ความรู้กับประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการล้างมือ

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ให้มากขึ้น

2. นำรูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดจริงเพื่อใช้ในการเตรียมรับการระบาดระลอก 2 ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกันที่อาจมีความแตกต่างด้านการรับรู้ การเข้าถึงสื่อต่าง ๆ และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของประชาชน เช่น ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ชายฝั่งหรือเกาะต่าง ๆ เป็นต้น

2. ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนหลังการเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัดจริง

เอกสารอ้างอิง

- กฤตย์ดิวัฒน์ จัตรทอง. (2553). *การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาโทไม่ได้อัฒตพมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. (2561). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอคอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(2), 59-67.
- กรวิกา บวชชุม, ทิพย์ภา เชษฐุ์เขาวลิต, วิลาวรรณ คริสต์รักษา, ปัทมดา ชื่นชื่น, และสาวิณี จันทรรัตน์. (2561). ผลของการให้ความรู้ในการคัดกรองโรคติดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 33-41.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิณ ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 29-39.
- นภษา สิงห์วีธรรม, วัชรพล วิวรรัตน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาวิสุวรรณ, เณลิมชัย เพาะบุญ, และสุทธสิริศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตบุคลากร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร* 2563, 14(2), 104-115.
- นิตา มีทิพย์, เดชา ทำดี, และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. (2559). ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร*, 43, 104-115.
- พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี, และพรทิพย์ คำพอ. (2555). การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน: ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.)*, 12(2), 42 - 56.
- พลสินธุ์ พงษ์ประเทศ. (2550). *การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง*

- ในจังหวัดอุดรธานี (รายงานการวิจัย ไม่ได้ตีพิมพ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2564). *รายงานประจำวันสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้น จาก <http://www.tro.moph.go.th/index2.php>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prenticehall Inc.
- Graneheim, H. U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria, editor. Australia: Deaken University Press.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row Publications.
- World Health Organization, Thailand. (2020). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย*. สืบค้นจาก https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-03-19-tha-sitrep-26-covid19-th-final.pdf?sfvrsn=5b88c757_0
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association*, 323, 1239-42.

คว้นบุหรืกั้บสุภพเด็ก: การประกุ่กั้ใช้หลัก 5A ในการพยบาล

ศิริณัรณั ทัศนัยัรัณั, ปร.ด.¹

สุวรณั มณัวัณั, พย.ม.¹

ร้งกานุจนั ร้องนัประกุชั, พย.ม.¹

เสาวกาศั ทัคสังั, พย.ม.¹

(วันัที่ส่งบทวณั: 6 กุณภพันั 2564; วันัที่แก้ไ: 15 พฤษจิกายน 2564; วันัที่ตอบรับ: 15 พฤษจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

คว้นบุหรืมีสารนัคอดินซึ่งสามารถตกคั้งในสัองแวดลัอม เด็กัที่เกดมาในครอบครัวัที่สูบบุหรืจั้ได้รับสารนัคอดินที่ตกคั้งในที่อยู่อาศั คว้นบุหรืส่งผลกระทบต่อสุภพของเด็กโดยท้ให้เกดโรคระบบทางเดินหายใจ โรคห้วใจและหลอดเลอด การเจรณัเดบโดซ้ สดป้ญญาและการรู้คุดบกพร้องและภาวะการเสัขัชีวิตกระท้นหันัในทารกแรกเกด พยบาลมีบทบาทในการป้องกันผลกระทบจากคว้นบุหรืต่อสุภพของเด็กโดยการให้ค้ปรักษาและช่วยเหลือให้ครอบครัวเลกบุหรื โดยอาศักระบวนการพยบาลที่ประกุ่กั้ใช้หลัก 5 A ซึ่งประกอบด้วย 1) ถาม (Ask) เกัยวักัประกุ่กั้การสูบบุหรื 2) เนะนำ (Advise) การปรักบพดกักรรมให้เหมาะสม เพื่อเลกบุหรื 3) ประเมิน (Assess) ลักษณะการเสพคุดและความพร้องในการเลกสูบบุหรื 4) ช่วยเหลือ (Assist) ให้เลกบุหรืได้ล้สำเร็จ และ 5) คุดตามผล (Arrange follow up) ประเมินผลการเลกบุหรืเป็นระยะ เพื่อให้การเลกบุหรืคงอยู่อ้างต่อเน้อง ดัังนั้น พยบาลจั้มีบทบาทล้ค้ญอย่างยั้ในการซั้ให้ครอบครัวและผู้ดูแลเด็กเห็นถึงโทษและพษัษัของคว้นบุหรืที่ส่งผลต่อสุภพเด็ก เห็นความล้ค้ญของการเลกบุหรื เนะนำ ช่วยเหลือ และคุดตามให้ค้ปรักษาแก่ครอบครัวให้เลกบุหรืจ้นล้สำเร็จ

ค้ลล้ค้ญ: คว้นบุหรื, บุหรืม้อสอง, สุภพเด็ก, เลกบุหรื, 5A

¹ อาจารย์, คณะพยบาลศาสตรั มหาวิทยาลัยร้ณัณณัจิด จั้หวัดปทุมธานี

¹ Corresponding author: ศิริณัรณั ทัศนัยัรัณั, Email: sirinna_t@hotmail.com

The Tobacco Smoke and Child Health: Application of the 5A Model in Nursing

Sirinna Tassaneeyarat, Ph.D.¹

Suwanna Maneewong, M.N.S.¹

Rungkan Rochanapratishtha, M.N.S.¹

Saowaphak Tadsing, M.N.S.¹

(Received: February 6th, 2021; Revised: November 15th, 2021; Accepted: November 15th, 2021)

Abstract

Tobacco smoke contains nicotine, which can be left behind in the environment. Children born in smoking families are exposed to residual nicotine in their homes. Tobacco smoke affects children's health by causing respiratory disease, cardiovascular disease, poor growth, and cognitive impairments, as well as sudden infant death syndrome. Nurses play an important role in preventing the effects of tobacco smoke on children's health. They provide counseling to and help for families to quit smoking using a nursing process that applies the 5 A Model, which consists of :1) "Asking" about smoking history 2) "Advising" about behavioral optimization. 3) "Assessing" the addiction characteristics and readiness to quit smoking 4) "Assisting" family members to successfully quit smoking, and 5) "Arranging follow-up" with periodic assessments of smoking cessation, to ensure that smoking cessation continues. Therefore, nurses play an important role in enlightening families and caregivers about the harmful effects of tobacco smoke on children's health, the importance of quitting smoking, providing advice and support, and following up with counseling to help families successfully quitting smoking.

Keywords: tobacco smoke, second hand smoke, child's health, quit smoking, 5A

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Rattana Bundit University, Pathum Thani Province

¹ Corresponding author: Sirinna Tassaneeyarat, Email: sirinna_t@hotmail.com

บทนำ

การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อตัวผู้สูบและผู้ที่อยู่รอบข้าง โดยผู้ที่อยู่รอบข้างจะได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ได้โดยไม่ต้องเป็นผู้สูบ ควันบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke) และควันบุหรี่มือสาม (Third-hand smoke) ต่างประกอบด้วยสารพิษมากกว่า 7,000 ชนิดที่มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายและมีกว่า 70 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง สารพิษที่สำคัญในควันบุหรี่ประกอบด้วย นิโคติน ทาร์ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ก๊าซไฮโดรเจนไซยาไนด์ ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ และอะโครลีน เป็นต้น (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2562) ซึ่งสารพิษเหล่านี้ส่งผลกระทบในแง่ลบต่อภาวะสุขภาพของเด็ก

องค์การอนามัยโลกประเมินว่าปัจจุบัน มีเด็กเกือบ 700 ล้านคน หรือเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กทั่วโลกหายใจเอาอากาศที่ปนเปื้อนควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020) ในประเทศไทยมีรายงานการสำรวจผู้ปกครองที่พาเด็กมาตรวจรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างเดือน พ.ค.- ก.ย. พ.ศ. 2559 จำนวน 1,022 ครอบครัว ซึ่งร้อยละ 96 ของเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่บ้าน พบว่าร้อยละ 45.6 หรือ 456 ครอบครัวมีสมาชิกที่สูบบุหรี่ และในจำนวนนี้ 101 ครอบครัวหรือร้อยละ 21.5 สูบบุหรี่ในบ้าน ผู้สูบบุหรี่โดยส่วนใหญ่เป็น พ่อแม่ หรือ ปู่ย่า ตายาย และนอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่อาศัยในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่เป็นหวัด เจ็บคอบ่อย 268 คน เทียบกับ 205 คนในบ้านที่ไม่มีคนสูบบุหรี่ และมีอาการหอบเหนื่อยต้องพ่นยา 96 คน ในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่ เทียบกับ 53 คนในบ้านที่ไม่มีคนสูบบุหรี่ เด็กที่อาศัยในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่ เกิดการเจ็บป่วยมากกว่าเด็กในบ้านที่ไม่มีการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2560)

เด็กก่อนวัยเรียนในช่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี จะได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองมากที่สุดเนื่องจากมีระบบทางเดินหายใจขนาดเล็ก กำจัดสิ่งคัดหลั่งได้ยาก หลอดลมอุดตันได้ง่าย จึงมีความไวต่อการรับเชื้อและมีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (Sigaud, Castanheira, & Costa, 2016; Zhuge et al., 2020) อีกทั้งเด็กยังมีอัตราการหายใจเร็วกว่าผู้ใหญ่ จึงมีโอกาสได้รับสารพิษจากควันบุหรี่มากกว่าผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาที่สูบบุหรี่หรือได้สัมผัสควันบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์จะส่งผลให้ทารกที่คลอดมามีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ (CDC, 2020) และเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตอย่างกะทันหันของทารก (Anderson et al., 2019) การช่วยเหลือให้มารดา ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวของเด็กเลิกบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ช่วยลดความเสี่ยงของการสัมผัสควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อม ลดผลกระทบต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นแก่ตัวเด็กได้

พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการลดและควบคุมการบริโภคยาสูบจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในต่างประเทศได้มีการนำการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับควบคุมการบริโภคยาสูบ ที่เรียกว่า โมเดล 5A มาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และให้คำแนะนำเพื่อสนับสนุนให้ผู้ที่สูบบุหรี่ ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ ซึ่งโมเดล 5A นี้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ 1) “ถาม” (Ask: A1) เป็นการซักประวัติว่าบริโภคยาสูบหรือไม่ 2) “แนะนำ” (Advise: A2) พยาบาลเลือกวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ 3) “ประเมินความพร้อมในการเลิก

บริโภคนยาสูบและการติดนิโคติน” (Assess: A3) 4) “ช่วยเหลือ” (Assist: A4) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้บริโภคนยาสูบเลิกสูบบุหรี่ และ 5) “ติดตามและประเมินผล” (Arrange follow up: A5) เป็นการติดตามและให้กำลังใจผู้สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาบริโภคนยาสูบซ้ำ ซึ่งผลการวิจัยของต่างประเทศพบว่า ภายหลังการใช้โมเดล 5A อัตราการเลิกบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tobacco, 2008)

ในประเทศไทยช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการศึกษาการนำโมเดล 5A หรือที่เรียกว่า *ถนน 5 ขด* (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2555; อรสา พันธักดิ์, 2556) มาใช้ในการให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่อย่างแพร่หลายทั้งทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การนำโมเดล 5A ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการช่วยเลิกบุหรี่ (อรสา พันธักดิ์, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, และสุปราณี เสนาดีสัย, 2560) นอกจากนี้ ด้านการศึกษายาบาลพบว่าการนำโมเดล 5A ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่หอผู้ป่วยในรายวิชาต่าง ๆ ทำให้นักศึกษามีความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ใช้ได้จริง และสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล (จินตนา คำเกลี้ยง และคณะ, 2561; ศรีัญญา ชิตศักดิ์, 2564)

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลกระทบของควันบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพเด็กในด้านต่างๆ เช่น การเจริญเติบโตล่าช้า ส่งผลเสียต่อระบบทางเดินหายใจ ผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มอาการเสียชีวิตกระทันหันในทารก และส่งผลเสียต่อพฤติกรรมและกระบวนการรู้คิด ดังนั้นการให้คำแนะนำให้เลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้หลัก 5 A เพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกบุหรี่ซึ่งจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของเด็ก จะมีส่วนช่วยป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก อีกทั้งพยาบาลเด็กสามารถนำความรู้พิษภัยของควันบุหรี่ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพเด็กไปเผยแพร่ให้กับพ่อแม่ญาติพี่น้องและบุคคลทั่วไปให้พึงระวังในการสูบบุหรี่ในบ้านและตามที่สาธารณะทั่วไปเพื่อเป็นการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในเด็กต่อไป

ผลกระทบของควันบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพเด็ก

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลกระทบต่อผู้สูบโดยตรงแล้ว ควันบุหรี่ยังทำให้ผู้ที่สูดเอาควันพิษเข้าไป เกิดอันตรายเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในเด็กซึ่งมีข้อจำกัดในการป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ได้ จึงมีโอกาสที่จะสูดเอาควันพิษเข้าไปในร่างกายและได้รับผลกระทบเช่นกัน ซึ่งควันบุหรี่ยังส่งผลต่อสุขภาพเด็กในหลายด้าน ดังนี้

การเจริญเติบโตล่าช้า (Poor Growth)

ควันบุหรี่มีสารเคมีหลายชนิดที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย มีการศึกษารายงานว่ามารดาที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นประจำขณะตั้งครรภ์ จะได้รับสารนิโคตินเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (Intra uterine growth retardation) เนื่องจากสารเคมีในควันบุหรี่ เช่น นิโคติน ทาร์ และการ์บอนมอนอกไซด์ มีผลต่อการทำงานของอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) โดปามีน (Dopamine)

และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท ส่งผลให้มีการหดตัวของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก ทำให้ปริมาณเลือดที่ผ่านรกลดลง อีกทั้งก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในค่านูหรียังสามารถจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่า ทำให้เกิดคาร์บอกซีฮีโมโกลบินซึ่งเป็นพิษ ทำให้ทารกในครรภ์ได้ออกซิเจนและอาหารลดลง ส่งผลให้ทารกมีการเจริญเติบโตช้าขณะอยู่ในครรภ์ (สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, 2560; CDC, 2020) และเมื่อทารกคลอด พบว่าน้ำหนักของทารกจะลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดปกติประมาณ 200-300 กรัม และความยาวของตัวทารกจะสั้นกว่าทารกปกติ พัฒนาการทางสมองช้า หรืออาจมีความผิดปกติทางระบบประสาทและระบบความจำ (CDC, 2020)

โรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system disease)

สารนิโคตินในค่านูหรี เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจในเด็ก โดยนิโคตินจะทำให้เนื้อเยื่อของปอดมีความยืดหยุ่นลดลง และเพิ่มปริมาตรในถุงลม และเกิดอาการหลอดลมหดเกร็ง ค่านูหรีจะกระตุ้นให้เกิดอาการไอ หายใจมีเสียงวี๊ด (Wheezing) รวมถึงมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการหอบหืดรุนแรงและบ่อยขึ้น (CDC, 2020) มีรายงานการศึกษาจำนวนมากในประเทศจีนและบราซิล ที่พบว่า การสัมผัสค่านูหรีมือสองในบ้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจในเด็ก (Sigaud et al., 2016; Zhuge et al., 2020) ทารกและเด็กเล็กที่ได้รับค่านูหรีมือสอง จะเกิดอาการระคายเคืองตา จมูก และคอ รวมถึงปอด ทำให้มีอาการไอ มีเสมหะมาก แน่นหน้าอก และปอดมีสมรรถภาพลดลง (Sigaud et al., 2016) เนื่องจากร่างกายของทารกและเด็กเล็กอยู่ในระยะกำลังเจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายยังไม่สมบูรณ์ จึงรับสารพิษจากค่านูหรีได้มากกว่าผู้ใหญ่ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2562) มีการศึกษาในเด็กอายุ 3-8 ปี ของประเทศจีนจำนวน 41,176 ราย พบว่าในเด็กที่บิดามารดาสูบบุหรี่ หรือได้รับค่านูหรีในบ้าน ส่งผลกระทบต่อทางเดินหายใจของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ เช่น มีอาการไอในช่วงกลางคืน เป็นไข้หวัด และมีอาการปอดอักเสบ (Zhuge et al., 2020) นอกจากนี้ในประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวทำให้เด็กป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวม หอบหืด และหูชั้นกลางอักเสบ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2562)

กลุ่มอาการเสียชีวิตกะทันหันในทารก (Sudden Infants Death Syndrome [SIDS])

กลุ่มอาการ SIDS หมายถึง กลุ่มอาการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และไม่คาดคิดของทารก ซึ่งยังไม่สามารถหาสาเหตุของการเสียชีวิตนั้นได้ (CDC, 2020) โดย SIDS เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทารกที่มีสุขภาพดี มีรายงานการศึกษาย้อนหลังที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของ SIDS กับการสัมผัสค่านูหรีจากมารดาในขณะตั้งครรภ์และในช่วงขวบปีแรกของทารก พบว่าทารกที่ได้รับค่านูหรีในช่วงตั้งครรภ์เป็นตัวทำนายกลุ่มอาการเสียชีวิตกะทันหันในทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Anderson et al., 2019; Elliott et al., 2020; Friedmann et al., 2017) ซึ่งการสูบบุหรี่ของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตอย่างกะทันหันของทารกโดยไม่คาดคิดมากกว่าสองเท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ (Anderson et al., 2019) ถึงแม้ว่าจะยังไม่สามารถอธิบายกลไกการเกิดนี้ได้ชัดเจน แต่พบว่าสารเคมีในค่านู

บุหรี่ยังส่งผลต่อสมองโดยไปรบกวนการทำงานของสมองส่วนควบคุมการหายใจทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจ (Central apnea) ส่งผลให้ทารกเสียชีวิตได้ (Bednarczuk, Milner, & Greenough, 2020) และเมื่อศึกษาทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตจากภาวะ SIDS แล้วพบว่ามียกระดับความเข้มข้นของนิโคตินในปอดสูงกว่าทารกที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น (CDC, 2020) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาพบว่า ทารกแรกเกิดที่นอนหลับร่วมมารดาที่สูบบุหรี่ (Infant co-sleeping with the smoking mother) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ SIDS เพิ่มขึ้น (Wennergren, 2018)

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease)

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก (CDC, 2020) การสัมผัสกับควันบุหรี่เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบอย่างถาวร และเกิดภาวะไม่สมดุลของไขมันในร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การสะสมของไขมันในเลือด ส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เด็กที่สัมผัสควันบุหรี่เป็นเวลานานมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (CDC, 2020) และนอกจากนี้ทารกแรกเกิดที่สัมผัสควันบุหรี่จากบิดามารดาจะมีอาการของความดันโลหิตสูง การศึกษาย้อนหลังในประเทศอินโดนีเซียพบว่าเด็กที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) สูงในเด็ก (Fitri, Ismah, Irfani, Gufron, & Adil, 2018) ซึ่งการที่มารดาสูบบุหรี่ทำให้เกิดกลไกการควบคุมความดันโลหิตของทารกมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ทารกมีความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้น ๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมและกระบวนการรู้คิด (Behaviors and Cognitive Functioning)

การสัมผัสควันบุหรี่ของทารกทั้งในขณะอยู่ในครรภ์ของมารดาและหลังคลอด ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านระบบประสาทและพฤติกรรมของมนุษย์ (Wada et al., 2020) เด็กที่มารดาสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่จะมีความผิดปกติทางพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้มีตั้งแต่ อารมณ์ และบุคลิกภาพแปรปรวน อาการของโรคทางจิตเวชเด็ก เช่น โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder [ADHD]) พฤติกรรมเกรี้ยวกราด (Conduct disorder [CD]; Wang, Li, Zhang, Jiang, & Zhang, 2019) พัฒนาการด้านสติปัญญาและภาษา (Cognitive and language development) ช้ากว่าปกติ (He, Luo, Wang, Gao, & Liu, 2018) การสัมผัสควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม (Environmental tobacco smoke) ขณะอยู่ในครรภ์มารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับพัฒนาการด้านสติปัญญาและพัฒนาการด้านภาษาของเด็กในช่วง 2 ขวบปีแรก ในประเทศจีนมีรายงานการศึกษาในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี จำนวน 446 ราย พบว่าร้อยละ 60 ของเด็กมีมารดาที่สัมผัสควันบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์และในจำนวนเด็กที่มารดาสัมผัสควันบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ยังพบว่าเด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและพัฒนาการด้านภาษาดำกว่าปกติ (He et al., 2018) และนอกจากนี้มีการศึกษาในเด็กวัยเรียนอายุ 6-13 ปี จำนวน 15,344 ราย พบว่าร้อยละ 79.1 สัมผัสควันบุหรี่มือสอง และเมื่อทำการประเมินพฤติกรรมเด็กด้วยแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) พบว่าเด็กที่มีการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมีคะแนนสูงเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีการสัมผัสควันบุหรี่ การสัมผัสควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่

นึ่ง/สมาธิสั้น พฤติกรรมเกร มีปัญหากับเพื่อน และมีปัญหาด้านการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wang et al., 2019) ในประเทศญี่ปุ่นมีการศึกษาปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3-6 ปี จำนวน 437 รายที่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสองทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยวัดระดับของสารนิโคตินในปัสสาวะและประเมินพฤติกรรมเด็กด้วยแบบประเมิน SDQ พบว่า เด็กที่มีการสัมผัสกับควันบุหรี่มีคะแนน SDQ สูงอย่างมีนัยสำคัญ (Wada et al., 2020)

ควันบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กในหลายๆ ด้านดังที่กล่าวมา ฉะนั้นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพเหล่านี้คือการลดโอกาสในการสัมผัสควันบุหรี่ นั่นก็คือ การเลิกบุหรี่ของผู้ปกครองและคนในครอบครัว

บทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้หลัก 5A เพื่อป้องกันผลกระทบจากควันบุหรี่ต่อสุขภาพเด็ก

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวของเด็ก งด หรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในบ้านหรือในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ซึ่งจะช่วยป้องกันผลกระทบจากควันบุหรี่ต่อสุขภาพของเด็ก การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้พ่อ แม่ ผู้ปกครอง และคนในครอบครัวของเด็ก ลด ละ เลิกบุหรี่ ต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีนำไปสู่การปฏิบัติ โดยเครื่องมือที่สำคัญคือการใช้โมเดล 5A ซึ่งมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ หรือที่เรียกว่า โมเดล 5 A หรือ *ถนน ๕ ขด* (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2555; นิสารัตน์ ชูชาญ, 2563) เป็นแนวทางในการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบสามารถสอดแทรกไปในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาของครอบครัว (Ask) และประเมินความพร้อม (Assess) ด้วยการรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการติดบุหรี่ 2) วิเคราะห์ปัญหา 3) วางแผนการพยาบาล ด้วยการแนะนำ (Advise) ให้เลิกบุหรี่ให้เหมาะสมแต่ละราย 4) ให้การพยาบาลช่วยให้เลิกบุหรี่ (Assist) และ 5) ประเมินผลการพยาบาล ติดตามความก้าวหน้าของการเลิกบุหรี่ (Arrange follow up) ดังนั้นการประยุกต์โมเดล 5 A ในการพยาบาลเด็กและครอบครัวจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและนับเป็นการพยาบาลเด็กโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางอีกด้วย (นิสารัตน์ ชูชาญ, 2563) ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอนดังนี้

1) ถาม (A1 [Ask] : ถ) การซักประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดามารดาและคนในครอบครัว ปริมาณการสูบต่อวัน สถานที่สูบ (ในบ้านหรือนอกบ้าน) และพฤติกรรมเสี่ยงในการเลี้ยงดูบุตร เช่น ความถี่ในการพาบุตรออกไปในที่ชุมชนแออัด ความถี่ในการพาบุตรไปสัมผัสควันบุหรี่ เป็นต้น

2) แนะนำ (A2 [Advise] : นน) แนะนำการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยชี้ให้บิดามารดาหรือคนในครอบครัวเห็นถึงผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง ต่อความเจ็บป่วยของบุตร เพื่อให้บิดามารดาเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลบุตร และแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ โดยเริ่มจากการไม่สูบบุหรี่ในบ้านและเลิกสูบบุหรี่ให้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้บิดามารดาเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลบุตร

มีรายงานการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากสูติแพทย์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มอาการเสียชีวิตกะทันหันในทารก มีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่ในช่วงหลังคลอดทันที (Sontag et al., 2020)

3) ประเมิน (A3 [Assess] : ป) ประเมินลักษณะการเสพติดและความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อจะได้ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ เมื่อพบว่ามีความพร้อมในการเลิกบุหรี่เพื่อบุตร จึงวางแผนและแนะนำแหล่งให้การช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ หรือให้พบแพทย์เพื่อช่วยเหลือให้การเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่อง และประสบความสำเร็จ

4) ช่วยเหลือ (A4 [Assist] : ข) ช่วยเหลือให้บิดามารดาได้เลิกบุหรี่สำเร็จ โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้รู้สึกว่าการเลิกสูบบุหรี่มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของตนเองและบุตร เพื่อให้บุตรแข็งแรงขึ้น ไม่เจ็บป่วย พยาบาลควรให้บุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่ชีวิต บุตร หรือบุคคลที่นับถือมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยเสริมความมั่นใจว่าสามารถควบคุมตนเองให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างแน่นอน

5) ติดตาม (A5 [Arrange follow up] : ต) ติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่เป็นระยะ เพื่อช่วยเหลือให้การเลิกบุหรี่คงอยู่ต่อเนื่อง ไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

การนำหลัก 5 A มาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลสามารถทำได้โดยการซักประวัติ หากพบว่าบุคคลในครอบครัว คือคุณพ่อสูบบุหรี่ การวินิจฉัยทางการแพทย์ คือ เด็กได้รับควันบุหรี่มือสองจากคนในบ้านส่งผลให้เด็กมีอาการของโรกระบบทางเดินหายใจ การพยาบาล คือการให้คำแนะนำกับพ่อให้เลิกบุหรี่ แต่พ่อไม่พร้อมจะเลิกตอนนี้ จึงแนะนำอย่าสูบบุหรี่ในบ้าน และให้รู้แหล่งช่วยเหลือ เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ สายด่วนเลิกบุหรี่ พร้อมกับมีการวางแผนการพยาบาลในการช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ คอยให้กำลังใจ และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ จะเห็นได้ว่าพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมเกี่ยวกับข้อมูล การเลิกบุหรี่ และการลดผลกระทบของโรคอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กได้

สรุป

การสัมผัสควันบุหรี่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในทารกและเด็กอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากทารกและเด็กอยู่ในระยะกำลังเจริญเติบโต ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายยังไม่สมบูรณ์ อีกทั้งยังไม่สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยได้ จึงมีโอกาสรับสารพิษจากควันบุหรี่ได้มากกว่าผู้ใหญ่ มีหลักฐานเพียงพอที่ยืนยันว่าการสัมผัสควันบุหรี่ทั้งในขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา ภายหลังคลอด วัยทารก เด็กก่อนวัยเรียน และเด็กวัยเรียน มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในเด็ก ไม่ว่าจะเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ และหลอดเลือด ภาวะเสียชีวิตอย่างกะทันหันในทารก รวมไปถึงพัฒนาการด้านสติปัญญา และปัญหาพฤติกรรมในโรงเรียน เด็กสัมผัสควันบุหรี่ไม่เพียงแต่จากในบ้าน แต่ยังรวมถึง โรงเรียน ร้านอาหาร สถานดูแลเด็ก รถยนต์และรถสาธารณะ พยาบาลควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ที่ส่งผลต่อ

ภาวะสุขภาพเด็ก การให้ความรู้กับพ่อแม่ และหลีกเลี่ยงหรืองดสูบบุหรี่ในบ้านและตามที่สาธารณะเพื่อเป็นการป้องกันผลกระทบจากควันบุหรี่ต่อสุขภาพเด็กต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาทกกิจ. (2555). การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. ใน กรองจิต วาทีสาทกกิจ (บรรณาธิการ), *ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ* (พิมพ์ครั้งที่ 9; น. 44-63). กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- จินตนา คำเกลี้ยง, จารุวรรณ กฤตประชา, อนงค์ ประสานวันกิจ, ทิพมาส ชินวงศ์, รัตใจ เวชประสิทธิ์, สมพันธ์ พัทธนีสุวรรณ, และณัฐชยกานต์ นาคทอง. (2561). ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการใช้โมเดล 5A เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 38(3), 141-151.
- นิศาตร์นัฐชาญ. (2563). *การจัดการเรียนการสอนเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ: หมวควิทยาการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย.
- มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2560). *วิจัย : สูบบุหรี่ในบ้าน มหันตภัยสารพิษสู่ลูกน้อย*. สืบค้นจาก http://www.ashthailand.or.th/content_attachment/attach/8190d94130e797f3a9de2165dd805af.pdf
- ศรัณญา ชาติศักดิ์. (2564). การควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาลเมื่อฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน. *วารสารพยาบาล*, 70(1), 42-51.
- สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์. (2560). *ผลกระทบของการเสพยาเสพติดระหว่างตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=796>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2562). *องค์ความรู้ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานที่มีมาตรฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข: อันตรายจากการสูบบุหรี่, สูดดม ควันบุหรี่*. (หนังสืออิเล็กทรอนิกส์). นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/07/HP-eBook_12.pdf
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2556). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่: คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่สู่งานประจำ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย.
- อรสา พันธุ์ภักดี, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, นวลขนิษฐ ลิขิตลือชา, และสุปราณี เสนาดีชัย. (2560). การสำรวจการปฏิบัติพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย. *วารสารพยาบาล*, 66(1), 1-8.
- Anderson, T. M., Lavista Ferres, J. M., Ren, S. Y., Moon, R. Y., Goldstein, R. D., Ramirez, J., & Mitchell, E. A. (2019). Maternal smoking before and during pregnancy and the risk of sudden unexpected infant death. *Pediatrics*, 143(4), e20183325. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3325>

- Bednarczuk, N., Milner, A., & Greenough, A. (2020). The role of maternal smoking in sudden fetal and infant death pathogenesis. *Frontiers in Neurology*, 11, 1-7.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). *Health effects of secondhand smoke*. Retrieved from https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/index.htm
- Elliott, A. J., Kinney, H. C., Haynes, R. L., Dempers, J. D., Wright, C., Fifer, W. P., . . . Dukes, K. A. (2020). Concurrent prenatal drinking and smoking increases risk for SIDS: Safe passage study report. *EClinicalMedicine*, 19, 100247. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2019.100247>
- Friedmann, I., Dahdouh, E. M., Kugler, P., Mimran, G., & Balayla, J. (2017). Maternal and obstetrical predictors of sudden infant death syndrome (SIDS). *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(19), 2315-2323.
- Fitri, A. D., Ismah, Z., Irfani, T. H., Gufron, M., & Adil, M. (2018). Risk factors of high blood pressure in children exposed to passive smoke. *LIFE: International Journal of Health and Life-Sciences*, 3(3), 158-167.
- He, Y., Luo, R., Wang, T., Gao, J., & Liu, C. (2018). Prenatal exposure to environmental tobacco smoke and early development of children in rural Guizhou province, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2866. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122866>
- Sigaud, C. H., Castanheira, A. B., & Costa, P. (2016). Association between secondhand smoking in the home and respiratory morbidity in preschool children. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 562-568. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000500004>
- Sontag, J. M., Singh, B., Ostfeld, B. M., Hegyi, T., Steinberg, M. B., & Delnevo, C. D. (2020). Obstetricians' and gynecologists' communication practices around smoking cessation in pregnancy, secondhand smoke and sudden infant death syndrome (SIDS): A survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2908. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082908>
- Tobacco, T. C. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: A US public health service report. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 158-176.
- Wada, K., Ueyama, J., Konishi, K., Goto, Y., Koda, S., Mizuta, F., . . . Nagata, C. (2020). Associations between exposure to tobacco smoke and behavioral problems in preschool Japanese children. *Journal of Environmental and Public Health*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2020/7591263>
- Wang, H., Li, F., Zhang, Y., Jiang, F., & Zhang, J. (2019). The association between exposure to secondhand smoke and psychological symptoms among Chinese children. *BMC Public Health*, 19(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7006-8>

- Wennergren, G. (2018). Smoking in pregnancy and bed sharing, a fatal combination. *Acta Paediatrica*, 107(11), 1848-1849.
- Zhuge, Y., Qian, H., Zheng, X., Huang, C., Zhang, Y., Li, B., . . . Sundell, J. (2020). Effects of parental smoking and indoor tobacco smoke exposure on respiratory outcomes in children. *Scientific Reports*, 10(1). <https://doi:10.1038/s41598-020-60700-4>

บทบาทพยาบาลในการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง

นุชพร คุ่มใหม่, พย.บ.¹

จันทร์ทิรา เจียรณัย, Ph.D.²

สาดี แฮมิลตัน, Ph.D.³

(วันที่ส่งบทความ: 15 กันยายน 2564; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 18 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

การบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูงเป็นแนวทางปฏิบัติในประเด็นความปลอดภัยด้านยาที่โรงพยาบาลทุกระดับต้องให้ความสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารยาเหล่านี้โดยเฉพาะขั้นตอนการบริหารยา การเฝ้าระวัง ติดตาม ตลอดจนบันทึกข้อมูลผลการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทั้งนี้เพื่อช่วยลดและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและอันตรายจากการใช้ยาความเสี่ยงสูงเหล่านั้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย โดยสาระของบทความมี 4 ประเด็น ประกอบด้วย 1) คำจำกัดความยาความเสี่ยงสูง 2) กระบวนการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง 3) บทบาทพยาบาลในการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง และ 4) แผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาความเสี่ยงสูง บทความนี้เป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลในการปรับปรุงและพัฒนาเชิงระบบให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

คำสำคัญ: ยาความเสี่ยงสูง, การบริหารจัดการยา, บทบาทพยาบาล

¹ นิสิตพยาบาลปริญญาโท, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² Corresponding author: จันทร์ทิรา เจียรณัย, Email: Chantira@sut.ac.th

Nurse's Role in High Alert Drug Administration

Nudchaporn Doommai, B.N.S.¹

Chantira Chiaranai, Ph.D.²

Sadee Hamilton, Ph.D.³

(Received: September 15th, 2021; Revised: November 18th, 2021; Accepted: November, 18th, 2021)

Abstract

All hospitals recognize the importance of high alert drug (HAD) administration practice guidelines for medication safety. Nurses play an important role in the administration of these drugs, particularly with regard to administering the drugs, monitoring and recording the effects of the treatments, and monitoring for adverse reactions when these medications are administered incorrectly. This article aims to present the nurse's role in ensuring patient safety during HAD administration. The contents address the following 4 topics: 1) the definition of HAD; 2) the process of HAD administration; 3) the nurse's role in HAD administration; and 4) nursing care plans for patients receiving HAD treatments. This article benefits healthcare facilities by providing guidance to develop and improve their HAD administration systems for ensuring the safety of both their clients and healthcare personnel.

Keywords: high alert drug, drug administration, nurse's role

¹ Master student, School of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate Professor, School of Adult and Elderly Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

³ Registered nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Corresponding author: Chantira Chiaranai, Email: Chantira@sut.ac.th

บทนำ

ยาความเสี่ยงสูง (High alert drugs or high alert medications [HAD]) เป็นกลุ่มยาที่นำมาใช้บ่อยทั้งในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพซับซ้อนและต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด (Younis, Shaheen, & Bano, 2021) เนื่องจากยามีฤทธิ์ที่รุนแรง มีดัชนีการรักษาแคบ อีกทั้งในภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนผู้ป่วยอาจได้รับยาหลายขนานจึงมีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) ได้ง่าย การบริหารจัดการยา HAD จึงต้องปฏิบัติอย่างระมัดระวัง เพราะหากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เสี่ยงต่ออันตรายรุนแรง (Adverse drug event [ADE]) ได้แก่ ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลนานขึ้น ภาวะทุพพลภาพ การเสียชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติอย่างไม่สามารถประเมินค่าได้ นอกจากนี้โรงพยาบาล หน่วยงานหรือบุคลากรทางสุขภาพอาจถูกฟ้องร้องและนำมาสู่การเสื่อมเสียชื่อเสียง (กิตติพนธ์ เครือวงศ์, 2563)

ปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนของ HAD มากมาย มีรายงานการใช้ยาของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประเทศฟินแลนด์ จำนวน 249 รายงาน พบอุบัติการณ์การใช้ HAD มากถึงร้อยละ 33 โดยในจำนวนนี้พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 3 (Tynismaa, Honkala, Airaksinen, Shermock, & Lehtonen, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศฟินแลนด์ พบว่ายาความเสี่ยงสูงอย่างยานอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายในระดับปานกลางถึงมาก (Laatikainen, Sneek, & Turpeinen, 2020) สำหรับอุบัติการณ์ในประเทศไทย พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 38,774 ฉบับ เป็นเหตุการณ์ระดับร้ายแรงที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดทุพพลภาพ และเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20.38 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักคณะกรรมการอาหารและยา, 2563) สอดคล้องกับรายงานของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 1.97 โดยความคลาดเคลื่อนดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ร้อยละ 95.6 และเป็นความคลาดเคลื่อนที่ป้องกันได้ ร้อยละ 4.4 (เพียงเพ็ญ ชนาเทพพร, สมณ อนุตรชัชวาล, และเพียงขวัญ นครรัตนชัย, 2557) นอกจากนี้ยังมีรายงานจากโรงพยาบาลพะเยา พบความคลาดเคลื่อนของยาเคมีบำบัดซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม HAD จำนวน 406 ครั้ง และกว่าร้อยละ 99.75 เป็นความรุนแรงในระดับที่ถึงตัวผู้ป่วยแต่ยังไม่เกิดอันตราย (จันทิมา ชูรัมย์, 2562)

เมื่อมีการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลอย่างกว้างขวางทั่วโลก การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทั้งระดับสากลและในประเทศไทยเองให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการ HAD จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความคลาดเคลื่อนของ HAD มีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น บุคลากรทางสุขภาพขาดทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ในการใช้ยา การสื่อสารระหว่างบุคลากรด้วยกันเองหรือระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ วิธีปฏิบัติงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านยาไม่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น สาเหตุดังกล่าวสามารถป้องกันได้โดยการปรับสิ่งแวดล้อมและระบบงานมากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมนุษย์ (กิตติพนธ์ เครือวงศ์, 2563; Younis et al., 2021) จึงนำมาสู่การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ HAD ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ให้ความสำคัญ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)., 2561; WHO, 2017)

จากที่กล่าวข้างต้นว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากจะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แล้ว ยังมีผลกระทบที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นมาใหม่ และอาจรุนแรงจนทำให้เสียชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานอาจถูกฟ้องร้อง ดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุดคือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้และความสามารถในการบริหาร HAD นั้นเป็นอย่างดี บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ คำจำกัดความของ HAD กระบวนการบริหารจัดการ HAD บทบาทพยาบาลในการบริหารจัดการ HAD และแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HAD ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากการใช้ HAD

คำจำกัดความยาความเสี่ยงสูง

องค์กรด้านสุขภาพทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย ได้แก่ สถาบันเพื่อการปฏิบัติความปลอดภัยด้านยา (The Institute for Safe Medication Practices [ISMP]) รวมทั้ง สรพ. ได้ให้คำจำกัดความของ HAD ไว้คล้ายคลึงกัน โดยสรุปได้ดังนี้ว่า

ยาความเสี่ยงสูงเป็นยาที่ต้องใช้อย่างระมัดระวังสูง เนื่องจากมีดัชนีการรักษาแคบ (Narrow therapeutic range) หรือมีฤทธิ์ที่เป็นอันตราย หากมีคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้น แม้จะเป็นความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยหรือไม่ก็ตาม จะนำมาสู่อันตรายที่รุนแรงต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)., 2561; ISMP, 2018)

แม้ว่า HAD เป็นยาที่มีอันตรายร้ายแรงหากมีความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ดังนั้นสถานพยาบาลต่าง ๆ จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนดังกล่าว

กระบวนการการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง

แนวคิดในการบริหารจัดการ HAD ถูกกำหนดโดย WHO เมื่อปี พ.ศ. 2545 โดยได้ประกาศให้ความสำคัญปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย (ฉัตรภรณ์ ชุ่มจิต และเยาวลักษณ์ อ่ำราไพ, 2009) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550-2551 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติโดยกำหนดมาตรการความปลอดภัยด้านยาในหัวข้อ *ยาปลอดภัยผู้ป่วยปลอดภัย (Medication safety for patient safety)* เป็นนโยบายที่มีเป้าหมายเพื่อธำรงและจัดการระบบบริหารจัดการด้านยา 4 ประเด็น คือ 1) มาตรการลดความคลาดเคลื่อนทางยา 2) มาตรการป้องกันความเสี่ยง

ที่เกิดจากการใช้ยา 3) มาตรการลดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง/การแพ้ยาซ้ำ และ 4) การพัฒนาระบบการรวบรวมและจัดการความรู้สำหรับกรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาและเหตุการณ์พึงสังวร (Potential adverse event and sentinel event) และการพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาล ยาปลอดภัยผู้ป่วยปลอดภัย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

เนื่องจากการใช้ HAD นั้นมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายและผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนบุคลากรและโรงพยาบาลที่ดูแลรักษา การบริหารจัดการ HAD เป็นกระบวนการที่อาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่กระบวนการนำเขายามาใช้ในโรงพยาบาล การเก็บรักษา การสั่งจ่าย การจ่ายยา การเตรียมยา การบริหารยา การติดตามและเฝ้าระวังผลของการใช้ยาจนถึงการทำลายยา โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการ นั่นคือ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของ HAD ที่จะก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ HAD (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์กรมหาชน], 2561)

ตัวอย่างแนวปฏิบัติการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง

ผู้เขียนขอยกตัวอย่างแนวปฏิบัติการบริหารจัดการ HAD ของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2563) และโรงพยาบาลศิริราช (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช, 2560) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การนำเขายาใช้ในโรงพยาบาลและการจัดซื้อ HAD จะต้องผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการยา และเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ผ่านการตรวจสอบโดยแพทย์และตรวจรับยาโดยเภสัชกร จากนั้นสื่อสารให้บุคลากรในองค์กรทราบ โดยการกำหนดรายการ HAD แต่ละตัวต้องมีชื่อการค้าเพียงหนึ่งชื่อ เพื่อลดการซ้ำซ้อนของยาและป้องกันการสับสนในการสั่งจ่าย การจ่ายยา และการบริหารยา โดยมีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ การเก็บรักษา การสั่งยา การจ่ายและจัดส่ง การทำลายยา และการประกันคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การเก็บรักษายาความเสี่ยงสูง

1. ต้องเก็บ HAD แยกจากยาอื่น ๆ ป้องกันการเข้าถึงได้โดยง่าย พร้อมทั้งติดสัญลักษณ์เตือนว่าเป็น HAD หรือระบุข้อความให้มีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

2. การจัดสำรอง HAD ไว้ที่หอผู้ป่วย ต้องพิจารณาถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการใช้ยา เช่น แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น ต้องเก็บ HAD แยกจากยาอื่นและติดสัญลักษณ์กำกับที่ชัดเจน เช่นเดียวกับในคลังยา พร้อมทั้งจัดให้มีการตรวจสอบบัญชียาสำรองอย่างสม่ำเสมอ และหากมีคำสั่งยกเลิกการใช้ HAD ตัวใดที่สำรองไว้ ฝ่ายเภสัชกรรมต้องเรียกคืนโดยเร็ว เพื่อป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด

3. กรณีเก็บยาเสพติดให้โทษ เช่น Morphine และ Pethidine เป็นต้น ให้เก็บรักษายาในสถานที่ปิดกุญแจ จำกัดการเข้าถึงยาเสพติด โดยระบุพยาบาลที่รับผิดชอบ และมีระบบการตรวจสอบจำนวนยา เพื่อป้องกันไม่ให้สูญหายหรือนำยาเสพติดไปใช้ในทางที่ผิด

การสั่งจ่ายความเสี่ยงสูง

1. แพทย์ต้องทำการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องโดยพิจารณาอาการทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต เป็นต้น พิจารณาข้อห้ามใช้และอันตรกิริยาระหว่าง HAD กับยาตัวอื่น ก่อนสั่งยาให้แก่ผู้ป่วย
2. แพทย์เขียนคำสั่งการจ่ายยาด้วยชื่อสามัญหรือชื่อการค้าที่เป็นคำเต็ม ห้ามใช้ชื่อย่อที่ไม่เป็นสากล พร้อมทั้งระบุรายละเอียดทั้งรูปแบบยา ความแรงของยา ปริมาณยา วิธีการบริหารยา และระยะเวลาในการให้ยา สำหรับความแรงของยาใช้เป็นหน่วยระบบเมตริก เช่น ไมโครกรัม (mcg) มิลลิกรัม (mg) เป็นต้น กรณีแพทย์ต้องการใช้ HAD นอกเหนือแบบแผนที่โรงพยาบาลกำหนดต้องเขียนหมายเหตุระบุความจำเป็นในการสั่งจ่ายไว้พร้อมกับใบสั่งยา
3. การเขียนคำสั่งยาควรเขียนด้วยลายมือตัวบรรจง อ่านง่าย ชัดเจน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อและระบุชื่อแพทย์ผู้สั่งกำกับทุกครั้ง โรงพยาบาลหลายแห่งเปลี่ยนมาใช้ระบบการสั่งยาด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการสื่อสารบกพร่อง
4. การสั่งยาทางวาจาหรือโทรศัพท์จะใช้ในกรณีเร่งด่วนหรือจำเป็นเท่านั้น ต้องมีการตรวจสอบซ้ำกับผู้รับคำสั่งให้ถูกต้องทั้งชื่อยา รูปแบบยา ความแรงของยา ปริมาณยา วิธีการบริหารยา ระยะเวลาที่ให้ยา และชื่อผู้ป่วย
5. เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ HAD เกิดขึ้น แพทย์มีหน้าที่วินิจฉัยและให้การรักษาอย่างเหมาะสม

การจ่ายยาและจัดส่งยาความเสี่ยงสูง

1. เมื่อได้รับคำสั่งจ่ายยา เกสซกรต้องตรวจสอบซ้ำอีกครั้งทั้งชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ความแรงของยา ปริมาณยา วิธีการบริหารยา อันตรกิริยาระหว่างยา รวมถึงข้อห้ามใช้ยาก่อนส่งมอบยาทุกครั้ง
2. การตรวจสอบการจ่ายยาต้องทำการตรวจสอบจากเกสซกร 2 คน อย่างเป็นอิสระต่อกัน พร้อมทั้งลงลายมือชื่อผู้ที่ตรวจสอบ โดยหากพบปัญหาการสั่งจ่ายยาให้ติดต่อแพทย์ผู้สั่งยาทันที
3. เกสซกรต้องจ่ายยาพร้อมกับฉลากหรือป้ายสัญลักษณ์เตือนว่าเป็น HAD เช่น สติ๊กเกอร์สะท้อนสี ป้ายยาสีแดง เป็นต้น เพื่อให้สังเกตเห็นชัดเจน และเอกสารแนะนำการใช้ยาหรือแบบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังของยาดังนั้น ๆ เพื่อให้พยาบาลผู้บริหารยาทราบรายละเอียด ข้อห้ามใช้ ตลอดจนระยะเวลาที่ต้องติดตามสัญญาณชีพ และอาการทางคลินิกหลังผู้ป่วยได้รับยา HAD
4. กลุ่มยาเสพติดให้โทษจะต้องมีใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 (ใบ ย.ส.๕) ที่นอกจากระบุรายการยาเสพติดที่สั่งแล้ว ต้องระบุชื่อ-สกุล และเลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะของแพทย์ผู้สั่งร่วมด้วย พร้อมทั้งลงบันทึกในแบบบันทึกการจ่ายยาเพื่อป้องกันการเบิกจ่ายยาเสพติดไปใช้ในทางที่ผิดและภายหลังบริหารยาแล้ว หากใช้ยาไม่หมดต้องทำลายทันทีและส่งคืนซากขวดยาที่ใช้แล้วให้แก่เภสัชกรรมเพื่อเป็นหลักฐานว่ามีการใช้ยานั้นจริง

การทำลายยาความเสี่ยงสูง

ยาที่เหลือจากการบริหารยาหรือยาหมดอายุทั้งจากการตรวจสอบพบและจากการส่งคืนของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเจ้าหน้าที่เภสัชกรรมต้องจำแนกยาออกเป็นหมวดหมู่และทำลายตามกระบวนการที่คณะกรรมการบริหารจัดการความปลอดภัยด้านสารเคมีกำหนดไว้

การประกันคุณภาพ

1. จัดประชุมและประสานงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการ HAD ทบทวนบัญชียาและแนวทางปฏิบัติอย่างน้อย ปีละ 1-2 ครั้ง ประเมินและสุ่มตรวจการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูงทุกชั้นตอน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลใช้ HAD ถูกต้องตามมาตรฐาน

2. เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย (Near miss) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ HAD ต้องมีการรายงานอุบัติการณ์และวิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนแก้ไขเชิงระบบในการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

นอกจากนี้ยังมีกระบวนการที่สำคัญของการบริหารจัดการ HAD คือ การบริหารยาและเฝ้าระวังผลการใช้ HAD ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบกระบวนการดังกล่าว

บทบาทพยาบาลในการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการ HAD โดยเฉพาะชั้นตอนการบริหารยา การเฝ้าระวัง ติดตาม ตลอดจนบันทึกข้อมูลผลการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดังนี้ (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2563; คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช, 2560)

บทบาทพยาบาลระหว่างการบริหารยา

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้ HAD ตลอดจนการเฝ้าระวังระหว่างและหลังบริหารยา (ด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร) แก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย
2. ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาพร้อมทั้งจัดเตรียมยาให้ถูกต้องตามหลักการเตรียมยาแต่ละชนิด หากพบปัญหาที่เกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาหรือคำสั่งการใช้ยาไม่ชัดเจนเพียงพอควรติดต่อประสานงานแพทย์ผู้สั่งใช้ยาทันทีก่อนบริหารยาแก่ผู้ป่วย หากแพทย์ยกเลิกใช้ยาหรือไม่ได้ให้ยาต่อต้องส่งคืนแผนกเภสัชกรรมโดยเร็วที่สุด

บทบาทพยาบาลระหว่างการบริหารยา

1. บริหารยาให้ถูกต้องตามหลัก 6 Rights (6Rs) ได้แก่ 1) Right drug (ถูกต้องตามชนิดยา) 2) Right dose (ถูกต้องตามขนาดยา) 3) Right route (ถูกต้องตามวิถีทาง) 4) Right time (ถูกต้องตามเวลา) 5) Right patient (ถูกต้องตามผู้ป่วย) และ 6) Right documentation (การบันทึกยาถูกต้อง) โดยอาศัยวิธีการ ตรวจสอบ

การให้ยาซ้ำ 2 ครั้ง ด้วยพยาบาล 2 คน โดยตรวจสอบอย่างเป็นอิสระต่อกันและกระทำในเวลาเดียวกัน ซึ่งวิธีการนี้ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

2. การบริหารยาชื่อพ้องมอกคล้าย (Look-alike, sound-alike medication [LASA]) เช่น Dopamine กับ Dobutamine เป็นต้น พยาบาลต้องอ่านฉลากยาอย่างระมัดระวังและทวนซ้ำกับคำสั่งใช้ยาก่อนหยิบยาทุกครั้ง โดยไม่ใช้ความเคยชินในการจดจำภาพหรือสีของยา พร้อมทั้งตรวจสอบข้อบ่งใช้ของยากับข้อวินิจฉัยโรคและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนบริหารยา

3. การตรวจสอบและระบุตัวตนของผู้ป่วยให้ถูกต้อง (Patient identification) กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ให้ถามชื่อ-สกุล อายุ หรือวัน/เดือน/ปีเกิด อย่างน้อย 2 ลักษณะ แต่สำหรับผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวให้ตรวจสอบชื่อ-สกุล อายุ หรือหมายเลขผู้ป่วย (Hospital number [HN]) จากป้ายข้อมูลแทน

4. กรณีบริหารยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง (IV infusion) ต้องติดป้าย/สัญลักษณ์/เครื่องหมายที่กำกับว่าเป็น HAD บนขวดยาหรือสารละลายยา เครื่องควบคุมสารน้ำ และสายให้ยาทางหลอดเลือดดำ บทบาทพยาบาลหลังการบริหารยา

1. ติดตามอาการทางคลินิก สัญญาณชีพ และค่าพารามิเตอร์ที่สำคัญต่าง ๆ ตามแนวทางของการบริหาร HAD แต่ละชนิด พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลในกระเบียนให้ครบถ้วน

2. ติดตามและประเมินอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างและภายหลังบริหารยา เมื่อตรวจพบอาการผิดปกติหรือความผิดปกติจากการใช้ยาให้แจ้งแพทย์ทันที พร้อมทั้งบันทึกสัญญาณชีพ อาการผิดปกติที่ตรวจพบ การช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนวัน/เวลาที่รายงานแพทย์และแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยโดยละเอียด

จะเห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการบริหารจัดการ HAD ทั้งก่อนการบริหารยา ระหว่างการบริหารยาและหลังการบริหารยา โดยพยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูล มีการวางแผน กระบวนการคิด และตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งจะสะท้อนออกมาในแผนการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย

แผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาความเสี่ยงสูง

กิจกรรมทางการพยาบาลที่ใช้ในการนิเทศการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HAD สามารถทำได้โดยการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล (Nursing round) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน (Pre-post conference) การสอนในคลินิก (Clinical teaching) การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล (Quick round) และกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยพยาบาลจะต้องมีแผนการพยาบาลที่ชัดเจนกรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย HAD ผู้เขียนขอยกตัวอย่างแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ HAD จำนวน 3 แผน ดังต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากอันตรกิริยาระหว่างยาเนื่องจากได้รับยา ความเสี่ยงสูงมากกว่า 1 ชนิด

ข้อมูลสนับสนุน S: มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มองเห็นแสงสีเหลือง

O: ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation with rapid ventricular rate response (AF with RVR) ได้รับการรักษาด้วยยา Amiodarone 150 mg ทางหลอดเลือดดำ (IV bolus) 30-60 นาที ตามด้วยขนาด 900 mg IV infusion in 24 ชั่วโมง และยา Digoxin 0.125 mg 1 เม็ด ทางปาก วันละ 1 ครั้ง

คำอธิบาย: ยา Amiodarone และ Digoxin เป็นคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งมีผลให้ระดับยา Digoxin ในเลือดเพิ่มขึ้นและอาจก่อให้เกิดภาวะพิษจากยาที่เรียกว่า *Digitalis intoxication* ผู้ป่วยจะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน มองเห็นแสงสีเหลือง หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว และเสียชีวิต ภาวะพิษจากยา Digoxin เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่อันตราย โดยมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17,897 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Digoxin ในกลุ่มที่ตรวจพบระดับยาในเลือด ≥ 1.2 ng/ml จะมีโอกาสการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 56 (Lopes et al., 2018)

วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากอันตรายจากอันตรกิริยาระหว่างยา

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60 – 100 ครั้ง/นาที
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพิษจากยา Digoxin
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
4. Digoxin plasma level อยู่ระหว่าง 0.5-0.9 ng/ml

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาและบริหารยาให้ถูกต้องตามหลัก 6Rs โดยพยาบาล 2 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน
2. ติดเครื่องหมายกำกับว่าเป็น HAD บนขวดยา เครื่องควบคุมสารน้ำ ปลายสายให้ยาทางหลอดเลือดดำที่ต่อกับผู้ป่วยและปลายสายด้านบนติดกับกระเปาะยา
3. ระบุตัวตนของผู้ป่วยให้ถูกต้อง กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่สับสน ให้ถามชื่อ-สกุล อายุ หรือวัน/เดือน/ปีเกิด อย่างน้อย 2 ลักษณะ หากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ตรวจสอบชื่อ-สกุล อายุ หรือหมายเลขผู้ป่วย จากป้ายข้อมูลแทน
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้ HAD อาการไม่พึงประสงค์ของยา ตลอดจนการติดตามประเมินอาการ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ก่อนการให้ยาทุกครั้ง
5. ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate [HR]) และระดับความดันโลหิต (Blood pressure [BP]) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามประสิทธิผลของยาและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์

ของ HAD หากพบ HR < 60 ครั้ง/นาที หรือ BP < 90/60 mmHg รายงานแพทย์ทันทีเพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไขความผิดปกติ

6. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการไม่พึงประสงค์ของยา
7. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพิษจากยา Digoxin ทุก 1 – 4 ชั่วโมง
8. ดูแลให้ได้รับยา Amiodarone 150 mg IV bolus 30-60 นาที ตามด้วยขนาด 900 mg IV infusion in 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา โดยการบริหารยาผ่านเครื่องควบคุมสารน้ำและแบ่งให้ 360 mg IV ภายใน 6 ชั่วโมง และ 540 mg IV ภายใน 18 ชั่วโมง ควรผสมยาในสารละลาย D5W เท่านั้น เพราะหากผสมยาใน NSS หรือสารละลายที่มีฤทธิ์เป็นด่างจะทำให้ยาตกตะกอน หลังเจือจางยาแล้วสามารถเก็บไว้ได้ 24 ชั่วโมง ในที่ป้องกันแสงและความร้อน
9. ดูแลให้ได้รับยา Digoxin 0.125 mg 1 เม็ด ทางปาก วันละ 1 ครั้ง ตามแผนการรักษา
10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับ Digoxin ในพลาสมา การทำงานของไต และระดับอิเล็กโทรไลต์ในกระแสเลือด เนื่องจากการทำงานของไตที่ลดลงหรือภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิษจากยา Digoxin (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช, 2560)

ตัวอย่างที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะและความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากได้รับยาความเสี่ยงสูงกลุ่มยาตีบหลอดเลือด (Norepinephrine)

ข้อมูลสนับสนุน S: มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยภายหลังได้รับยา Norepinephrine

O: ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ได้รับการรักษาด้วยยา Norepinephrine 8 mg + 5%DW 100 ml IV drip rate 14 ml/hr BP = 137/96 mmHg คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ NSR with PVC rate 60 bpm

คำอธิบาย: เนื่องจากยา Norepinephrine ออกฤทธิ์กระตุ้นทั้ง Alpha และ Beta-1 adrenergic receptor จึงมีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจและเพิ่มความดันโลหิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้แก่ หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและความดันโลหิตสูงอย่างเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60 – 100 ครั้ง/นาที
2. ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80 – 140/90 mmHg
3. ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean arterial pressure [MAP]) $\geq$ 65mmHg
4. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลข้อที่ 1-4 เหมือนกิจกรรมการพยาบาลข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะ BP และ HR หากพบ BP $\geq$ 160/90 mmHg หรือ HR $\geq$ 120 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ของยา

6. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine 8 mg + D5W 100 ml IV drip rate 14 ml/hr ตามแผนการรักษา สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแนวปฏิบัติ Surviving Sepsis Campaign 2016 ที่ให้ยา Norepinephrine เป็นยาตีบหลอดเลือดลำดับแรกสำหรับรักษาภาวะ Septic shock เนื่องจากพบว่ามีประสิทธิภาพการรักษาสูงกว่ายาตีบหลอดเลือดตัวอื่น และยังพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะน้อยกว่ายา Dopamine (Gyawali, Ramakrishna, & Dhamoon, 2019; Rhodes et al., 2017)

7. การบริหารยา Norepinephrine ห้ามผสมยาหรือให้ยาในสายเดียวกับ NaHCO_3 เลือด หรือ ส่วนประกอบของเลือด เมื่อผสมแล้วยาจะมีความคงตัว 24 ชั่วโมง ที่อุณหภูมิห้อง และหากยาเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล สีชมพู สีเหลืองเข้ม หรือตกตะกอน ห้ามนำมาใช้กับผู้ป่วย (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2563)

8. ประเมินตำแหน่งที่ให้ยาทุก 1 – 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการรั่วไหลของยาออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) ซึ่งจะมีผลทำให้เนื้อเยื่อโดยรอบเกิดเนื้อตาย

9. สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของ Norepinephrine ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก

ตัวอย่างที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: มีโอกาสเกิดตับอักเสบเฉียบพลันและหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากได้รับยาต้านไวรัสสำหรับรักษาผู้ป่วยโควิด-19

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง ตาเหลือง ตัวเหลือง ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยา Favipiravir 3 วัน

O: ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการรักษาด้วยยา Favipiravir มีค่าการทำงานของตับ: Aspartate aminotransferase (AST) 70 U/L และ Alanine transaminase 50 U/L

คำอธิบาย: ยา Favipiravir เป็นยาต้านไวรัสทางเลือกหนึ่งสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564; Joshi et al., 2021) กลไกการออกฤทธิ์ของยาจะยับยั้งกระบวนการสร้าง RNA ของเซลล์ไวรัส ทำให้ไวรัสไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ (Sanders, Monogue, Jodlowski, & Cutrell, 2020) อาการไม่พึงประสงค์ของยาที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ค่าการทำงานของตับ (Liver function test [LFT]) และกรดยูริกในเลือด (Uric acid) สูงขึ้น หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นเร็ว และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ QT interval มีความยาวผิดปกติ (Joshi et al., 2021; Kaur et al., 2020)

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะตับอักเสบเฉียบพลันและหัวใจเต้นผิดจังหวะ

เกณฑ์การประเมินผล:

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60 – 100 ครั้ง/นาที
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
3. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง ตาเหลือง

4. ค่าการทำงานของตับอยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลข้อที่ 1-4 เหมือนกิจกรรมการพยาบาลของข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

5. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง หรือทำ EKG 12 lead ทั้งก่อนและหลังบริหารยา Favipiravir เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

6. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง ตาเหลือง หากพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์รับทราบทันที

7. ดูแลให้ได้รับยา Favipiravir ตามแผนการรักษา เนื่องจากเป็นยาเม็ดจึงบริหารยาทางการรับประทาน ในกรณีที่บริหารยาผ่านสายยางให้อาหาร ให้บดเม็ดยาให้ละเอียด ผสมน้ำ และล้างสายยางให้อาหารหลังให้ยาทุกครั้ง เนื่องจากยาอาจติดที่ปลายสายยางและทำให้เกิดการอุดตันได้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

8. ระวังการใช้ร่วมกับยาต่อไปนี้อย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันอันตรายจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา อาทิเช่น ยา Theophylline และ Pyrazinamide มีผลให้ค่า LFT และ Uric acid สูงขึ้น หรือยา Repaglinide อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นต้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564; Joshi et al., 2021)

9. ติดตามผลตรวจ LFT ได้แก่ AST, ALT, Alkaline phosphatase และ Uric acid ตามแผนการรักษา เนื่องจากยา Favipiravir มีผลให้ระดับของค่าดังกล่าวในเลือดสูงขึ้น (Joshi et al., 2021; Kaur et al., 2020)

สรุป

ยาความเสี่ยงสูงเป็นยาที่มีประสิทธิผลสูงสำหรับการรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤต แต่ผู้ใช้ก็ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงเช่นเดียวกัน เพราะหากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายรุนแรง ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย องค์กรจึงต้องมีการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง ซึ่งพยาบาลนับว่ามีบทบาทสำคัญในกระบวนการดังกล่าวเนื่องจากเป็นด่านสุดท้ายก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจทักษะและตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการบริหารยาเฝ้าระวัง ติดตาม บันทึกข้อมูลผลการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กร

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ.2564*. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640506163611PM_CPG_COVID_v.14_n_20210506.2.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2550). *นโยบายระดับชาติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 2550 – 2551*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักคณะกรรมการอาหารและยา. (2563). *สรุปรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประจำปี พ.ศ.2562*. นนทบุรี: ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ.
- กิตติพันธ์ เกรือวงศ์. (2563). ความคลาดเคลื่อนทางยา. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(2), 251-265.
- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (2563). *คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี*. นครราชสีมา: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. (2560). *คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง High alert drug* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สืบค้นจาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/cop/clinical/medicationsafety/highalertdrug/7684/>
- จันทิมา ชูศรีมี. (2562). ความคลาดเคลื่อนทางยาและการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(4), 743-753.
- ฉัตรารณณ์ ชุ่มจิต, และเขวาลักษณ์ อ่ำรำไพ. (2009). การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล: บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 4(1), 127-135.
- เพียงเพ็ญ ชนาเทพพร, สมณ อนุตรชัชวาลย์, และเพียงขวัญ นครรัตนชัย. (2557). การพัฒนาระบบการประสานรายการยาบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 29(3), 276-282.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561*. กรุงเทพฯ: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- Gyawali, B., Ramakrishna, K., & Dhamoon, A. S. (2019). Sepsis: The evolution in definition, pathophysiology, and management. *SAGE Open Medicine*, 7, 1-13.

- Joshi, S., Parkar, J., Ansari, A., Vora, A., Talwar, D., Tiwaskar, M., . . . Barkate, H. (2021). Role of favipiravir in the treatment of COVID-19. *International Journal of Infectious Diseases*, 102, 505-508.
- Kaur, R. J., Charan, J., Dutta, S., Sharma, P., Bhardwaj, P., Sharma, P., . . . Haque, M. (2020). Favipiravir use in COVID-19: Analysis of suspected adverse drug events reported in the WHO database. *Infection and Drug Resistance*, 13, 4427-4438.
- Institute for Safe Medication Practices [ISMP]. (2018). *High-alert medications in acute care settings*. Retrieved from <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>
- Laatikainen, O., Sneek, S., & Turpeinen, M. (2020). The risks and outcomes resulting from medication errors reported in the Finnish tertiary care units. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 1-11.
- Lopes, R. D., Rordorf, R., De Ferrari, G. M., Leonardi, S., Thomas, L., Wojdyla, D. M., . . . Vinereanu, D. (2018). Digoxin and mortality in patients with atrial fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(10), 1063-1074.
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., . . . Nunnally, M. E. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2016. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 304-377.
- Sanders, J. M., Monogue, M. L., Jodlowski, T. Z., & Cutrell, J. B. (2020). Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review. *The Journal of the American Medical Association*, 323(18), 1824-1836.
- Tyynismaa, L., Honkala, A., Airaksinen, M., Shermock, K., & Lehtonen, L. (2021). Identifying high-alert medications in a university hospital by applying data from the medication error reporting system. *Journal of Patient Safety*, 17(6), 417-424.
- Younis, I., Shaheen, N., & Bano, S. (2021). Knowledge & practice about administration of high alert medication in the tertiary care hospital in Lahore. *International Journal of Health, Medicine and Nursing Practice*, 3(4), 1-16.
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Medication without harm*. Retrieved from <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

การใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็วสำหรับผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อ โคโรนาไวรัส 2019: แนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน

ทรงวุฒิ สังข์บุญ, M.S.N.¹

อรพรรณ โตสิงห์, พย.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 7 พฤศจิกายน 2564; วันที่แก้ไข: 26 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 2 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็ว หมายถึง การใช้นาฬิกาจับเวลาร่วมกับยาหย่อนกล้ามเนื้อในขณะใส่ท่อหายใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการทำหัตถการ ซึ่งช่วยลดระยะเวลาของการทำหัตถการ ภาวะแทรกซ้อน และความเสี่ยงในการแพร่กระจายของโรคไปกับละอองฝอยระหว่างการใส่ท่อหายใจ ดังนั้นในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็ว และการสวมชุดป้องกันไวรัสจึงถูกดัดแปลงมาใช้ในแผนกฉุกเฉิน เพื่อลดการแพร่กระจายของไวรัสจากละอองฝอยในขณะใส่ท่อหายใจ การทำหัตถการนี้จึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน เพราะจะต้องช่วยทำหัตถการให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแม้ว่าจะอยู่ในภาวะเร่งด่วน พยาบาลเวชปฏิบัติในแผนกฉุกเฉินจะต้องปฏิบัติตามการด้วยความเชี่ยวชาญ ด้วยการประเมินและเตรียมผู้ป่วย ช่วยแพทย์ขณะใส่ท่อหายใจ และเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการ บทความนี้อธิบายขั้นตอนที่สำคัญของการใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็วและแนวทางสำหรับพยาบาลตลอดกระบวนการใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็วในแผนกฉุกเฉิน

คำสำคัญ: การใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็ว, การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, พยาบาลในแผนกฉุกเฉิน

¹ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณราชวิทยาลัย จุฬาภรณ์

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณราชวิทยาลัย จุฬาภรณ์

¹ corresponding author: ทรงวุฒิ สังข์บุญ, E-mail: songwut.sun@cra.ac.th

Rapid Sequence Intubation for Covid-19 Adults Patients or Suspected Covid-19 Infection: A Guide for Nurses in the Emergency Department

Songwut Sungbun, M.S.N.¹

Orapan Thosingha, D.N.S.²

(Received: November 7th, 2021; Revised: November 26th, 2021; Accepted: December 2nd, 2021)

Abstract

Rapid Sequence Intubation (RSI) refers to the administration of an anesthetic induction agent and a neuromuscular blocking agent to increase operative efficiency. RSI helps reduce the duration of operations, complications, and risk of droplet transmission from aerosolization during endotracheal intubation. Therefore, during Coronavirus (COVID-19) pandemic, the protocols for RSI and wearing personal protective equipment (PPE) have been modified for use in the emergency department to prevent aerosolization and droplet transmission of the virus during endotracheal intubation. Thus, RSI has become a challenge for nurses working in the emergency department because, although in they must rush, they also have to ensure patient safety and maintain optimal nursing care simultaneously. Emergency Nurse Practitioners (ENPs) have to perform this procedure due to their expertise. They must assess and prepare the patients, properly assist physicians during the procedure, and monitor for and prevent adverse effects thereafter. This article aims to describe essential steps of the RSI procedure and the roles of ENPs in providing care throughout this procedure in the emergency department.

Keywords: rapid sequence intubation, COVID-19 pandemic, nurses in emergency department

¹ Lecturer, Adult and Gerontological nursing department, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy.

² Associate Professor, Adult and Gerontological nursing department, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy.

¹ Corresponding author: Songwut Sungbun, Email: Songwut.sun@cra.ac.th

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) ทั่วโลก ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ การแพร่ระบาดเริ่มตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน พบผู้ติดเชื้อจากทั่วโลกมากกว่า 200 ล้านคน และเสียชีวิต 4 ล้านกว่าคน (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 928,314 ราย และเสียชีวิตสะสมจำนวน 7,734 ราย โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 6.8) รองลงมาคือกลุ่มอายุระหว่าง 40-59 ปี (ร้อยละ 0.88) และกลุ่มอายุ 15-39 ปี (ร้อยละ 0.12) (กรมควบคุมโรค, 2564) และพบผู้ติดเชื้อกระจายทุกภาคของประเทศ ผู้ป่วยที่เกิดอาการที่มีผลต่อระบบการหายใจมักมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และหากพบว่ามีอาการวิกฤตของระบบการหายใจ จะเริ่มดำเนินการรักษาเพื่อช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตที่แผนกฉุกเฉินทันที หัตถการที่พบบ่อยที่สุดคือการใส่ท่อหายใจเพื่อช่วยเหลือชีวิต ซึ่งเป็นหัตถการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ การทำหัตถการดังกล่าวให้สำเร็จและปลอดภัยจึงต้องทำงานเป็นทีม ด้วยความรู้ความชำนาญของแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

การใส่ท่อหายใจในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต เป้าหมายหลักคือ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยด้านระบบการหายใจ ทั้งนี้การใส่ท่อหายใจจะราบรื่นและลดภาวะแทรกซ้อนได้นั้นแพทย์ผู้ทำหัตถการต้องสามารถใส่ท่อหายใจได้สำเร็จในครั้งแรกและทันเวลา (First attempt) ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาที่เกี่ยวข้องจึงได้พัฒนาวิธีการใส่ท่อหายใจแบบเดิมมาเป็นวิธีการใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็ว (Rapid sequence intubation [RSI]) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 (Kriswidyatomo & Paramitha, 2021) และได้มีการพัฒนาวิธีการอย่างต่อเนื่องให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย จนเป็นหัตถการที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้นำมาใช้ในแผนกฉุกเฉินมากขึ้นภายหลังการแพร่ระบาดของ COVID-19 (Groombridge et al., 2021) เพราะพบว่าช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหายใจโดยเฉพาะภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) และภาวะล้าลึก และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตขณะใส่ท่อหายใจได้ (Avery, Morton, Raitt, Lossius, & Lockey, 2021; Botha, Lourens, & Stassen, 2021; Cabrini et al., 2018) อย่างไรก็ตามการทำ RSI ที่แผนกฉุกเฉินในประเทศไทยยังเป็นหัตถการที่กระทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากต้องอาศัยแพทย์ผู้ทำหัตถการที่มีความเชี่ยวชาญ พยาบาลที่มีความรู้และทักษะขั้นสูง และทีมงานที่มีความพร้อม เพราะ RSI มีกระบวนการทำให้ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนคลาย หดสติ และหยุดหายใจชั่วขณะด้วยการใช้ยานาสูบลบ

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้พยาบาลต้องปรับตัวในการช่วยเหลือแพทย์ใส่ท่อหายใจจากวิธีเดิมสู่การทำ RSI ซึ่งความสำเร็จของการใส่ท่อหายใจและความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องอาศัยทีมพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ การจัดการทางเดินหายใจ การบริหารยา รวมถึงการติดตามอาการหลังใส่ท่อหายใจ พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินต้องเข้าใจหลักการ เหตุผลขั้นตอน มีทักษะในการประเมิน ติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยตลอดกระบวนการได้อย่างเหมาะสม (Armstrong et al., 2009) บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายขั้นตอนการทำ RSI ที่สำคัญเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็วในแผนกฉุกเฉิน

ความหมายของการจัดทางเดินหายใจขั้นสูง (Definitive Airway)

การจัดการทางเดินหายใจขั้นสูง (Definitive airway) คือ การใส่ท่อเข้าไปในหลอดลมคอพร้อมทั้งมีกระเปาะถุงลมอยู่ได้ตำแหน่งสายเสียง และต่อท่อหายใจกับออกซิเจน (Shavit et al., 2015) ซึ่งมีทั้งหมด 3 ชนิด ได้แก่ การใส่ท่อหายใจทางปาก การใส่ท่อหายใจทางจมูก และการผ่าตัดเปิดท่อหายใจ ซึ่งประกอบด้วย การเจาะเยื่อไคร์ไทรอยด์ (Cricothyroidotomy) และการเจาะท่อหายใจ (Tracheostomy) แม้ว่าการพิจารณาการจัดการทางเดินหายใจขั้นสูงเป็นบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินควรพิจารณาข้อบ่งชี้ในการจัดการทางเดินหายใจขั้นสูงได้ทั้งในโรงพยาบาลและระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Botha et al., 2021) โดยในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล พยาบาลควรประเมินข้อบ่งชี้เพื่อรายงานต่อแพทย์อำนวยการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในการพิจารณาแนวปฏิบัติการจัดการทางเดินหายใจขั้นสูง หรือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางเวชกรรม (Clinical practice guidelines) ของศูนย์สั่งการแพทย์ฉุกเฉินได้ หากพยาบาลสามารถพิจารณาข้อบ่งชี้ได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถจำแนกความเร่งด่วนตามระดับของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และให้การช่วยเหลือตามมาตรฐานการดูแล

ข้อบ่งชี้ในการพิจารณา การจัดการทางเดินหายใจขั้นสูง

การพิจารณาการใส่ท่อหายใจในแผนกฉุกเฉินเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากการจัดการภาวะฉุกเฉินต่อชีวิตของผู้ป่วย และอาจเป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยก่อนการวินิจฉัยโรค พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยและตัดสินใจอย่างรวดเร็วเพื่อลดอันตรายจากภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งการพิจารณาสามารถประเมินดังนี้

1. มีภาวะอันตรายต่อทางเดินหายใจ (Airway compromise) เกิดความผิดปกติของทางเดินหายใจ ส่งผลโดยตรงต่อการไหลของอากาศเข้าและออก รวมถึงการอุดกั้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดการอุดกั้นต่อหลอดลม โดยที่การตอบสนองของร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยความผิดปกตินั้นได้ ยกตัวอย่างเช่น ภาวะสำลักควันไฟ การบาดเจ็บของกระดูกใบหน้าและภาวะเป็นฝีในส่วนลึกของคอ (Retropharyngeal hematoma) เป็นต้น (Tintinalli et al., 2020)

2. มีภาวะอันตรายต่อการหายใจ (Respiratory compromise) เกิดความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนแก๊สทั้งการได้รับออกซิเจน และการระบายคาร์บอนไดออกไซด์ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของเซลล์ในอวัยวะสำคัญของร่างกาย รวมถึงการหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังได้รับออกซิเจนชนิดหน้ากาก (Facemask oxygen supplement) หรือมีภาวะหยุดหายใจ (Walls, Hockberger, & Gausche-Hill, 2018)

3. ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง และส่งผลต่อประสิทธิภาพการหายใจ ระดับ Glasgow Coma Scale (GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 หรือมีความจำเป็นที่จะต้องป้องกันทางเดินหายใจส่วนล่างจากการสำลักเลือดหรือเศษอาหาร (Tintinalli et al., 2020)

การประเมินภาวะใส่ท่อหายใจยาก (Identification of the difficult airway)

เมื่อพิจารณาข้อบ่งชี้ในการจัดการทางเดินหายใจขั้นสูงแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือพิจารณาการประเมินการใส่ท่อหายใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น (Crash airway) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะดังกล่าว การปฏิบัติในขั้นต่อมาคือการประเมินภาวะใส่ท่อหายใจยาก ซึ่งสามารถประเมินด้วยวิธี “LEMON” (Tintinalli et al., 2020; Walls et al., 2018) ดังนี้

1. คลื่นขณะภายนอก (Look externally [L]) ของผู้ป่วยว่ามีโอกาสใส่ท่อหายใจยากหรือไม่ เช่น มีการบาดเจ็บของกระดูกใบหน้า ฟันหน้าขนาดใหญ่ หนองเรื้อรัง หรือลักษณะคอตัน เป็นต้น

2. ประเมินกฎ 3-2-2 (Evaluation [E]) ในขั้นตอนนี้เป็นวัด 3 ระยะโดยใช้นิ้วมือผู้ตรวจ ได้แก่ 1) ระยะที่ผู้ป่วยอ้าปากกว้างที่สุด (Open incision) โดยวัดระยะระหว่างฟันบนและฟันล่าง 3 นิ้วมือ (3 fingers breadth) 2) วัดระยะใต้คาง (Hyoid-mental distance) จากปลายคางถึงกระดูกไคนลิน (hyoid) 3 นิ้วมือ และ 3) วัดระยะจากกระดูกกระเดือก (Laryngeal prominence) ถึงใต้คาง 2 นิ้วมือ ในกรณีที่วัดแล้วต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอาจจะใส่ท่อหายใจยากในผู้ป่วยรายนั้น

3. การตรวจโครงสร้างในช่องปาก (Mallampati scale [M]) โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 (Class I) หมายถึง เมื่ออ้าปากผู้ป่วยสามารถมองเห็น เพดานอ่อน ลิ้นไก่ ช่องปากด้านใน (Fauces) และรอยนูนโค้งบริเวณต่อมทอนซิล (Tonsillar pillar) แสดงว่าใส่ท่อหายใจไม่ยาก

ระดับที่ 2 (Class II) หมายถึง เมื่ออ้าปากผู้ป่วยสามารถมองเห็น เพดานอ่อน ลิ้นไก่ และช่องปากด้านใน แสดงว่าใส่ท่อหายใจไม่ยาก

ระดับที่ 3 (Class III) หมายถึง เมื่ออ้าปากผู้ป่วยสามารถมองเห็น เพดานอ่อน และฐานของลิ้นไก่ แสดงว่าใส่ท่อหายใจยากระดับปานกลาง

ระดับที่ 4 (Class VI) หมายถึง เมื่ออ้าปากผู้ป่วยสามารถมองเห็นเพียงบริเวณเพดานอ่อน แสดงว่าใส่ท่อหายใจยากระดับรุนแรง

4. ภาวะอุดกั้นหรือภาวะอ้วน (Obstruction or obesity [O]) มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้ใส่ท่อหายใจยาก เช่น ภาวะฝากล่องเสียงอักเสบ (Epiglottitis) มะเร็งบริเวณคอ ก้อนเนื้อบริเวณลำคอ ช่องสายเสียงบวม และตึงเนื้อบริเวณช่องสายเสียง เป็นต้น

5. การเคลื่อนไหวของคอ (Neck mobility [N]) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวของคอ คือไม่สามารถก้มหน้า (Flexion) และ/หรือเงยหน้า (Extension) ได้ จะส่งผลต่อการจัดทำผู้ป่วยเพื่อเตรียมใส่ท่อหายใจได้

บทบาทพยาบาลและขั้นตอนในการทำ RSI

ขั้นตอนสำคัญในการทำ RSI มี 7 ขั้นตอน เรียกอย่างย่อว่า 7P's of RSI ประกอบด้วย Preparation, preoxygenation, pre-intubation optimization, paralysis with induction, positioning, placement with poof, และ post-intubation management (Brown & Walls, 2018; Walls et al., 2018) มีรายละเอียดดังนี้

1.การเตรียมการ (Preparation)

ขั้นตอนนี้มีเป้าหมายคือเพิ่มโอกาสในการใส่ท่อหายใจสำเร็จในครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 10 นาที พยาบาลควรทำการประเมินสัญญาณชีพ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เตรียมอุปกรณ์สำหรับการใส่ท่อหายใจ เตรียมอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น อุปกรณ์ดูดเสมหะ และเตรียมยาตามแผนการรักษา เช่น ยานอนหลับ และยา กลุ่มหย่อนกล้ามเนื้อ การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้ป่วยอาจเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไหลเวียนของโลหิตล้มเหลว (Cardiovascular collapse) หลังจากให้ยาและการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ภาวะพร่องออกซิเจน และอาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ รวมถึงการประเมินทางเดินหายใจผู้ป่วยในภาวะใส่ท่อหายใจลำบาก (LEMON) หากพบอาการเหล่านี้ควรรายงานแพทย์ทันทีเพื่อจะพิจารณาใส่ท่อหายใจวิธีอื่น (Walls et al., 2018)

2.การให้ออกซิเจนก่อนใส่ท่อหายใจ (Preoxygenation)

ภาวะความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำ (Desaturation) หมายถึง ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 90 (Walls et al., 2018) การให้ออกซิเจนที่ถูกวิธีก่อนการใส่ท่อหายใจจึงมีความสำคัญ ช่วยป้องกันภาวะความอิ่มตัวออกซิเจนต่ำ และเพิ่มความปลอดภัยในการทำ RSI ได้ (Caputo, Oliver, West, Hackett, & Sakles, 2019; Nimmagadda, Salem, & Crystal, 2017) ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 5 นาที โดยต้องให้ออกซิเจนอย่างน้อยเป็นเวลา 3 นาที (Perera et al., 2021; Walls et al., 2018) ในปริมาณอัตราไหลสูงสุดของออกซิเจน 15 ลิตร/นาที (หรือ flush rate 40-70 ลิตร/นาที) การเลือกวิธีให้ออกซิเจนก่อนใส่ท่อหายใจมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการหายใจและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย (Walls et al., 2018) เช่น กรณีที่ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ควรเลือกวิธีช่วยหายใจโดยการให้ออกซิเจนแรงดันบวกผ่านหน้ากากวาล์ว (Bag-valve mask [BVM]) ในปริมาณอัตราไหลสูงสุดออกซิเจน 15 ลิตร/นาที (หรือ flush rate 40-70 ลิตร/นาที) และการให้ออกซิเจนควรให้แรงดันน้อยกว่า 20 เซนติเมตรน้ำ เพื่อป้องกันลมเข้ากระเพาะอาหารมากเกินไป ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองและให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถช่วยหายใจ โดยให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเองผ่านหน้ากากชนิดออกซิเจนที่เข้าไปไม่ผสมกับอากาศที่ผู้ป่วยหายใจออก (Non-rebreathing mask) ซึ่งในกรณีนี้ต้องไม่มีภาวะอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำ (Perera et al., 2021)

3.การรักษาผู้ป่วยก่อนใส่ท่อหายใจ (Pre-intubation optimization)

ก่อนใส่ท่อหายใจ 3 นาที ต้องทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากที่สุด โดยเริ่มการให้ยานาตาลผู้ป่วยเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างและหลังการใส่ท่อหายใจ และลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยานาตาลและยาหย่อนกล้ามเนื้อที่เลือกใช้ ระหว่างการใส่ท่อหายใจ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) หรือการตอบสนองของระบบประสาท Sympathetic ต่อเครื่องส่องตรวจกล่องเสียง (Laryngoscopy) เช่น ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดอันตราย (Hypertensive emergency) แพทย์อาจจะพิจารณาให้ยา Fentanyl (3mcg/kg IV) ก่อนให้ยานาตาล เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตให้เหมาะสม (Walls et al., 2018) ส่วนกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ

แต่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรจัดการโดยให้สารน้ำร่วมกับ ยากลุ่ม Inotropic หรือการให้ส่วนประกอบของเลือด เป็นต้น

4.การใช้ยานำสลบ (Paralysis with induction)

การใช้ยานำสลบ ร่วมกับยากลุ่มหยอนกล้ามเนื้อ (Paralytic agent) เข้าทางหลอดเลือดเป็นหลักการสำคัญของการทำ RSI ดังสังเกตได้จากบทความทางวิชาการหลาย ๆ ฉบับที่ใช้คำว่า Rapid Sequence Induction แทนคำว่า Rapid Sequence Intubation เพราะในกระบวนการต้องมีการทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากที่สุดด้วยการให้ยานำสลบ (Kriswidyatomo & Paramitha, 2021) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ควรเข้าใจกลไกการออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยา ขนาดยาที่ใช้เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกใช้ยานำสลบทั้งขณะและหลังบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในต่างประเทศสภาวิชาชีพอนุญาตให้พยาบาลฉุกเฉิน หรือพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินฉีดยากลุ่มนี้ให้แก่ผู้ป่วยได้ แต่ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสังเกตการณ์ในขณะที่พยาบาลบริหารยา (Armstrong et al., 2009) แต่ในประเทศไทยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ยังไม่ได้อนุญาตพยาบาลทั่วไปบริหารยาชนิดนี้ แนวทางปฏิบัติในการบริหารยากลุ่มนี้ในแผนกฉุกเฉิน จึงขึ้นอยู่กับนโยบายและข้อกำหนดของแต่ละโรงพยาบาล จากแนวปฏิบัติจะใช้ยา 2 กลุ่มคู่กัน ได้แก่

4.1 กลุ่มยานำสลบ ที่นิยมใช้ในแผนกฉุกเฉินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Driver et al., 2019; Walls et al., 2018) ได้แก่

4.1.1 Ketamine ขนาดยาที่ใช้ 1 – 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (Driver et al., 2019) โดยเริ่มออกฤทธิ์ 30 วินาที หลังได้รับยา ระดับยาออกฤทธิ์สูงสุด ประมาณ 1 นาที และออกฤทธิ์นานถึง 10-15 นาที (Bilhimier, Groth, & Holmes, 2020) ควรระมัดระวังการใช้ยาชนิดนี้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากยาอาจจะส่งผลให้เมตาบอลิซึมของสมอง (Cerebral metabolism) สูงขึ้น เพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจนของเนื้อสมองเพิ่มมากขึ้น เลือดไหลเวียนในสมองเพิ่มขึ้น ทำให้แรงดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยศีรษะได้รับบาดเจ็บที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเนื่องจากยาจะกระตุ้นให้หลังสารฮอโมน Catecholamines เพิ่มขึ้น และทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

4.1.2 ยา Propofol ขนาดยาที่ใช้ 1.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (Walls et al., 2018) ยาชนิดนี้ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากภาวะหลอดเลือดขยายตัว จึงควรระวังในผู้ที่มีปัญหาระบบไหลเวียนเลือดและการทำงานของหัวใจ แพทย์อาจจะพิจารณาลดขนาดยาในกรณีผู้สูงอายุ หรือผู้มีปัญหาระบบไหลเวียนเลือด พยาบาลควรติดตามสัญญาณชีพ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด หากพบความดันโลหิตต่ำกว่าปกติรีบรายงานแพทย์ทันที ทั้งก่อนและหลังใช้ยาชนิดนี้ โดยทางปฏิบัติแพทย์อาจจะเปลี่ยนใช้ยา Ketamine แทนในกรณีมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำตามพยาธิสภาพ การใช้ยา Ketamine เปรียบเทียบกับ Propofol ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่แผนกฉุกเฉิน พบว่าอัตราการตายภายใน 30 วันไม่มีความแตกต่างกัน (Breindahl et al., 2021)

4.2 กลุ่มยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Paralytic agents or Neuromuscular blocking agents) นิยมใช้ในแผนกฉุกเฉิน (Tran et al., 2017; Walls et al., 2018) ได้แก่

4.2.1 ยา Succinylcholine เป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็วภายใน 45 วินาที ขนาดยาที่ใช้คือ 1.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (Tran et al., 2017) ประกอบด้วยโมเลกุล Acetylcholine 2 ชนิด ทำหน้าที่ขัดขวางการทำงานของกรดซักซินิก (Succinic acid) และโคลีน (Choline) ในระบบประสาท Neuromuscular blocking agent ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจาก Succinylcholine จับกับ Acetylcholine receptors ไม่เฉพาะเจาะจงที่ระบบประสาท แต่ยังมีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ภาวะโพแทสเซียมในกระแสเลือดสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมในกระแสเลือดสูงตั้งแต่ต้น ยา Succinylcholine นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบันเพราะเกิดผลข้างเคียงน้อยกว่าและออกฤทธิ์เร็วกว่า (Wilson, Gillen, & Maute, 2020)

4.2.2 ยา Rocuronium ขนาดยาที่ใช้คือ 1.0 - 1.2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (Tran et al., 2017) ให้ทางหลอดเลือดดำขนาดนี้ออกฤทธิ์นำให้สลบใช้เวลาประมาณ 15 ถึง 20 วินาที ซึ่งช้ากว่ายา Succinylcholine ถูกนำมาใช้แทนกรณีที่มีข้อห้ามใช้ยา Succinylcholine ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะอัมพาตหลังจากใส่ท่อหายใจ (Paralysis after intubation) การออกฤทธิ์ที่ยาวนานอย่างน้อยประมาณ 50 นาที ทำให้ผู้ป่วยยังมีภาวะอัมพาต

5.การจัดท่า (Positioning)

เป็นขั้นตอนการจัดท่าเพื่อเตรียมการใส่เครื่องส่องตรวจกล่องเสียง และป้องกันการสำลักระหว่างการใส่ท่อหายใจ ในขั้นตอนนี้ให้หลีกเลี่ยงการช่วยหายใจแรงดันบวกผ่านหน้ากากาล์วสูง หากผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนส่วนปลายมากกว่าร้อยละ 92 เนื่องจากการบีบแรงดันที่มากเกินไปอาจจะส่งผลกระทบต่อแรงดันในกระเพาะอาหารส่งผลให้อาหารหรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหารไหลย้อนออกมาและเกิดการสำลักได้ การจัดท่าที่เหมาะสมสำหรับการใส่ท่อหายใจ คือ การจัดท่า Sniffing position โดยหนุนหมอนที่มีความหนาประมาณ 7-9 เซนติเมตรบริเวณใต้ท้ายทอยของผู้ป่วยจะทำให้ข้อต่อท้ายทอย (Atlanto-occipital joint) อยู่ในท่ายืดแอ่นขึ้น (Extension) และกระดูกต้นคอส่วนบนอยู่ใต้น้ำท่าก้มหน้า ท่านี้ทำให้แกนสมมุติทั้ง 3 ได้แก่ Oral axis (OA), Pharyngeal axis (PA) และ Laryngeal axis (LA) อยู่ในแนวเดียวกันมากขึ้น ตำแหน่งของแผ่นหลังในหลอดลมอยู่สูงกว่ากล่องเสียง (Larynx) ซึ่งการจัดท่าในลักษณะนี้ช่วยป้องกันการสำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในท่อหลอดลม ระหว่างการใส่ท่อได้ ช่วยทำให้แพทย์ผู้ใส่ท่อหลอดลม มองเห็นเส้นเสียง (Vocal cord) ได้ชัดเจนทำให้ระยะเวลาการใส่รวดเร็วขึ้น (Kriswidyatomo & Paramitha, 2021; Walls et al., 2018) การจัดท่าก่อนใส่ท่อหายใจพบความผิดพลาดได้บ่อย เนื่องจากในทางปฏิบัติส่วนใหญ่รองหมอนทราย หรือถุงน้ำเกลือบริเวณบ่าของผู้ป่วย แทนการรองบริเวณใต้ท้ายทอย

6.ใส่ท่อหายใจ (Placement with poof)

ขั้นตอนการใส่ท่อหายใจจะเกิดขึ้นหลังจากที่การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยผ่อนคลาย (Neuromuscular relaxation) ซึ่งสามารถประเมินได้จากแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อชื่อ Masseter muscle โดยเมื่ออ้าปากผู้ป่วยเพื่อสอดใส่ Laryngoscopy ไม่พบแรงต้านจากตัวผู้ป่วย (Walls et al., 2018) ใน

ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลา 45-60 วินาที ขึ้นอยู่กับชนิด และปริมาณของยาที่ใช้ในการนำสลบ ยกตัวอย่างเช่น ยา Succinylcholine ออกฤทธิ์ภายใน 45 วินาทีซึ่งเร็วกว่าเมื่อเทียบกับยา Rocuronium ที่ใช้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ภายใน 60 วินาที เป็นต้น กรณีที่การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยผ่อนคลายไม่เต็มที่ ยังพบแรงต้านเมื่ออ้าปากของผู้ป่วย แนะนำให้รอเพิ่ม 15 - 30 วินาที (Tran et al., 2017) บทบาทพยาบาลที่สำคัญในขั้นตอนนี้ได้แก่

6.1 การส่งต่อหายใจให้กับแพทย์เนื่องจากการทำ RSI ใช้ระยะเวลาสั้น และเร็ว พยาบาลควรฝึกฝนทักษะการส่งอุปกรณ์ที่ถูกต้องให้แก่แพทย์ เนื่องจากสายคาบผู้ใส่ท่อหายใจต้องจดจ่อบริเวณเส้นเสียงของผู้ป่วยตลอดเวลา

6.2 การติดตามและการยืนยันตำแหน่งท่อหายใจ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยการฟังเสียงปอดด้วย Stethoscope มีอุปสรรคจากการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment [PPE]) ของบุคลากรทางสุขภาพ จึงประยุกต์ใช้การวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากท่อหายใจ (End Tidal CO₂ [ET CO₂]) ในการประเมินตำแหน่งของท่อหายใจ เนื่องจากอุปกรณ์ชนิดนี้มีใช้ในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้งระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ ที่ผ่านมาในทางปฏิบัติอุปกรณ์ชนิดนี้ถูกใช้ในทางการประเมินคุณภาพการกดนวดหัวใจระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพตามแนวปฏิบัติการกู้ฟื้นคืนชีพของประเทศไทย อุปกรณ์ที่ใช้มี 2 ชนิด ได้แก่

6.2.1 ชนิดที่แปลผลจากค่าความเป็นกรดต่าง เมื่อท่อหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ต้องการ Colorimetric end-tidal CO₂ จะเปลี่ยนสีจากสีเหลืองเป็นสีม่วง

6.2.2 ชนิดที่ประเมินค่าเป็นตัวเลขในหน้าจอแสดงผล เมื่อใส่ท่อหายใจในตำแหน่งที่ต้องการ สามารถวัดประเมินค่า ET CO₂ มากกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท (Tintinalli et al., 2020; Walls et al., 2018) อย่างไรก็ตามการประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินเบื้องต้นที่สามารถระบุตำแหน่งท่อหายใจว่าอยู่ในหลอดลม แต่ไม่สามารถบอกความลึกที่เหมาะสมได้ พยาบาลควรเฝ้าระวังและติดตามทั้งค่า ET CO₂ และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation [SpO₂]) ในระหว่างที่รอการยืนยันจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ทำการผูกยึดท่อช่วยหายใจให้เรียบร้อยขณะรอการยืนยันผล

7.การจัดการหลังใส่ท่อหายใจ (Post-intubation management)

ขั้นตอนการทำ RSI จะเสร็จสมบูรณ์เมื่อท่อหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจ ได้แก่ เทคนิคการผูกติดหลอดลมคอ เป็นต้น นอกจากนี้การติดตามผลถ่ายรังสีทรวงอกเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความลึกของท่อหายใจ หากปลายท่อหายใจไม่อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม แพทย์อาจพิจารณาให้เลื่อนตำแหน่งของท่อหายใจ ในขั้นตอนการจัดการหลังใส่ท่อหายใจนี้ ประกอบด้วยการจัดการ 2 ประเด็น ได้แก่

7.1 การใช้ระบบประสาท หรือยาบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยบางรายที่มีความจำเป็นต้องให้ยา กลุ่มระบบประสาท เนื่องจากยาที่ใช้ในการทำ RSI มีระยะเวลาออกฤทธิ์สั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะต่อต้านเครื่องช่วยหายใจอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ยกตัวอย่างเช่น ยา Fentanyl 3-5 ไมโครกรัม/กิโลกรัม ใช้เพื่อเพิ่มความสบายของผู้ป่วย และลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetic (Walls et al., 2018)

7.2 การดูแลเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลควรเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอด โดยการดูดเสมหะและติดตามสัญญาณชีพเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยานาสูบลบ และยากลุ่มหย่อนกล้ามเนื้อ อาจส่งผลต่อความดันโลหิต และระดับความรู้สึกตัว

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอน ระยะเวลา ประเด็นสำคัญและบทบาทของพยาบาลในการใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็ว

ขั้นตอน	ระยะเวลา	ประเด็นสำคัญ	บทบาทของพยาบาล
Preparation	10 นาที	-การประเมินภาวะใส่ท่อหายใจ ลำบากด้วยวิธี “LEMON” -การเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อหายใจ และยาที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วย	-ประเมินภาวะใส่ท่อหายใจลำบาก -จัดเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อหายใจ -วัดสัญญาณชีพและติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
Preoxygenation	5 นาที	-ช่วยหายใจแรงดันบวกผ่าน หน้ากากวาล์วสูงในปริมาณอัตรา ไหลสูงสุดออกซิเจน 15 ลิตร/ นาที อย่างน้อย 3 นาที	-ติดตามค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดและ ลักษณะการหายใจ -ช่วยเหลือแพทย์ในการให้ออกซิเจนแรงดันบวก ผ่านหน้ากากวาล์วสูง
Pre-intubation optimization	3 นาที	-การจัดการอาการผิดปกติของ ระบบไหลเวียนเลือดและภาวะ พร่องออกซิเจน	-ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือยาตามแผนการ รักษา -วัดสัญญาณชีพและติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ -เตรียมยากลุ่มนาสูบลบ และยากลุ่มหย่อนกล้ามเนื้อ เพื่อใช้ในขั้นตอนต่อไป
Paralysis with induction	0 นาที	-การใช้ยานาสูบลบ ร่วมกับยา กลุ่มหย่อนกล้ามเนื้อ	-ให้ยากลุ่มนาสูบลบ และตามด้วยยากลุ่มหย่อน กล้ามเนื้อตามแผนการรักษา
Positioning	30 วินาที	-การจัดท่า Sniffing position	-จัดท่าผู้ป่วยโดยใช้หมอนรองบริเวณหนา ประมาณ 7-9 เซนติเมตรบริเวณใต้ Occiput
Placement with poof	45 วินาที	-การใส่ท่อหายใจและ การประเมินตำแหน่งท่อหายใจ	-ส่ง Laryngoscopy/Video Laryngoscopy และ ท่อหายใจให้แพทย์ -ก่อนดึง guidewire ออกจากท่อหายใจใช้clamp ตรงหนีบท่อหายใจแล้วค่อยดึงออก แล้วต่อเข้ากับ Bag-valve mask ก่อนปลด clamp เพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ -ใส่ลมเข้าไปในกระเปาะเพื่อป้องกันการเลื่อน หลุด

ขั้นตอน	ระยะเวลา	ประเด็นสำคัญ	บทบาทของพยาบาล
Post-intubation management	2 นาที	-การประเมินตำแหน่งท่อหายใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหายใจ -พิจารณาให้ยากลุ่ม long-term sedation หรือ analgesia	-ติดตามค่า ETCO ₂ -ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด และลักษณะการหายใจของผู้ป่วยสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ -ดูแลให้ได้ยา long-term sedation หรือ analgesia ตามแผนการรักษา

สรุป

การใส่ท่อหายใจแบบรวดเร็วหรือ RSI เป็นการใช้น้ำสลบร่วมกับยาหย่อนกล้ามเนื้อในขณะใส่หลอดลมคอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำให้ตลึงและลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายของละอองฝอยมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงว่าการทำ RSI มีความปลอดภัย และลดความเสี่ยงในการใส่ท่อหายใจในผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและลดอัตราการตายใน 30 วันของผู้ป่วยจึงนำมาใช้แทนการใส่ท่อหายใจในแผนกฉุกเฉินแบบดั้งเดิม การทำ RSI มีขั้นตอนที่เฉพาะแบบลำดับขั้น เรียกว่า 7'Ps of RSI ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีระยะเวลาดำเนินการสั้น ๆ เป็นวินาทีหรือนาที จึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในการทำ RSI ร่วมกับวิชาชีพแพทย์ ด้วยความเชี่ยวชาญโดยอาศัยองค์ความรู้ที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในด้านการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลยังต้องการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการศึกษาบทบาท และการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลก่อนและหลัง รวมถึงการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจนสอดคล้องกับการใช้น้ำสลบในแผนกฉุกเฉิน จะทำให้การใช้น้ำสลบในแผนกฉุกเฉินมีความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้น้ำสลบในแผนกฉุกเฉินต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- Armstrong, B., Reid, C., Heath, P., Simpson, H., Kitching, J., Nicholas, J., . . . Rush, H. (2009). Rapid sequence induction anaesthesia: A guide for nurses in the emergency department. *International emergency nursing*, 17(3), 161-168.
- Avery, P., Morton, S., Raitt, J., Lossius, H. M., & Lockey, D. (2021). Rapid sequence induction: Where did the consensus go? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 1-9.

- Bilhimer, M. H., Groth, M. E., & Holmes, A. K. (2020). Ketamine for migraine in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 42(2), 96-102.
- Botha, J. C., Lourens, A., & Stassen, W. (2021). Rapid sequence intubation: A survey of current practice in the South African pre-hospital setting. *International Journal of Emergency Medicine*, 14(45). <https://doi.org/10.1186/s12245-021-00368-3>
- Breindahl, N., Baekgaard, J., Christensen, R. E., Jensen, A. H., Creutzburg, A., Steinmetz, J., & Rasmussen, L. S. (2021). Ketamine versus propofol for rapid sequence induction in trauma patients: A retrospective study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 1-8.
- Brown III, C. A., & Walls, R. M. (2018). Rapid sequence intubation. *The Walls Manual of Emergency Airway Management*, 5, 235.
- Cabrini, L., Landoni, G., Redaelli, M. B., Saleh, O., Votta, C. D., Fominskiy, E., . . . Zangrillo, A. (2018). Tracheal intubation in critically ill patients: A comprehensive systematic review of randomized trials. *Critical Care*, 22(1), 1-9.
- Caputo, N. D., Oliver, M., West, J. R., Hackett, R., & Sakles, J. C. (2019). Use of end tidal oxygen monitoring to assess preoxygenation during rapid sequence intubation in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 74(3), 410-415.
- Driver, B. E., Klein, L. R., Prekker, M. E., Cole, J. B., Satpathy, R., Kartha, G., . . . Reardon, R. F. (2019). Drug order in rapid sequence intubation. *Academic Emergency Medicine*, 26(9), 1014-1021.
- Groombridge, C. J., Maini, A., Olaussen, A., Kim, Y., Fitzgerald, M., & Smit, D. V. (2021). Unintended consequences: The impact of airway management modifications introduced in response to COVID-19 on intubations in a tertiary centre emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 33, 728-733.
- Kriswidyatomo, P., & Paramitha, M. P. (2021). Rapid sequence induction/intubation controversies. *HongKong Journal of Emergency Medicine*, 28(5) 314–319.
- Nimmagadda, U., Salem, M. R., & Crystal, G. J. (2017). Preoxygenation: Physiologic basis, benefits, and potential risks. *Anesthesia & Analgesia*, 124(2), 507-517.
- Perera, A., Alkouri, H., Fogg, T., Vassiliadis, J., Mackenzie, J., & Wimalasena, Y. (2021). Apnoeic oxygenation was associated with decreased desaturation rates during rapid sequence intubation in multiple Australian and New Zealand emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, 38(2), 118-124.

- Shavit, I., Levit, B., Basat, N. B., Lait, D., Somri, M., & Gaitini, L. (2015). Establishing a definitive airway in the trauma patient by novice intubators: A randomised crossover simulation study. *Injury*, 46(11), 2108-2112.
- Tintinalli, J. E., John Ma, O., Yealy, D. M., Meckler, G. D., Stapczynski, J. S., Cline, D. V., & Thomas, S. (2020). *Tintinalli's emergency medicine: A comprehensive study guide* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Tran, D. T. T., Newton, E. K., Mount, V. A. H., Lee, J. S., Mansour, C., Wells, G. A., & Perry, J. J. (2017). Rocuronium vs. succinylcholine for rapid sequence intubation: A Cochrane systematic review. *Anaesthesia*, 72(6), 765-777.
- Walls, R. M., Hockberger, R. S., & Gausche-Hill, M. (2018). *Rosen's emergency medicine: Concepts and clinical practice* (9th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Wilson, J. W., Gillen, J. P., & Maute, T. (2020). Patient safety during rapid sequence intubation when using succinylcholine instead of nondepolarizing paralytic agents: Should we change a common rapid sequence intubation pathway? *Journal of Emergencies Trauma and Shock*, 13(4), 264-268.
- World Health Organization. (2021). *Global research on coronavirus disease*. Retrieved July 25, 2021, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาลขอเชิญชวนส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร โดยผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์ทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ อย่างน้อยเรื่องละ 2 คน โดยผู้พิจารณาและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blinded review)

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานวิชาการ 2 ประเภท ดังนี้

1. รายงานผลการวิจัยทางสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. บทความวิชาการที่เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้
 - 2.1 บทความจากการทบทวนวรรณกรรม (Literature review)
 - 2.2 บทความเกี่ยวกับทฤษฎี (A theory-oriented paper)
 - 2.3 บทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย (A methodological paper)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาเฉพาะต้นฉบับที่จัดทำตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขก่อนกระบวนการกลั่นกรองผลงาน

1. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ เมื่อบทความเข้าสู่กระบวนการกลั่นกรองแล้ว จะไม่คืนเงินไม่ว่ากรณีใด ๆ
2. ผลงานวิจัยจะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยส่งสำเนาหนังสือรับรองมาพร้อมกับบทความต้นฉบับ

เงื่อนไขด้านจริยธรรมของผู้นิพนธ์

1. ผลงานวิชาการที่ส่งเพื่อรับการพิจารณาจะต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และต้องไม่มีการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) ทั้งของตนเองและผู้อื่น หากผู้นิพนธ์ประสงค์จะยกเลิกการพิจารณาโปรดอีเมลแจ้งมาที่กองบรรณาธิการ
2. ในรายงานผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ไม่ให้ข้อมูลที่บิดเบือน หรือทำให้เข้าใจผิด และผู้นิพนธ์ที่มีชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง
3. หากมีการนำผลงานวิชาการของผู้อื่นมาใช้ในผลงานตัวเอง ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงอย่างครบถ้วนทั้งในเนื้อหา (In-text citation) และเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (Reference list) โดยใช้รูปแบบการอ้างอิงของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychological Association [APA]) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6

เงื่อนไขด้านความถูกต้องของรูปแบบเอกสารและอื่น ๆ

1. เขียนบทความโดยใช้เทคนิคการเขียนเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific writing) เพื่อสื่อสารข้อมูลไปยังนักวิทยาศาสตร์ในสาขาอื่น ตรวจสอบความถูกต้องของไวยากรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ภาษาที่ผู้อ่านเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะวิชาชีพ หากแปลหรือเขียนทับศัพท์ภาษาต่างประเทศให้ใช้ตามคำแนะนำของราชบัณฑิตยสภา

2. จัดรูปแบบเอกสารตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับอย่างเคร่งครัด เขียนบทคัดย่อให้สอดคล้องกันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบก่อนการส่งบทความ

3. แก้ไขต้นฉบับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการอย่างครบถ้วน แม้ว่า จะตรวจพบข้อแก้ไขหลังการออกหนังสือตอบรับแล้วก็ตาม หรือมีคำอธิบายที่เหมาะสมกรณีไม่ประสงค์จะแก้ไข แล้วจัดส่งบทความที่แก้ไขแล้วมายังกองบรรณาธิการในระยะเวลาที่กำหนด

เป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ในการปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวอย่างเคร่งครัดและครบถ้วน ทั้งก่อน ระหว่างและหลังกระบวนการกลั่นกรอง หากมีการตรวจพบข้อเท็จจริงในภายหลังว่าต้นฉบับ ไม่ถูกต้องตามเงื่อนไข กองบรรณาธิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกการพิจารณา ยกเลิกใบตอบรับ หรือถอนบทความออกจากวารสาร

ในกรณีที่ผู้นิพนธ์มีเจตนาละเมิดจรรยาบรรณ เช่น เขียนข้อมูลเท็จ ทำให้เข้าใจผิดว่าผลงานผู้อื่น เป็นผลงานของตนเอง ส่งผลงานเข้ารับการพิจารณาซ้อนกับวารสารอื่น หรือละทิ้งผลงานโดยไม่แจ้งล่วงหน้า กองบรรณาธิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการส่งหนังสือแจ้งไปยังผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ที่ปรึกษา หากผลงานนั้นเกี่ยวข้องกับการศึกษาในทุกระดับ และไม่รับพิจารณาผลงานอีกต่อไป

ทั้งนี้วารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ในกรณีที่ตรวจพบภายหลังว่าบทความนั้นเป็นการคัดลอก ผลงานวิชาการ (Plagiarism)

คำแนะนำในการส่งต้นฉบับ

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษมีเนื้อความตรงกัน
2. พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมพิมพ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ได้ชื่อเรื่อง ส่วนตำแหน่ง วิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงอรรถ
3. มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 300 คำ จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่จัดเยื้อง
4. เขียนอ้างอิงถูกต้องตรงกันทั้งในเนื้อหาและรายการท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
5. ความยาวต้นฉบับ
 - 5.1 บทความวิจัย 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อ
 - 5.2 บทความวิชาการ 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อ

คำแนะนำในการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดยอรายงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ
2. บทคัดยอรายงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เกณฑ์ในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผลที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ
3. บทคัดยอบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎีปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้
4. บทคัดยอบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีวิจัยที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้กระบวนการ ลักษณะสำคัญหรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

คำแนะนำสำหรับบทความแต่ละประเภท

บทความวิชาการ มีส่วนประกอบเหมือนในคำแนะนำทั่วไป และแบ่งเนื้อหาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. บทนำให้อธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียน และจุดประสงค์การเขียน
2. เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม
3. บทสรุป สรุปสาระสำคัญและเน้นให้เห็นความสำคัญของหัวข้อที่เขียนต่อวิชาชีพพยาบาล

บทความวิจัย แบ่งเนื้อหา ดังนี้

1. บทนำ (หัวข้อใหญ่) ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษาความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้

- วัตถุประสงค์ และ/หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
- สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

2. วิธีดำเนินการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนย่อหน้า นำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

- นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี) อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น
- การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรองวันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร
- เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขป ระบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวนข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน
- การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ อธิบายการหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้อ้างอิงและระบุขั้นตอนการขอคัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ
- วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง การบริหารเครื่องมือวิจัย อาจเขียนเป็นแผนภูมิประกอบหากการวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม
- การวิเคราะห์ข้อมูล ระบุสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

3. ผลการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย นำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

4. อภิปรายผลการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนให้ชัดเจนว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานหรือไม่ แล้วอภิปรายความคิดเห็นของนักวิจัยประกอบกับวรรณกรรมอื่นที่เห็นตรงหรือแย้งกัน ควรเขียนตามลำดับสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ และจัดหัวข้อตามรูปแบบการพิมพ์ในตารางที่ 1

5. สรุปและข้อเสนอแนะ (หัวข้อใหญ่) เขียนย่อหน้าสรุปข้อคิดเห็นของนักวิจัยต่อผลการวิจัยที่สำคัญ โดยมีเหตุผลสนับสนุนอย่างหนักแน่นเพียงพอ เขียนความสำคัญของผลการวิจัยต่อการพัฒนา ทฤษฎี การปฏิบัติการพยาบาล หรือการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ตลอดจนปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่จากข้อค้นพบในการวิจัยนี้

6. กิตติกรรมประกาศ (หัวข้อใหญ่) ขอบขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้ (ถ้ามี)

7. เอกสารอ้างอิง (หัวข้อใหญ่) เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา

การจัดรูปแบบทั่วไป

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม Microsoft word กำหนดขนาดกระดาษเป็น A4 จัดระยะขอบกระดาษ 1 นิ้วโดยรอบ ใช้อักษร Angsana new ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบในหัวข้อต่าง ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ	เอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	14
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ (ไม่เกิน 4 ลำดับ)	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/issue/view/14215> หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 044-243-020 ต่อ 103 หรือ โทร 090 – 259-8784 (ผู้จัดการวารสาร) หรือ E-mail: ascharintorn@knc.ac.th โทร 086-891-8522 (บรรณาธิการวารสาร) หรือทาง E-mail: journal@knc.ac.th

การเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

คำแนะนำนี้สรุปเฉพาะการเขียนอ้างอิงตามคู่มือ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 ประเด็นอื่นที่ไม่ได้กล่าวไว้ เช่น การใช้ตัวย่อ การนำเสนอสถิติ และการออกแบบตาราง เป็นต้น ให้ผู้แต่งยึดตามคู่มือดังกล่าวเป็นหลัก

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี ผู้แต่งชาวไทยให้ระบุชื่อและนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ส่วนผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ถ้ามีผู้แต่ง 3-5 คน ให้ระบุชื่อผู้แต่งทั้งหมดในการอ้างอิงครั้งแรก แต่ครั้งต่อไปให้อ้างคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ถ้าผู้แต่งมี 6 คนขึ้นไป ให้ใช้การอ้างอิงคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ในการอ้างอิงทุกครั้ง (ดูตัวอย่างในตารางที่ 2) ทั้งนี้การใช้คำว่า *และ* *and* หรือเครื่องหมาย & (An ampersand) กรณีผู้แต่งชาวต่างประเทศ หากชื่อผู้แต่งอยู่นอกวงเล็บให้ใช้คำว่า *and* หากอยู่ในวงเล็บให้ใช้ สัญลักษณ์ & แทน ส่วนภาษาไทยใช้คำว่า *และ* ทั้งสองตำแหน่ง

การอ้างอิงในเนื้อหาแบบมี 2 รายการขึ้นไป ถ้าผู้แต่งคนละคนให้เรียงรายการตามลำดับอักษร เช่นเดียวกับที่เขียนในเอกสารอ้างอิงท้ายบท ค้นแต่ละรายการด้วยอัฒภาค (;) เช่น ...*ค้นพบช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น* (Huntley, 2012; Smith, Collins, & Crowther, 2011) ถ้าผู้แต่งเป็นคนเดียวกัน แต่มีเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เขียนชื่อผู้แต่งเพียงครั้งเดียว แล้วเรียงลำดับรายการอื่นตามปีที่พิมพ์ เช่น *จากการศึกษาเกี่ยวกับค้นพบช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น* (Huntley, 2012; Smith, Collins, & Crowther, 2011, 2012, 2013, *in press*) ผู้วิจัยพบว่าผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน

ตัวอย่างการวางตำแหน่ง นาม-ปี ที่อ้างอิง

ให้ผู้แต่งพิจารณาว่าจะอ้างอิงอยู่ในนขลิขิต (วงเล็บ) หรือนอกวงเล็บตามความเหมาะสม เช่น

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์อยู่ในระดับที่ต่ำ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ธัญญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญโญมิตร, 2553)

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ธัญญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญโญมิตร (2553) ศึกษาค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ

ตัวอย่างการยกข้อความมาอ้างอิงโดยตรง (Direct quotation)

การอ้างอิงข้อความหรือคำพูดที่คัดคำมาโดยตรงจากรวบรวมหรือบทสัมภาษณ์โดยตรง หากมีน้อยกว่า 40 คำ ให้เขียนรวมไว้ในย่อหน้า โดยใส่เครื่องหมายอัฒภาคแล้วอ้างอิงชื่อผู้แต่ง ปี และลำดับหน้าไว้ในวงเล็บท้ายข้อความ เช่น *She stated, "Students often had difficulty using APA style"* (Jones, 1998, p. 199), *but she did not offer an explanation.* ถ้ามี 40 คำขึ้นไป ให้ตัดเป็นย่อหน้าแยกออกจากย่อหน้าอื่นโดยจัดเยื้อง 0.5 นิ้ว (Block quotation) ไม่ต้องใส่เครื่องหมายอัฒภาค เช่น ...ทีมกลยุทธ์การบริหารจัดการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ระบุว่า

จากข้อมูลที่ผ่านมา ยังไม่มีการรวบรวมวิธีการที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในประเทศไทย ... ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการค้นคว้าอ้างอิงต่อไป (อุดม ภู่วโรดม และคณะ, 2562, น. 98)

หมายเหตุ จุดไข่ปลา (Ellipsis) หมายถึง มีการละข้อความบางส่วน

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

ประเภทการอ้างอิง	ครั้งแรก			ครั้งต่อมา	
	ชื่อผู้นอวงเล็บ	ชื่อผู้นอวงเล็บ	ชื่อผู้นอวงเล็บ	ชื่อผู้นอวงเล็บ	ชื่อผู้นอวงเล็บ
ผู้แต่ง 1 คน	พชรพรหม สุพลชัย (2561)	(พชรพรหม สุพลชัย, 2561)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	ไม่มีการอ้างคำพูด	Rodgers (2015)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	มีการอ้างคำพูด	Rodgers (2015, pp. 38-45)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	ผู้แต่ง 2 คน	Ng & Tan (2013)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
ผู้แต่ง 2 คน	ศศิกันต์ กาละ และรังสิมันท์ ขาวนาค (2559)	(ศศิกันต์ กาละ และรังสิมันท์ ขาวนาค, 2559)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	พรางทิพย์เอลเทอร์, วรณวดี ฌัก, และพัชรี ใจการุณ (2563)	(พรางทิพย์เอลเทอร์, วรณวดี ฌัก, และพัชรี ใจการุณ, 2563)	พรางทิพย์เอลเทอร์ และ ฌัก (2563)	พรางทิพย์เอลเทอร์ และ ฌัก (2563)	(พรางทิพย์เอลเทอร์ และ ฌัก, 2563)
	Smith, Collins, and Crowther (2011)	(Smith, Collins, & Crowther, 2011)	Smith et al. (2011)	Smith et al. (2011)	(Smith et al., 2011)
ผู้แต่ง 3 คน	วิการิ พลแก้ว, พรางทิพย์เอลเทอร์, วิการิณ สุวรรณไวพัฒนา, และณัฐวรรณ คำแสน (2563)	(วิการิ พลแก้ว, พรางทิพย์เอลเทอร์, วิการิณ สุวรรณไวพัฒนา, และณัฐวรรณ คำแสน, 2563)	วิการิ พลแก้ว และ ฌัก (2563)	วิการิ พลแก้ว และ ฌัก (2563)	(วิการิ พลแก้ว และ ฌัก, 2563)
	Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, and Majd (2013)	(Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, & Majd, 2013)	Ozgoli et al. (2013)	Ozgoli et al. (2013)	(Ozgoli et al., 2013)
ผู้แต่ง 4 คน	นัยนา ฌักนันท์, จริยา พะริกษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุทธิพงษ์เอมปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์ (2560)	(นัยนา ฌักนันท์, จริยา พะริกษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุทธิพงษ์เอมปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2560)	นัยนา ฌักนันท์ และ ฌัก (2560)	นัยนา ฌักนันท์ และ ฌัก (2560)	(นัยนา ฌักนันท์ และ ฌัก, 2560)
	Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell, and Nissen (2019)	(Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell, & Nissen, 2019)	Widstrom et al. (2019)	Widstrom et al. (2019)	(Widstrom et al., 2019)
ผู้แต่ง 5 คน	จตุพรศรี มีหนองหว้า และ ฌัก (2564)	(จตุพรศรี มีหนองหว้า และ ฌัก, 2564)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	Nicklas et al. (2013)	(Nicklas et al., 2013)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
ผู้แต่ง 6 คนขึ้นไป	จตุพรศรี มีหนองหว้า และ ฌัก (2564)	(จตุพรศรี มีหนองหว้า และ ฌัก, 2564)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	Nicklas et al. (2013)	(Nicklas et al., 2013)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง (References list)

ให้เรียงรายการตามลำดับอักษร จัดให้รายการที่เป็นภาษาไทยขึ้นก่อน รายการที่ปรากฏในท้ายเรื่อง จะต้องมีการอ้างอิงในเนื้อหาทุกรายการ และรายการที่ปรากฏในเนื้อหาทุกรายการต้องอยู่ในรายการอ้างอิงท้ายเรื่องเช่นเดียวกัน จัดรูปแบบแต่ละรายการโดยการจัดเยื้อง (Hanging indentation) บรรทัดที่สองเยื้องจากบรรทัดแรก 5 อักษร ไม่กด Enter ในรายการเดียวกัน และไม่กด Tab หรือ Control+Shift หลักการทั่วไปคือ เครื่องหมายวรรคตอน เช่น มหัพภาค (จุด) ทวิภาค (โคลอน) หรือจุลภาค (คอมมา) ต้องอยู่ชิดกับอักษรตัวหน้าของเครื่องหมาย และเคาะวรรค 1 ครั้งก่อนอักษรต่อไป

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงท้ายเรื่อง

อ้างอิงจากหนังสือ

ผู้เขียน 1 คน

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (9th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

ผู้เขียน 2 คน

พิเชษ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

Glovinsky, P., & Speilman, A. (2005). *The insomnia answer*. New York: Penguin Group.

ผู้เขียน 3-7 คน

พชร สันทัต, สุรชาติ ฅ นอนคาย, สมาน งามสนิท, ฐนันดรศักดิ์ บวรนนทกุล, เชษฐรัชดา พรรณาธิกุล, กฤษฎี สถิตวัฒนานนท์, และประยงค์ เต็มขวลา. (2557). *ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนา มนุษย์*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.

James, E. A., Slater, T., & Bucknam, A. (2012). *Action research for business, nonprofit, & public administration: A tool for complex times*. Los Angeles, CA: SAGE.

ผู้เขียน 8 คน หรือมากกว่า 8 คน

ให้ระบุชื่อคนแรกขึ้นด้วยจุลภาค วรรค 1 ระยะ ตามด้วยจุดไข่ปลา (...) โดยหน้าและหลังแต่ละจุด เว้น 1 ระยะ ตามด้วยชื่อคนสุดท้าย

ไพฑูรย์ สีนลารัตน์, งามพันธุ์ สัยศรี, วิชญา ผิวคำ, ธัญนุช สิงห์พันธุ์, นุสรานามเดช, พชรพลชัย อินทร์สุข, . . . เกรียง จิตติจำเริญพร. (2557). *สัจตลักษณ์ของครูผู้นำ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

Berman, A., Snyder, S. J., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Hales, M., Harvey, N., . . . Stanley, D. (2012). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing* (2nd Aust. ed.). Frenchs Forest, Australia: Pearson Australia.

อ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

- วิมลพรรณ สังข์สกุล. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยได้ระบบทางเดินหายใจ. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก 2* (ฉบับปรับปรุง; น. 63-150). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- Stewart, B. (2007). Wag of the tail: Reflecting on pet ownership. In J. Jaimeson, T. Bannerman, & S. Wong (Eds.), *Enriching our lives with animals* (pp. 97-105). Toronto, Canada: Petlove Press.

อ้างอิงหนังสือแปลจากภาษาต่างประเทศ

- ชื่อผู้แต่งต้นฉบับ. / (ปีที่พิมพ์). / *ชื่อเรื่องที่แปล* / [ชื่อต้นฉบับ] / (ชื่อผู้แปล, แปล). / สถานที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์. / (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. หรือ พ.ศ.).
- แบร์รี สมาร. (2555). *มิเชล ฟูโกต์* [Michel Foucault] (จามะรี เชียงทอง และสุนทร สราญจิต, แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ.1994).

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

- Ochs, S. (2004). A history of nerve functions: From animal spirits to molecular mechanisms [ebrary Reader version]. Retrieved from <http://www.ebrary.com/corp/>

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการแต่ไม่มี DOI

- Scott, D. (2005). Colonial governmentality. In J. X. Inda (Ed.), *Anthropologies of modernity* (pp. 21-49). Retrieved from <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/bookhome/117909832>

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการและมี DOI

- Iacono, W. G. (2008). Polygraph testing. In E. Borgida & S. T. Fiske (Eds.), *Beyond common sense: Psychological science in the courtroom* (pp. 219-235). doi:10.1002/9780470696422

อ้างอิงบทความจากวารสาร

- อุดม ภู่วโรดม, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, และสมชาย ไทวณะบุตร. (2562). การจัดการกับการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: ต้นแบบการเรียนรู้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 95-107.
- Poulard, F., Dimet, J., Martin-Lefevre, L., Bontemps, F., Fiancette, M., Clementi, E., . . . Reignier, J. (2010). Impact of not measuring residual gastric volume in mechanically ventilated patients receiving early enteral feeding: A prospective before-after study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 34(2), 125-130.

อ้างอิงบทความจากวารสารออนไลน์

Ballard, S. D., March, G., & Sand, J. K. (2015). Creation of a research community in a K-12 school research and evidence based practice. *Evidence Based Library and Information Practice*, 4(2), 8-36. Retrieved from <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/EBLIP/index>

อ้างอิงบทความจากวารสารที่มี DOI สามารถทำได้ 2 แบบ ดังนี้

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health*, 38, 20–35. doi:10.1037/rmh0000008

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health*, 38, 20–35. <http://dx.doi.org/10.1037/rmh0000008>

อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชัยญรัตน์ สลักคำ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

อ้างอิงจาก Website

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). ใช้ยาสมเหตุผล ปวดคภัย คุ่มค่า ด้วย 6 กุญแจสำคัญ. สืบค้นจาก <http://www.isranews.org/isranews/item/49489%E0%B9%87hsir240859.html>

Rojjanasiriat, W. (2012). Employers' support for breastfeeding questionnaire. Retrieved from <https://www.questionpro.com/a/q/employers-support-for-breastfeeding-questionnaire-2891700>.

การนำเสนอค่าสถิติ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการนำเสนอค่าสถิติที่สำคัญตามคำแนะนำของ APA

สถิติ	ตัวอย่างการนำเสนอ
Percentage	Nearly half (49%) of the sample was married.
Descriptive statistic	The sample as a whole was relatively young ($M = 19.22$, $SD = 3.45$).
Mann-Whitney	A Mann-Whitney test indicated that self-rated attractiveness was greater for women who were not using oral contraceptives ($Mdn = 5$) than for women who were using oral contraceptives ($Mdn = 4$), $U = 67.5$, $p = .034$, $r = .38$.
Wilcoxon signed-ranks	A Wilcoxon Signed-ranks test indicated that femininity was preferred more in female faces ($Mdn = 0.85$) than in male faces ($Mdn = 0.65$), $Z = 4.21$, $p < .001$, $r = .76$
Sign test	A sign test indicated that femininity was preferred more in female faces than in male faces, $Z = 3.47$, $p = .001$.
t-test	An independent-samples t-test indicated that scores were significantly higher for women ($M = 27.0$, $SD = 7.21$) than for men ($M = 24.2$, $SD = 7.69$), $t(734) = 4.30$, $p < .001$, $d = 0.35$.
ANOVA	A 3x2 ANOVA with self-rated attractiveness (low, average, high) and oral contraceptive use (true, false) as between-subjects factors revealed a main effects of SRA, $F(2, 1276) = 6.11$, $p = .002$, $\eta^2 = .009$, and oral contraceptive use, $F(1, 1276) = 4.38$, $p = .037$, $\eta^2 = 0.003$. These main effects were not qualified by an interaction between SRA and oral contraceptive use, $F(2, 1276) = 0.43$, $p = .65$, $\eta^2 = .001$.
Pearson's correlation	Preferences for femininity in male and female faces were positively correlated, Pearson's $r(1282) = .13$, $p < .001$.
Chi-Square	The percentage of participants that were married did not differ by gender, $\chi^2(1, N = 90) = 0.89$, $p = .35$.
Regression results	Social support significantly predicted depression scores, $b = -.34$, $t(225) = 6.53$, $p < .001$. Social support also explained a significant proportion of variance in depression scores, $R^2 = .12$, $F(1, 225) = 42.64$, $p < .001$.

หลักการนำเสนอตัวเลขและค่าสถิติ

1. การนำเสนอตัวเลขแสดงจำนวนที่มีเพียงจำนวนเต็มเท่านั้น (เช่น จำนวนคน) ไม่ต้องมีทศนิยม
2. นำเสนอค่า p -values ตามที่เป็นจริงจากการคำนวณ ยกเว้นกรณีโปรแกรม คำนวณได้ .000 ให้รายงานเป็น $p < .001$ อักษรย่อ M , SD , U , F , Z , p , t , d , r ใช้เป็นอักษรเอียง
3. ค่าที่จำนวนเต็มไม่เกิน 1 (เช่น สหสัมพันธ์) ให้ เลข 0 หน้าทศนิยม เช่น $r(1282) = .13$