



ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2564

Vol.4 No.2 Vol.4 No.2 May- August 2021

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา Nursing, Health, and Education Journal

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย (Research Articles)

○ ผลของการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
สุรางค์ ช่างเหล็ก

○ ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระดับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกนัดผ่าคลอดที่ โรงพยาบาลหนองคาย
ฐิตารีย์ อิงโธสง

○ การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดอุดรธานี
จิตราพร โคตรมหา, จิตราพร ผ่านจันศรี
ธัญญาลักษณ์ พรหมรักษา, อภิญาพร พรหมณี
○ การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน บ้านแม่พนันท์ ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
เกษดาพร ศรีสุวอ

○ การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

ภรุต สุฝน¹ ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส²
มณฑิรา บุทเสน³ นเรนทร์ฤทธิ์ ผาจันทร์

○ ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย
จรัสศรี อาจศิริ

3 Editorial note

4 ◇ Effects of Knowledge and Skills Development of Professional Nurses in Assessing Patient with Sepsis. in patient Department Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province
Surang Changlek

15 ◇ The effectiveness of using standard preparing program on knowledge and behavior of primigravida mothers receiving spinal anesthesia for Cesarean section at Nongkhai hospital
Titaree Ingthaisong

25 ◇ The study of family relationships and stress among Stroke caregiver patients in Udonthani province
Jitraporn Koatmaha, Jiraporn Phanjansri
Thanyalak Promraksa, Apinya Prommanee
32 ◇ The study of the health awareness knowledge of elderly diabetic patients receiving service from Maenon health promoting hospital of Nong Phai Sub district, Muang District, Udonthani
Kesadaporn Srisuwor

42 ◇ Care Program Development for HIV-infected Pregnant Women for Prevention of Perinatal HIV Transmission in Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province
Porakot Soofon Thippaporn Yeamsai
Montira Buttasen Narainrith Phajan

52 ◇ The influence of administrative affecting the Tahi traditional medicine service of five star standard criteria of sub district health promotion hospital quality development in NongKhai province
Charutsri Assiri

ISSN 2630-0214

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ>

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

สารบัญ ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2564	หน้า Page	Content Vol.4 No.2 May– August 2021
บทบรรณาธิการ	3	Editorial note
บทความวิจัย (Research Articles)		
○ ผลของการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย สุรางค์ ช่างเหล็ก	4	◇ Effects of Knowledge and Skills Development of Professional Nurses in Assessing Patient with Sepsis. Inpatient Department Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province Surang Changlek
○ ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระดับความรู้สึกลับแบบจิตวิทยาเข้าช่องไขสันหลังต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์แรกคลอดที่ โรงพยาบาลหนองคาย ฐิตารีย์ อิงไธสง	15	◇ The effectiveness of using standard preparing program on knowledge and behavior of primigravida mothers receiving spinal anesthesia for Cesarean section at Nongkhai hospital Titaree Ingthaisong
○ การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดอุดรธานี จิตราพร โคตรมหา, จิราพร ผ่านจันทร์ ธัญญาลักษณ์ พรหมรักษา, อภิญา พรหมณี	25	◇ The study of family relationships and stress among Stroke caregiver patients in Udonthani province Jitraporn Koatmaha ,Jiraporn Phanjansri Thanyalak Promraksa, Apinya Prommanee
○ การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน บ้านแม่พันธ์ ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือ จังหวัดอุดรธานี เกษดาพร ศรีสุวอ	33	◇ The study of the health awareness knowledge of elderly diabetic patients receiving service from Maenon health promoting hospital of Nong Phai Sub district, Muang District, Udonthani Kesadaporn Srisuwor
○ การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ภรท สุพน ¹ ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส ² มณฑิรา บุทเสน ³ นเรนทร์ฤทธิ์ ผาจันทร์	42	◇ Care Program Development for HIV-infected Pregnant Women for Prevention of Perinatal HIV Transmission in Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province Porakot Soofon Thippaporn Yeamsai Montira Buttasen Narainrith Phajan
○ ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย จรัสศรี อาจศิริ	52	◇ The influence of administrative affecting the Tahi traditional medicine service of five star standard criteria of sub district health promotion hospital quality development in NongKhai province Charutsri Assiri

บทบรรณาธิการ

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับแรก ปีที่ 4 ของการดำเนินงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อดุลธานี ซึ่งวารสารฉบับนี้ออกในช่วงที่เมืองไทยของเราและทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (Covid 19) ระลอกใหม่ ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจำนวนมาก เราต้องใช้วิถีชีวิตใหม่ New Normal ที่ต้องมีการปรับตัวและระมัดระวังตัว การสกัดกั้นการแพร่ระบาด คนไทยเริ่มได้รับวัคซีนป้องกัน และรัฐมีมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างจริงจัง ผลกระทบของการแพร่ระบาดของ Covid 19 ทำให้กระทบปากท้องของชาวบ้าน เศรษฐกิจซบเซา คนตกงานว่างงานจำนวนมาก ซึ่งพวกเราหวังว่าสถานการณ์จะค่อยๆดีขึ้น เป็นกำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ทำงานอย่างหนักในการดูแลผู้ป่วย

ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารมาเป็นอย่างดี ทั้งท่านที่ส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ เข้ามาเผยแพร่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละเวลาในการประเมินบทความวิจัย เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น และขอขอบคุณทีมบรรณาธิการที่เข้มแข็งที่ผลักดัน ติดตามงาน ทำให้วารสารดำเนินงานสำเร็จตามแผน

ขอเชิญชวนสมาชิกและบุคลากรสาธารณสุขที่มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และมีมิติอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข ส่งผลงานมาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา โดยวารสารออกปีละ 3 ปีๆ เช่นเคย ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> หรือส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th

วารสารฉบับนี้ยังคงประกอบด้วยสาระและความหลากหลายเช่นเคย ไม่ว่าจะเป็น ผลการให้โปรแกรมอบอุ่นร่างกายต่ออุณหภูมิแกนและอาการหนาวสั่นในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอด การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ผลลัพธ์การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด และการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ล้วนเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ขอเชิญท่านติดตามได้ภายในเล่มค่ะ พบกันใหม่ ฉบับหน้าค่ะ

ดร. ณวิวรรณ ศรีดาวเรือง
บรรณาธิการ

ผลของการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Received: 8 June 2021

Revised: 24 August 2021

Accepted: 30 August 2021

สุรางค์ ช่างเหล็ก พย.บ *

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤติและฉุกเฉินต้องให้การรักษาพยาบาลซึ่งมีอัตราการตายสูง การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (search out severity score: SOS Score) การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 คน ดำเนินการระหว่างวันที่ 2 มีนาคม 2563 ถึง 2 มีนาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน SOS Score 2) แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการใช้แบบประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีค่า KR เท่ากับ 0.83 แบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นของอัลฟาครอนบาค 0.86 ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาการใช้แบบประเมิน SOS Score มีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ 6.0 (IQR=3.0) คะแนนอยู่ระหว่าง 4-10 คะแนน ความรู้หลังการพัฒนามีค่ามัธยฐาน 10.0 (IQR=0.0) หลังการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าหลังการอบรมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมิน SOS Score อยู่ในระดับมากร้อยละ 72.0 โดยเฉพาะด้านการประสานงานที่ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และด้านการได้รับความไว้วางใจร้อยละ 72.0 ด้านการมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ร้อยละ 68.0 การใช้แบบประเมิน SOS Score สามารถใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยได้ทันทีนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสม

คำสำคัญ : แบบประเมิน SOS Score , ความรู้และทักษะในการใช้ SOS Score, งานพยาบาลผู้ป่วยใน

Effects of Knowledge and Skills Development of Professional Nurses in Assessing Patient with Sepsis. Inpatient Department Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province

Surang Changlek M.N.S.*

Abstract

Septicemia is a critical illness and emergency requiring medical care with a high mortality rate. The objectives of this action research were to study the knowledge and skills of professional nurses in using SOS Score in assessing patients with sepsis. Data were collected from 25 registered nurses. The study was conducted between March 2, 2020 to March 2, 2021, the research instruments consisted of the SOS Score assessment, The knowledge questionnaire and the practical skills assessments questionnaires had a KR value of 0.83, the satisfaction questionnaires with Alpha Cronbach 0.86. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, median, statistics for comparison of differences by wilcoxon matched pairs signed ranks test. Quality data analyzed by content analysis.

The results of the research revealed that Before the development of the SOS Score of the sample, it was found that the median of knowledge score was 6.0 (IQR = 3.0), the score was between 4-10 points. The knowledge score after 0.001). Skills of registered nurses in evaluating patients with sepsis It was found that after the training, there was a statistically development has a median of 10.0. (IQR = 0.0). After development, knowledge score was a statistically significant (p -value < significant. (p -value < 0.001). The satisfaction of professional nurses in using the SOS Score assessment form was at a high level of 72.0%, it was a good multidisciplinary coordination, 72.0 percent of the trust with the colleagues, 68.0 percent of participation in patient care planning with the physicians. The SOS Score can be used to assess the patient's symptoms promptly and leading to appropriate treatment.

Key words: SOS Score Assessment, knowledge and skills in using SOS Score, inpatient nursing Unit

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: surang_275@hotmail.co.th

บทนำ

สถานการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะเจ็บป่วย วิกฤติและฉุกเฉินต้องให้การรักษายาบาลเร่งด่วนเนื่องจากหากได้ รับการรักษาไม่ทัน่วงที จะมีอัตราการตายที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่ม ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ ของ sepsis ประมาณ 75-150 รายต่อ 100,000 ประชากร หรือมากกว่า 5,000-10,000 รายต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 62-73.95 ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะช็อก (septic shock) นำไปสู่ภาวะ อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ dysfunction) และเสียชีวิตในที่สุด อุบัติการณ์ดังกล่าวนี้อาจสูงขึ้นในปัจจุบันสูงขึ้น ในขณะที่อัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยที่สูงเช่นกัน แต่อุบัติการณ์ยังมีแนวโน้มมากขึ้นไปอีก 20 ปีข้างหน้าซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติที่ติดเชื้ออย่าง รุนแรง จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นประมาณ 4 เท่า¹ ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า การได้รับการรักษานอกหอผู้ป่วยวิกฤติ การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 3 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การได้รับยาปฏิชีวนะ ไม่เพียงพอ และการมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ซึ่งปัจจุบันมีการกำหนดเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เน้นกระบวนการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจน มีการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรวดเร็วภายในเวลาไม่ เกิน 6 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มตรวจพบ² ความหมายของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ(Sepsis) คือภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ หรือต่อ พิษของเชื้อโรคโดยทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วร่างกาย อาจเกิดการอักเสบที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกายหรือทั่วร่างกายก็ได้ ซึ่งการวินิจฉัย ภาวะพิษเหตุติดเชื้อนี้จะวินิจฉัยจากอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ (Systemic Inflammatory Response Syndrome=SIRS) ที่อาจพบอาการแสดง 2 ใน 4 ข้อ คือ 1)อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือ น้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส 2) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง / นาที 3) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง / นาที 4)ปริมาณเม็ดเลือดขาว มากกว่า 12,000เซลล์ ต่อ ลูกบาศก์มิลลิเมตรหรือน้อยกว่า4,000 เซลล์ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรหรือมีนิวโทรฟิลมากกว่าร้อยละ10³ ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เป็น ภาวะเจ็บป่วยวิกฤติและฉุกเฉินต้องให้การรักษายาบาลอย่างเร่งด่วนเนื่องจากหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงทีจะมีอัตราการตายสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงและนำไปสู่การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) การทำงานอวัยวะของ ร่างกายล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด⁴

ในปี พ.ศ. 2558-2562 จากข้อมูลรายงานภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดจังหวัดหนองคาย พบว่ามีอัตราตายจากภาวะติดเชื้อในกระแส เลือดต่อแสนประชากร คิดเป็นร้อยละ 36.18, 35.17, 36.60 , 34.09 และ 36.69 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ ได้รับเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักเพียง ร้อยละ 44.97 พบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชนแบบรุนแรง (Community –acquired Infection)ร้อยละ 19.98 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในโรงพยาบาล (Hospital -acquired Infection) ร้อยละ 39.27 เป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 50.71⁵ สำหรับข้อมูลโรงพยาบาลโพธิ์พิสัยงานพยาบาลผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยที่ติด เชื้อในกระแสเลือด(Sepsis and Septic shock) ในปี พ.ศ. 2561-2562 จำนวน 614 รายและ 586 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ป่วยเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 20 ราย นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล เสียชีวิตเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2ราย ต่อปี (4 ราย) ⁶ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุเบื้องต้นพบว่าการประเมินล่าช้า ถึงแม้ว่าจะมีการใช้ SOS score มาช่วยในการประเมินผู้ป่วยที่ สงสัยว่ามีภาวะ sepsis ในระยะเริ่มต้นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจาก sepsis และลด อัตราการเสียชีวิตแต่อัตราการติดเชื้อและการเสียชีวิตเฉลี่ยยังไม่ลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษา ผู้ป่วยต้องนอนรักษาใน โรงพยาบาลนานขึ้น ผลเสียต่อองค์กรต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาสูงขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยและญาติมีค่าใช้จ่ายในการเฝ้าติดตามดูแลอาการ เพิ่มขึ้น และหากมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมของ สมไสว อินทะขุบและคณะ⁷ ได้ ศึกษาประสิทธิภาพการใช้ MEWS (SOS Score) ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาล อุตรดิตถ์ พบว่า การใช้ SOS Score มีความสัมพันธ์กับภาวะอาการของผู้ป่วย และงานวิจัยพบว่าการนำแนวทาง SOS Score ไปใช้ในการประเมิน และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย Sepsis ก่อนถึงภาวะ Severe Sepsis and Septic Shock สามารถลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในผู้ป่วย Sepsisได้ และการศึกษาของจอร์จตัน เกิดโสฬส⁸ ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน พบว่าการ ประเมิน SOS Score อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple organ dysfunction syndrome : MODS) ช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้นทำให้ผู้ป่วยหายและจำหน่ายกลับบ้านได้ภายใน 4 วันและสิ่ง สำคัญที่พยาบาล จะต้องตระหนัก คือ การประเมินภาวะฉุกเฉิน การช่วยเหลืออย่างทันที การให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน จะสามารถดูแล ผู้ป่วย ครอบคลุมมากขึ้นและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย โดยทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care Team หรือ PCT) ได้มีการนำแบบประเมิน Search out severity score (SOS Score) มาใช้เพื่อประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งแบบประเมิน SOS SCORE ประกอบด้วย การ ประเมินค่าอุณหภูมิร่างกายเป็นองศาเซลเซียส ความดันโลหิตค่าบน (systolic) อัตราการเต้นของชีพจรในหนึ่งนาที อัตราการหายใจในหนึ่งนาที ระดับความรู้สึกตัวและปริมาณปัสสาวะต่อน้ำหนักตัวในช่วงเวลาที่กำหนด มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในการวินิจฉัย Early

warning sign หลังจากมีการนำ SOS Score มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้าสู่ภาวะวิกฤติได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้นที่สำคัญคือบุคลากรพยาบาลวิชาชีพใช้แบบประเมินอาการและให้คะแนน SOS Score ยังไม่เหมาะสม การให้ค่าคะแนนในแบบประเมิน SOS Score ไม่สัมพันธ์กับอาการผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้าจนเกิดภาวะวิกฤตและเสียชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย จึงสนใจศึกษาผลการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมิน SOS Score เพื่อนำสู่การค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (early recognition) ได้เร็วขึ้นนำสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยการศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมิน SOS Score ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้การศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ ของบลูม Bloom's Taxonomy ที่สรุปไว้ว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้ว เขาจะนำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติจนทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) มาใช้ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความรู้สามารถเกิดขึ้นจากความมุ่งมั่นร่วมใจที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ กระบวนการหาความรู้ใหม่ในลักษณะนี้ไม่จำเป็นต้องดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกเท่านั้น แต่สามารถสร้างกลไกเพื่อการสร้างความรู้ใหม่โดยผู้ปฏิบัติได้เอง โดยผู้วิจัยคาดหวังเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย มีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อการวินิจฉัย Early warning sign ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิสัย
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิสัย

ขอบเขตการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกการพยาบาลผู้ป่วยในหญิง 13 คน และพยาบาลวิชาชีพแผนกการพยาบาลผู้ป่วยในชาย 13 คน โรงพยาบาลโพธิสัย รวมทั้งหมด 26 คน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการดำเนินงาน ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่าง 2 มีนาคม 2563 ถึง 2 มีนาคม 2564 จำนวน 25 คน (คัดออกเนื่องจากลาคลอด 1 คน ระหว่าง 1 ตุลาคม 2563 - 31 ธันวาคม 2563)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เอกสารรับรองเลขที่ 39/2563 วันที่ 2 มีนาคม 2563

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score และเพื่อประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิสัย โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นศึกษาสถานการณ์ ขั้นปฏิบัติการ และขั้นประเมินผล ประชากรที่ศึกษาคัดเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกการพยาบาลผู้ป่วยในหญิง และพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโพธิสัย รวมทั้งหมด 25 คน ดำเนินการระหว่างวันที่ 2 มีนาคม 2563 ถึง 2 มีนาคม 2564 โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

รายการประเมิน/ คะแนน	3	2	1	0	1	2	3	เวลา/คะแนน SOS score				
ค่าอุณหภูมิกาย (องศาเซลเซียส)		≤35	35.1- 36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5						
ความดันโลหิต(ค่าบน) (มิลลิเมตรปรอท)	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	ใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต					
อัตราการเต้นของชีพจร ใน 1 นาที (ครั้งต่อนาที)	≤40		45-50	51-100	100-120	121-139	≥140					
อัตราการหายใจใน 1 นาที (ครั้งต่อนาที)	≤8	ใ ส่ เครื่องช ว ย หายใจ		9-20	21-25	26-35	≥35					

รายการประเมิน/ คะแนน	3		2	1	0	1	2	3	เวลา/คะแนน SOS score				
ระดับความรู้สึกตัว				สับสน กระสับ กระส่ายที่ เพ่ง เกิดขึ้น	ตื่นดี พุดคุยรู้ เรื่อง	ซึม แต่ เรียกแล้ว ลืมตา	ซึม มาก ตื่น อก กระทบ ถึงลืมตา	ไม่รู้สึกตัวแม้ จะกระตุ้น					
ปริมาณปัสสาวะ/วัน ปริมาณปัสสาวะ/8ชม ปริมาณปัสสาวะ/4ชม ปริมาณปัสสาวะ/1ชม (มิลลิกรัม)			≤500 ≤160 ≤80 ≤20	501-999 161-319 81-159 21-39	≥1,000 ≥320 ≥160 ≥40								
ออกซิเจนในกระแสเลือด (%)		KEEP Oxygen 98-100 %											

1.ขั้นวางแผน (Plan) มีกระบวนการ ดังนี้ 1) ศึกษาวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงานเกี่ยวกับความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score เพื่อ ในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ชัย 2) ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และค้นข้อมูลสภาพปัญหา 3) จัดประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยในให้เห็นความสำคัญของการใช้แบบประเมิน SOS score เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยและเป็นสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาทันที่ และลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต หลังจากนั้นกำหนดวิธีการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติการใช้แบบประเมิน SOS SCORE นำแบบประเมิน SOS score มาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำไปใช้และสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความรู้และทักษะ ความพึงพอใจหลังการพัฒนา และวางแผนการนิเทศติดตามประเมินผล

2.ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action) มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้แบบประเมิน SOS score โดยกำหนดให้ใช้แบบประเมิน SOS SCORE ในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกเริ่ม ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทุกรายที่แผนกการพยาบาลผู้ป่วยใน 2) มอบหมายงานและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการใช้แบบประเมิน SOS score ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละเดือนของงานการพยาบาลผู้ป่วยในชายและงานการพยาบาลผู้ป่วยในหญิง ดัง ตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง แนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามค่าคะแนนที่ประเมินได้ตามแบบประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลโพธิ์ชัย (Search Out Severity score: SOS score)

ค่าคะแนนตามผลการประเมิน	แนวทางในการดูแล	บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
ผลการประเมิน 1-3 คะแนน	- บันทึกสัญญาณชีพ,บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก ,ประเมิน SOS score ตามปกติ (ทุก 4 ชั่วโมง)	พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้	พิจารณารายงานแพทย์ตามความเหมาะสม
ผลการประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน	-บันทึกสัญญาณชีพ,บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก ,ประเมิน SOS score ทุก 15-30 นาที -ย้ายผู้ป่วยมาอยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด -ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแย่ลง เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นต้น	พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร รายงานแพทย์เจ้าของไข้	ถ้าพบสาเหตุเกิดจากSepsisให้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติติดตามอาการ ผู้ป่วยทุก 15-30 นาทีจน SOS score น้อยกว่า 4 หรือ จนกว่าแพทย์บอกว่าอาการคงที่และให้ติดตามอาการทุก 1 ชั่วโมง อีก 4 ชั่วโมง หรือ จนSOS Score น้อยกว่า4

ค่าคะแนนตามผลการประเมิน	แนวทางในการดูแล	บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
		หรือแพทย์เวร	- ติดตามอาการประเมิน SOS Score ทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง - ติดตามอาการประเมิน SOS Score ทุก 8 ชั่วโมงจนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

3) การติดตามและทบทวนการปฏิบัติ โดยมอบหมายให้พยาบาลที่ทำหน้าที่จำหน่ายผู้ป่วย ประจำแผนกผู้ป่วยในรวบรวมแบบประเมิน SOS score และ แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG Sepsis)¹⁰ โดยทำการรวบรวมทุกเวร เพื่อนำมาสรุปภาพรวมการปฏิบัติของงานการพยาบาลผู้ป่วยในชายและหญิง และรวบรวมรายงานการปฏิบัติตามเวชปฏิบัติและการใช้ SOS Score ทุกสิ้นเดือนเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งเกิดจากการปฏิบัติงานจริงตามแผนที่วางไว้

3.ขั้นประเมินผล มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) ประเมินความรู้การใช้แบบประเมิน SOS score ในกลุ่มตัวอย่าง ประเมินทักษะการปฏิบัติตามแบบประเมิน SOS score โดยผู้ช่วยผู้วิจัย (ทุกครั้งที่มีการใช้แบบประเมิน) ประเมินความพึงพอใจการใช้แบบประเมิน SOS score 2) การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ สังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรม 3) ทบทวนอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการทุลงและได้รับการรักษา และนำมาตรวจสอบการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยวันละ 1 ราย เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น และสรุปรายงานทุกเดือนสะท้อนปฏิบัติงานบนพื้นฐานข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริง โดยใช้กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการสังเกตบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในชายและผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงซึ่งเป็นกลุ่มประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เครื่องมือการวิจัยสำหรับวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

1.1 แบบสอบถามความรู้ในการใช้แบบประเมิน SOS Score เพื่อประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นแบบประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต แบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ โดยการให้คะแนน ได้แก่ ตอบ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ใช้ประเมินความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา

1.2 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติตามแบบประเมิน SOS Score จำนวน 15 ข้อ โดยการให้คะแนน ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เท่ากับ 0 คะแนน ใช้ประเมินทักษะการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนา โดยมีเกณฑ์ การแปลค่าคะแนนดังนี้¹¹ ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 0-59 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80-100

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจ การใช้แบบประเมิน SOS score จำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ในการทำงาน

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ การใช้แบบประเมิน SOS score ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบเป็น 5 ระดับของ ลิเคิร์ท¹² มีทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน พึงพอใจมาก ให้ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ให้ 3 คะแนน พึงพอใจน้อย ให้ 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลระดับความพึงพอใจ กำหนดเป็นช่วงคะแนนเฉลี่ยโดยใช้อันตรภาคชั้น¹³ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพอใจ ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

2.เครื่องมือการวิจัยสำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 แบบสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึกพยาบาลวิชาชีพ งานพยาบาลผู้ป่วยในชาย และงานพยาบาลผู้ป่วยในหญิง โดยใช้คำถามแบบปลายเปิด (Open end) จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย 1) การใช้แบบประเมิน SOS Score ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง 2) แบบประเมิน SOS Score ช่วยในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างไรบ้าง 3) ท่านคิดว่าการใช้แบบประเมิน SOS Score มีปัญหา อุปสรรค อย่างไร 4) ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นๆที่ท่านต้องการได้รับจากแบบประเมิน SOS Score อะไรบ้าง

2.2 แบบสังเกต โดยการสังเกตพฤติกรรมและการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงหลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะได้รับการประเมินและดูแลโดยใช้ SOS Score ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of item objective congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นแพทย์ด้านอายุรกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.67-1.00 นำแบบสอบถามที่หาค่าอำนาจจำแนกแล้วมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่า KR และค่า สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค¹⁴ โดยได้ค่า KR 0.83 และค่า อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86

การการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัย และลงชี้แจงโครงการแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

2.1 สนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์ พร้อมทั้งเก็บข้อมูลความรู้ ทักษะการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างดำเนินการในวันที่ 1 เมษายน 2563 -30 เมษายน 2563

2.2 การพัฒนาทักษะโดยการประชุมให้ความรู้ ชี้แจงรายละเอียดความหมายตลอดจนขั้นตอนการใช้แบบประเมิน SOS Score และใช้ผู้ป่วยจริงในการสาธิตการใช้แบบประเมินที่ถูกต้อง โดยเชิญอายุรแพทย์ร่วมกับผู้วิจัยเป็นวิทยากร หลังจากนั้นการให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ โดยดำเนินการในแผนกผู้ป่วยในชายวันที่ 8 พฤษภาคม 2563 แผนกผู้ป่วยในหญิงวันที่ 11 พฤษภาคม 2563

2.3 การนำแบบประเมิน SOS Score ไปใช้จริงในแผนกผู้ป่วยใน เป็นเวลา 6 เดือน โดยใช้ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 ถึง 30 พฤศจิกายน 2563 ในขั้นตอนนี้จะมีผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูลการใช้แบบประเมินของกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบประเมินทักษะ และแบบบันทึกที่ได้จากการสังเกต

2.4 หลังจากใช้แบบประเมิน SOS Score เป็นเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยประเมินผลโดย การสนทนากลุ่ม และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ประเมินความรู้ และการประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการในวันที่ 15 ธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตีความ สรุปความ
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความรู้และทักษะในการใช้ SOS Score เพื่อประเมินผู้ป่วยติดเชื้อ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ
- 3) การวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้เครื่องมือแบบประเมิน SOS score ในการประเมินและดูแลผู้ป่วย sepsis ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.0 อายุ 26 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 29.8 ปี (SD.=5.9) ต่ำสุด 23 ปี และสูงสุด 44 ปี สถานภาพสมรส เป็นโสด ร้อยละ 72.0 รองลงมาสมรสแล้ว ร้อยละ 24.0 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้ป่วยใน 1-9 ปี ร้อยละ 68.0 รองลงมา 10-19 ปี ร้อยละ 24.0 ตามลำดับ

2. ความรู้และทักษะในการใช้แบบประเมิน SOS score เพื่อประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิสัย

2.1 ความรู้พยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score รายข้อ ก่อนและหลังพัฒนาความรู้

ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาความรู้ พบว่า ข้อคำถามความรู้ในการใช้ SOS Score รายข้อ กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบถูกต้องทุกข้อคำถาม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบความรู้ในการใช้แบบประเมิน SOS Score ถูกต้องก่อนและหลังการพัฒนาความรู้ (N=25)

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. แบบประเมิน SOS Score ประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความรู้สึก และปริมาณปัสสาวะ	25	100.0	25	100.0
2. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ โดยวินิจฉัยเมื่อมีการติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด	24	96.0	25	100.0

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) คือการวินิจฉัยร่วมจากอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเกิดติดเชื้อ ที่พบอาการแสดง 2 ใน 4 ข้อ คือ 3.1 อุณหภูมิร่างกาย >38 องศาเซลเซียส หรือ < 36 องศาเซลเซียส 3.2 อัตราการเต้นของหัวใจ > 90 ครั้ง / นาที 3.3 อัตราการหายใจ > 20 ครั้ง / นาที 3.4 ปริมาณเม็ดเลือดขาว > 12,000 cell/mm ³ หรือ < 4,000 cell/mm ³	22	88.0	25	100.0
4. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่วิกฤต	25	100.0	25	100.0
5. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะได้รับการดูแลและประเมินโดยใช้แบบประเมิน SOS score จนอาการดีขึ้นจำหน่ายกลับบ้าน	9	36.0	25	100.0
6. การติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้แก่ ภาวะช็อก ไตวาย การทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด	23	92.0	25	100.0
7. เมื่อประเมิน SOS score ได้ 1-3 คะแนน ให้หยุดประเมิน SOS score	14	56.0	25	100.0
8. กรณีประเมิน SOS score ได้ ≥ 4 คะแนน ให้พยาบาลหัวหน้าเวร รายงานแพทย์ทราบทันที พิจารณาย้ายผู้ป่วยมาอยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด	22	84.6	25	100.0
9. กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำทางเหนือยอ่อนเพลีย ซึมแต่เรียกแล้วลืมตา มีอุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส , On Levophed (1:25) vein drip 5 ml/hr , อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที , อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง / นาที , ความดันโลหิต 110/60mmHg , On O2 with Canular 5 l/min เสร็จเข้าปัสสาวะสะดวก มีสีเหลืองฟางดวงได้ 400 ซีซี ประเมิน SOS score แล้วสังเกตอาการต่อ				
10. ในผู้ป่วยที่ประเมิน SOS score ได้คะแนน < 4ครบ 24 ชั่วโมงแรก ให้ Monitor ทุก 8 ชั่วโมง จนผู้ป่วยอาการดีขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน	11	44.0	25	100.0

2.2 การเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างของคะแนนทักษะในการประเมิน SOS Score ก่อนและหลังการอบรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้พยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

คะแนนความรู้พยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Z	p-value
ก่อนพัฒนา	25	7	1.8	-4.145	< 0.001
หลังพัฒนา	25	10	0.0		

3 ความพึงพอใจในแบบประเมิน SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพ

3.1 ความพึงพอใจในแบบประเมิน SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 24.0 และระดับต่ำร้อยละ 4.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 58.1 คะแนน (SD.=8.1) ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด 30 : 71.0

3.2 ความพึงพอใจในแบบประเมิน SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพรายข้อ ผลการศึกษา ความพึงพอใจในแบบประเมิน SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพรายข้อ พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุ “พึงพอใจในระดับมาก” เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหน่วยงาน ร้อยละ 76.0 รองลงมาคือ การประสานงานที่ระหว่างสหสาขา และการได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน เท่ากันคือ ร้อยละ 72.0 เมื่อใช้แบบประเมิน SOS Score ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ร้อยละ 68.0 และความมีอิสระในการ

ใช้ความรู้เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 64.0 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุ “พึงพอใจในระดับปานกลาง” ได้แก่ ความยุ่งยากในการใช้แบบประเมิน SOS ร้อยละ 48.0 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของ ระดับความพึงพอใจในแบบประเมิน SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพรายข้อ (N=25)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน/ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.หัวหน้าหน่วยงานอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน	9(36)	13(52)	2(8)	-	1(4)
2.หัวหน้าหน่วยงานมีส่วนช่วยส่งเสริมในการใช้แบบประเมิน SOS Score ในการดูแลผู้ป่วย	8(32)	11(44)	5(20)	-	1(4)
3.หน้าที่ความรับผิดชอบและปริมาณงานเหมาะสม	2(8)	14(56)	8(32)	-	1(4)
4.ความราบรื่นในการทำงาน	3(12)	12(48)	9(36)	-	1(4)
5.การประสานงานที่ดีระหว่างสหสาขาวิชาชีพ	4(16)	18(72)	2(8)	-	1(4)
6.มีบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน	5(20)	15(60)	4(16)	-	1(4)
7.ความกระตือรือร้นในการทำงาน	3(12)	14(56)	7(28)	-	1(4)
8.การได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน	3(12)	18(72)	3(12)	-	1(4)
9.ความมีสัมพันธภาพที่ดีในหน่วยงาน	6(24)	15(60)	3(12)	-	1(4)
10.การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหน่วยงาน	2(8)	19(76)	3(12)	-	1(4)
11.การยอมรับในการใช้แบบประเมิน SOS Score	9(36)	10(40)	6(24)	-	-
12.ความมีอิสระในการใช้ความรู้เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	6(24)	16(64)	3(12)	-	-
13.ความยุ่งยากในการใช้แบบประเมิน SOS score	1(4)	9(36)	12(48)	3(12)	-
14. เมื่อใช้แบบประเมิน SOS Score ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์	1(4)	17(68)	7(28)	-	-
15.ผู้ป่วยได้รับการดูแลและแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงที	5(20)	15(60)	5(20)	-	-

4. แนวทางการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score

ผลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกประเด็นแนวทางการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score จากการใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่มีข้อความ จำนวน 5 ข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะและการแสดงความคิดเห็นตามประเด็นข้อความ ดังนี้

4.1 ผลการใช้แบบประเมิน SOS Score

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูล เกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน SOS SCORE ดังนี้ 1) การใช้แบบประเมินจะสามารถประเมินอาการได้รวดเร็วทันทั่วทั้งที่สามารถสื่อสารกับแพทย์ได้เข้าใจง่าย ตีความ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากประเมินผู้ป่วยได้เร็วขึ้น 2) ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตทันทั่วทั้งทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการแย่งได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมและรวดเร็ว 3) แบบประเมินมีความเหมาะสมเข้าใจง่าย เป็นเครื่องมือในการจำแนกประเภทผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และ 4) ประเมินนี้จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการแย่ง

4.2 ประโยชน์ของแบบประเมิน SOS Score

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูล เกี่ยวกับประโยชน์ของแบบประเมิน SOS Score ดังนี้ 1) แบบประเมินมีส่วนช่วยให้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและเหมาะสม 2) ช่วยให้พยาบาลประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้ ทำให้รายงานแพทย์รักษาและแก้ไขภาวะวิกฤตได้เร็วขึ้น 3) ประเมินอาการที่แย่งและรายงานแพทย์ได้เร็วขึ้น เช่น SOS>4 ผู้ป่วยปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และ 4) ช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจของพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิต

4.3 ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แบบประเมิน SOS Score

ปัญหาอุปสรรคจากข้อค้นพบจากกลุ่มตัวอย่างสรุปได้ดังนี้ 1) ช่องสำหรับลงบันทึกผลการประเมินค่อนข้างมาก ทำให้รวมคะแนนไม่ครบ 2) ผู้ประเมินยังไม่สามารถจดจำหลักเกณฑ์ในการรวมคะแนนได้ ทำให้ภาระงานในการบันทึกของพยาบาลเพิ่มขึ้น การทำงานช้าลง ทำให้บางครั้งไม่ได้ประเมิน SOS Score และมีบางรายประเมินแต่ไม่ได้บันทึก

4.4 ข้อเสนอแนะอื่นๆที่ต้องการได้จากแบบประเมิน SOS Score

สำหรับข้อเสนอแนะอื่นๆที่ต้องการได้จากแบบประเมิน ได้แก่ 1) กรณีผู้ป่วยอาการคงที่ควรหยุดประเมิน SOS Score (2) บางเวอร์ไม่ได้บันทึก SOS Score และ 3) มีความซ้ำซ้อนกับการบันทึกสัญญาณชีพ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SOS Score เพื่อประเมินผู้ป่วย ดัดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยอำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษา พบว่า 1) หลังการพัฒนาความรู้และทักษะ พบว่า ข้อคำถามความรู้และทักษะในการใช้ SOS Score รายข้อ กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องทุกคน ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของ จิตรลดา พิมพ์ศม¹⁵ และผลการศึกษาของอุไรวรรณ แก้วเพชร¹⁶ และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Orem¹⁷ (1985) ที่พบว่าบุคคลเมื่อได้รับความรู้แล้วทักษะการปฏิบัติจะดีขึ้น 2) หลังการพัฒนาสมรรถนะกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาดาวลัย ฤทธิกล้า¹⁸ ที่พบว่าเมื่อมีการพัฒนาสมรรถนะแล้วคะแนนการอบรมจะเพิ่มขึ้นแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการพัฒนา และงานวิจัยของสาคร เสริญโฮง¹⁹ ที่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะจะส่งผลต่อความรู้ของผู้ที่เข้ารับการอบรม 3) ความพึงพอใจในแบบประเมิน SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพที่รายข้อ พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุ “พึงพอใจในระดับมาก” เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหน่วยงาน สอดคล้องการศึกษาของมณฑนา จิระกังวาน²⁰ รองลงมาคือ การประสานงานที่ระหว่างสหสาขาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา วิราวรรณ เมืองอินทร์²¹ และการได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ และ จันทนา แพงบุตติ²² ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลสุรินทร์ควมมีอิสระในการใช้ความรู้เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุ “พึงพอใจในระดับปานกลาง” ได้แก่ ความยุ่งยากในการใช้แบบประเมิน SOS

สำหรับการใช้ SOS Score เพื่อประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ก่อนการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพการใช้ SOS Score เพื่อประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากข้อมูลที่เก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ปี 2562 มีจำนวน 474 ราย ได้รับการดูแลและประเมินโดยใช้ SOS Score จำนวน 390 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.27 เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล เช่น อาการแสบ ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลหนองคายจำนวน 72 ราย ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 40 ราย เสียชีวิต 5 ราย รักษาหายจำหน่ายกลับบ้านจำนวน 357 ราย และหลังการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพการใช้ SOS Score เพื่อประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากข้อมูลที่เก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ปี 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 634 ราย ได้รับการดูแลและประเมินโดยใช้ SOS Score จำนวน 628 รายคิดเป็นร้อยละ 99.05 เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลมีอาการแสบ และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลหนองคายจำนวน 43 ราย มีระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 30 ราย เสียชีวิต 3 ราย รักษาหายจำหน่ายกลับบ้านจำนวน 558 ราย จากการผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแล โดยใช้ SOS Score อย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงแรกตามข้อบ่งชี้ และทุก 8 ชั่วโมงจนจำหน่ายกลับบ้าน ดังนั้นจากผลการวิจัยจึงควรมีการจัดการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพทั่วทั้งโรงพยาบาล และจัดให้มีการติดตามการใช้ SOS score อย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้ได้กับผู้ติดเชื้อทางกระแสเลือดรุนแรง รวมทั้งเป็นข้อมูลต่อผู้บริหารในการกำหนดเป็นนโยบายในการ ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ควรมีการเสริมแรงพัฒนาศักยภาพ สร้างความตระหนักแก่ทีมผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความ ยั่งยืนในการปฏิบัติตามรูปแบบ

2) ควรส่งเสริมการปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยที่ติดเชื้อโดยใช้ SOS SCORE อย่างต่อเนื่อง ผลักดันให้มีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างถาวร และควรขยายผลให้หน่วยงานอื่นๆ นำไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล มีการจัดระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3) ควรส่งเสริมให้มีการใช้ระบบสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตช่วยให้พยาบาลตัดสินใจ วางแผนการดูแลและปรึกษาทีมที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันที่ที่ ผู้ป่วยปลอดภัยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยในระยะยาวโดยมีการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่องและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

2) ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่จะมีผลต่อการประเมินผู้ป่วยที่ติดเชื้อโดยใช้ SOS SCORE และศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการนา SOS score มาใช้ และเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังรับการพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงน้ำฝน เสาวภาคย์ไพบุลย์ อายุรแพทย์และประธาน Service Plan สาขา Sepsis โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดหนองคาย วิทยากรให้ความรู้วิชาการ Update SEPSIS IN 2020 ดร.เทพไทย โชติชัย วิทยากรจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ดร.ชลกร ทรงศรี วิทยากรจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดอุดรธานี ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัยและนางภรต สุพน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพธิ์ชัย อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดหนองคาย ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Multiple Organ Dysfunction Syndrome in Sepsis (Updated: Jan 27, 2020) สืบค้นได้จาก <http://emedicine.medscape.com/article/169640-overview> เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563
2. Early Detection and Treatment of Sepsis สืบค้นได้จาก <https://www.google.com/search?q=early+detection> เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563
3. Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) Updated: Nov 12, 2020 สืบค้นได้จาก <http://emedicine.medscape.com/article/169640-overview> (2014, may 28) เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563
4. นนทรรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิกการ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้. มกราคม - เมษายน 2563; 7(1):321-322
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2561 -2565. เอกสารอัดสำเนา. จังหวัดหนองคาย ; 2561
6. โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย. เวชระเบียนผู้ป่วยใน ปี 2561 -2562 . จังหวัดหนองคาย: เอกสารอัดสำเนา; 2563.
7. สมไสว อินทะสุข. ประสิทธิภาพการใช้ MEWS (SOS Score) ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี. มกราคม -เมษายน 2560; 25(1). 90-91
8. จุริรัตน์ เกิดโสฬส. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังหิน อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. มกราคม - เมษายน 2563; 3(1):58-62
9. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. การวิจัยเชิงปฏิบัติ. สืบค้นได้จาก. <https://th.wikipedia.org/wiki> เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563
10. โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย . แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. เอกสารอัดสำเนา. หนองคาย; 2563.
11. Bloom.B.S. (1968). Mastery learning. UCLA-CSEIP Evaluation Comment. 1 (2) Los Angeles. University of California at Los Angeles สืบค้นได้จาก <https://www.google.com/search?q=bloom+taxonomy> เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2563
12. Likert Rating Scale. สืบค้นจาก <https://www.google.com/search?q=likert+rating+scale>. เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2563
13. Best W. John. 1977 สืบค้นจาก <https://www.google.com/search?q=best+w.+john.+1997>. เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2563
14. Cronbach, L.J. (1990). Essentials of psychological testing. (5th ed.). New York: Harper & Row. pp. 202-204.
15. Yamane, Taro. (1967). Statistics An Introductory .. สืบค้นจาก <https://www.google.com/search?q=%28Cronbach.+1990%2C+pp.+202-206>. เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2563
16. จิตตรดา พิมพ์สน. เปรียบเทียบผลการใช้ Search out severity score (SOS) กับ Modified Early Warning Score (MEWS) ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. การเสนอผลงานวิชาการ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู; 2561.
17. อุไรวรรณ แก้วเพชร. ประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้ระบบสัญญาณเตือน (Modified Early Warning Score:MEWS)ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสีกี้ จังหวัดนครราชสีมา .วารสารวิชาการแพทย์เขต11. มกราคม-มิถุนายน. 2564; 35(1). 3-9
18. Orem17 (1985) สืบค้นจาก https://www.google.com/search?q=Orem17+%281985%29+&ei=MhpSYMi9F_ye4-EPwuaruAM&oeq=Orem17 เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2563.
19. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า .ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตต่อการย้ายเข้า หอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. มกราคม –เมษายน 2559; 1(1):7-10

- 19.สาคร เจริญไธสง . ผลของการใช้ระบบModified Early Warning Score(MEWS) ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต(Sepsis) ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านฝ้อ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.พฤษภาคม- สิงหาคม2562; 27(2)228-229.
- 20.มณฑา จิระกังวาน , ชลิตา จันทพา และ เพ็ญภา บุบผา การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง.วารสารกองการพยาบาล. กันยายน-ธันวาคม 2558; 42 (3). 17-18
- 21.วิราวรรณ เมืองอินทร์ และ บุษบา อัครวนสกุล. ผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. มกราคม - มีนาคม 2563 :43(1).101-102
22. ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ ,สุนันญา พรหมตวง และ จันทนา แพงบุตตี . การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. มกราคม - มิถุนายน 2562; 6 (1).39-43

ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระดับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกนัดผ่าคลอดที่ โรงพยาบาลหนองคาย

Received: 18 June 2021
Revised: 3 August 2021
Accepted: 30 August 2021

ฐิตารีย์ อิงไธสง พย.บ *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนระดับความรู้สึกต่อความรู้และปฏิบัติตัว
ของหญิงครรภ์แรกที่แพทย์นัดผ่าคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562 - มิถุนายน 2563
จำนวน 30 คน โปรแกรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลโดยพยาบาลและรับชมสื่อวีดิทัศน์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เก็บข้อมูล
โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดความรู้ด้านการระงับความรู้สึกและการ
ผ่าคลอด และ (3) แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวก่อนและขณะให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ดัชนี
ความตรงของเนื้อหา .86 ค่าความเที่ยงโดยการใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเที่ยง .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ
ทดสอบที่ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อม หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้นทุกคน ร้อยละ 100 มีค่าเฉลี่ยของ
คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวถูกต้องทั้งหมดเฉลี่ย-ร้อยละ 96.30
ดังนั้น การใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระดับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังนี้ เป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อใช้ในการเตรียมความ
พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพิ่มพูนความรู้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

คำสำคัญ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง, โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด, พฤติกรรมการปฏิบัติตัว,
ความรู้, Cesarean section, Spinal anesthesia, สื่อวีดิทัศน์

The effectiveness of using pre-anesthetic preparation program on knowledge and behavior of primigravida mothers receiving spinal anesthesia for Cesarean section

Titaree Ingthaisong B.N.S

Abstract

This Quasi-Experimental research aimed to study the results of pre-anesthetic preparation program on improving
the knowledge and behavior of the 30 primigravidas scheduled with the cesarean section under spinal anesthesia at a
North Eastern hospital from July 2019 to June 2020. The pre-anesthetic preparation program includes the nurses visiting
and giving instructions about the procedure, along with providing subtitled informative videos, approved by 5 experts,
contained information about spinal anesthesia. In this study, personal information, knowledge evaluation, pre and
undergoing anesthesia behavior are collected. The contents validity index of the videos was 0.86. The KR20 formula for
confidence and stability was 0.72. The data were analyzed by descriptive analysis and paired t-test. The results showed
that all primigravidas had better understanding about cesarean section under spinal anesthesia. 100% of the samples
had significantly scored higher after the preparation program ($p < 0.001$) and 96.30% was able to behave perfectly as
instructed. To conclude, the pre-anesthetic program is another option to help prepare for operations involving spinal
anesthesia.

Key words: Cesarean section, Spinal Anesthesia, Pre-operation program, Behavior, Knowledge

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Titareeing@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีข้อบ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร⁽¹⁾ จากการศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี 2533-2557 มีการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2557 โดยอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดคือร้อยละ 40.5 ส่วนเอเชียร้อยละ 19.2 แต่มีอัตราการผ่าตัดคลอดรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.1 คิดเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีอัตราการเพิ่มการผ่าตัดคลอดเฉลี่ยต่อปีสูงสุด คือร้อยละ 6.4 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี⁽²⁾ ในประเทศไทยมีอัตราผ่าตัดคลอดร้อยละ 14.8 ในปี พ.ศ. 2533 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ในปี พ.ศ. 2557⁽³⁾ สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควร เป็นร้อยละ 10-15⁽⁴⁾ ในส่วนของโรงพยาบาลหนองคาย หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ในปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 53.84, 56.75 และ 54.56 ตามลำดับ นับเป็นการผ่าตัดที่มารับบริการทางวิสัญญีสูงเป็นอันดับ 1 ของทุกปี⁽⁵⁾

การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลอดนั้นมีความซับซ้อนมากกว่าการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค สรีรวิทยา เกสวิทยาของมารดาตั้งครรภ์และผลของการให้ยาระงับความรู้สึกต่อทารกในครรภ์⁽⁶⁾ การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน หรือการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด เป็นวิธีที่นิยมมากกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว⁽⁷⁾ เนื่องจากปลอดภัยและระงับปวดหลังผ่าตัดได้ดี แต่โดยทั่วไปหญิงครรภ์แรกมักมีความวิตกกังวล กลัวไม่พื่นจากสลบ กลัวเป็นอัมพาตหลังจากให้ยาระงับความรู้สึก กลัว ความเจ็บปวดขณะผ่าตัด กลัวความไม่ปลอดภัย กลัวลูกได้รับอันตรายจากยาระงับความรู้สึก⁽⁸⁾

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความสำคัญมาก สามารถเพิ่มพูนความรู้ นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง^(9,10) ทั้งยังส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด⁽¹¹⁾ และช่วยลดความเครียด ลดความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดของผู้ป่วยลงได้⁽¹²⁾ เดิมการให้คำปรึกษาหรือให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยวิธีการพูดด้วยวาจา ที่ผ่านมาพบปัญหาผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวล โดยเฉพาะเรื่องชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึกและความเสี่ยงของการระงับความรู้สึก มีความตื่นเต้น กลัว มีอาการเกร็ง ไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้แพทย์ทำการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนได้ยาก ใช้เวลานาน และต้องทำหัตถการหลายครั้ง ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์ ถ่ายภาพจากเหตุการณ์จริงประกอบคำบรรยายและแสดงภาพให้เห็นในทุกขั้นตอนของการเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึก ขั้นตอนการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง การจัดทำที่ถูกต้องเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน เป็นแรงจูงใจที่กระตุ้นให้เกิดกระบวนการรับรู้ข้อมูลและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติให้ถูกต้อง ส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนให้มีความร่วมมือ เพื่อให้ปลอดภัยจากการระงับความรู้สึกได้⁽¹³⁾ การใช้แบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยการให้ข้อมูลโดยการผ่านสื่อวีดิทัศน์หรือการให้ข้อมูลผ่านสื่อใน รูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อภาพพลิก คู่มือเทปบันทึกเสียง หรือมีการผสมผสานกันหลายๆ วิธี สามารถสร้างการเรียนรู้การรับรู้และทำความเข้าใจให้เกิดแก่ผู้ป่วยได้ดีและชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าการให้ ข้อมูลด้วยการสอนด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว⁽¹²⁾

จากปัญหาความวิตกกังวล การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และไม่ให้ความร่วมมือในการระงับความรู้สึก ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการเตรียมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังนี้ และทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมต่อความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัวของหญิงครรภ์แรก

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

(1) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังต่อความรู้ของหญิงครรภ์แรกนัดผ่าตัด

(2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวของหญิงครรภ์แรกนัดผ่าตัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ให้ยาระงับความรู้สึกเข้าทางช่องไขสันหลังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเรื่องการเตรียมความพร้อมสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มาตัดคลอดทางหน้าท้องแบบนัดล่วงหน้า เข้าพักเพื่อการเตรียมความพร้อม ณ ห้องพิเศษ สูติ - นรีเวชกรรม หรือห้องคลอด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 - 30 มิถุนายน 2563 ระยะเวลา 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของสถิติที่ศึกษา (Power analysis) ตามCohen (1992)⁽¹⁴⁾ ด้วยโปรแกรม G power 3.1.9.4 ⁽¹⁵⁾ และกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าพารามิเตอร์ ดังนี้ ค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 คำนวณค่าอิทธิพลจากงานวิจัยของ บุญธิดา ลิมาพงษ์ภัสและคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งได้ศึกษาผลของการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อ ความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง จำนวน 60 คน พบว่าการปฏิบัติตนหลังการสอน สุขศึกษาคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.97 (SD=0.18) และคะแนนเฉลี่ยกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 3.57 (SD=0.63) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.7 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) เท่ากับ 0.05 คำนวณโดยเลือก Test family ในที่นี้เลือก t tests วิธีการทดสอบทางสถิติ (Statistical test) เป็น Mean: difference between two dependent means (matched pairs) เลือก Type of power analysis เป็น A Priori: Compute required sample size - given α , power and effect size ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก ตามคำแนะนำการการปรับขนาดสัดส่วนของอรุณ จิรวรรณกุล⁽¹⁷⁾ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา และเป็นตัวแทนประชากร จึงมีการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อสูญเสียหรือถอนตัว (Drop out) ร้อยละ 10 เป็นการนำผู้สูญหายจากการติดตามมาร่วมวิเคราะห์ ตามสูตรการปรับขนาดสัดส่วน ดังนี้

$$\text{แทนค่าในสูตร } n_{\text{nds}} = \frac{n}{(1-D)^2}$$

โดยที่ n = ขนาดที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

n_{nds} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

D = สัดส่วนข้อมูลขาดหายไป/การสูญเสีย

$$n_{\text{nds}} = \frac{24}{(1-0.1)^2}$$

$$= 29.63$$

ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการแจ้งชื่อรายการผ่าตัดก่อนล่วงหน้า 1 วัน
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสาร อ่านออกเขียนหนังสือได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยินหรือการมองเห็น
4. ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกและเกณฑ์การยุติการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการผ่าตัดก่อนวันนัด
2. หญิงตั้งครรภ์กำลังเจ็บครรภ์
3. แพทย์ลงความเห็นเปลี่ยนวิธีการระงับความรู้สึกเป็นแบบดมยาสลบ
4. ขอยุติการเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด เป็นเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยการบรรยายด้วยวาจา และให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เอกสารแผ่นพับ และ พร้อมทั้งทบทวนซ้ำในวันผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างสื่อวีดิทัศน์จากการศึกษาค้นคว้าจากตำราวิสัญญีวิทยา การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางปฏิบัติการเตรียมพร้อมก่อนระงับความรู้สึกของราชวิทยาลัยวิสัญญี โดยมีขั้นตอนในการจัดทำสื่อวีดิทัศน์ ดังนี้

1. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการให้ข้อมูล การประเมิน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการจัดทำสื่อวีดิทัศน์ จากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. เขียนแผนการให้ข้อมูล เรื่อง การเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย กลไกการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เทคนิคการให้ระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย โดยมีองค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนของการรักษา การเตรียมก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด การเลือกชนิดการระงับความรู้สึก และการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับก่อน ขณะและหลังการระงับความรู้สึก

2.2 ข้อมูลบอกความรู้สึก (sensory information) อธิบายถึงสภาพหรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบ โดยความรู้สึกมาจากการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังแล้ว จะเกิดอาการชา ขาขยับไม่ได้ หรืออาการหมดความรู้สึกเฉพาะส่วนล่าง ตั้งแต่ใต้ล้นปัสมา และอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น หายใจไม่สะดวก อึดอัด หรือจุกแน่นหน้าอกขณะผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาการชาหายไปอาจเกิดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น

2.3 ข้อมูลการให้คำแนะนำ ส่งที่ควรปฏิบัติ (behavioral and coping instruction) อธิบายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเอง และวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การงดน้ำงดอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด การทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด การจัดทำที่เหมาะสมในการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง การบอกระดับการชา การนอนราบ การบริหารร่างกายหลังผ่าตัด การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคการผ่อนคลาย การจัดการความเจ็บปวด อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นที่ต้องแจ้งแพทย์ เป็นต้น

2.4 ข้อมูลการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญความเครียด (coping skills information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามอย่างเหมาะสมในการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล ดังนั้นต้องมีวิธีการจัดการกับความเครียด การทำสมาธิ การหลับตาสูดหายใจเข้าออกปกติ หรือ การหายใจอย่างลึก (deep breathing) การบอกตนเองให้สงบ (calming self – talk) เป็นต้น

3. เขียนบท (script) สำหรับจัดทำสื่อวีดิทัศน์ (Video media)

4. ผลิตสื่อวีดิทัศน์ (Video media) ถ่ายภาพจากเหตุการณ์จริง ประกอบคำบรรยายและแสดงภาพส่วนประกอบ สื่อวีดิทัศน์มีทั้งเสียงและภาพประกอบ มีการเคลื่อนไหวให้ภาพจริง พร้อมสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านประสบการณ์ผ่าตัดคลอดมาแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลก่อนผ่าตัดคลอด พัฒนาโดยผู้วิจัย มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

2. แบบวัดความรู้ด้านการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดคลอด โดยใช้แบบวัดความรู้ของ ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุณรัตน์ (2562)⁽¹⁸⁾ มีจำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สิทธิผู้ป่วยในการเลือกชนิดการระงับความรู้สึกด้วยตนเอง การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังการได้ยาระงับความรู้สึก คำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าข้อคำถามนั้นถูกหรือผิด โดยตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การตัดสินระดับความรู้ในการดูแลตนเอง มีดังนี้ คะแนน 13 - 16 คะแนน (ร้อยละ 80 - 100) หมายถึงความรู้ระดับมาก คะแนน 10 - 12 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79) หมายถึงความรู้ระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึงความรู้ระดับน้อย

3.แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวก่อนและขณะได้ยาระงับความรู้สึก โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตัว ของ ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุณรัตน์ (2562)⁽¹⁸⁾ มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ มีคำตอบแบบให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย (Validity, reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง เพื่อการผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและคุณภาพสื่อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน วิทยาลัยพยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน เจ้าหน้าที่เวชภัณฑ์ 1 ท่าน ทำการประเมินคุณภาพวีดิทัศน์ตามแบบประเมินคุณภาพสื่อของสมศรี อยู่ทอง⁽¹⁹⁾ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.54 หมายถึง คุณภาพสื่ออยู่ในระดับดีมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบวัดความรู้ด้านการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดคลอด และ แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและขณะให้ยาระงับความรู้สึก ได้ขออนุญาตใช้แบบประเมินของ ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุ่นรันทะ (2562)⁽¹⁸⁾ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) มาแล้ว โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยวิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยแพทย์ พยาบาลห้องตรวจและฝากครรภ์ นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่เวชภัณฑ์ ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) 0.86 จากนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบวัดความรู้ไปทดสอบ กับหญิงครรภ์แรกจำนวน 10 คน นำผลการทดสอบความเที่ยงโดยการ ใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 ของ Kuder GF และRichardson MW⁽²⁰⁾ ได้ค่าความเที่ยง .72

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลหนองคาย จากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายถึงหลักเกณฑ์ และเหตุผลของการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจน กระบวนการวิจัย ชี้แจงให้ทราบว่าการศึกษาครั้งนี้จะไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และ จะไม่มีผลต่อคุณภาพการให้การพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับ และให้อาสาสมัครเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย แบบรายบุคคล ก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย พร้อมเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการ ตามโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังใช้เวลา ประมาณ 25 นาที มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

ขั้นตอนที่ 2 ให้ข้อมูลแนวทางการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดด้วยวาจา

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้ป่วยชมสื่อวีดิทัศน์ผ่านมือถือ เรื่อง ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง เพื่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ขั้นตอนที่ 4 หลังการรับชมสื่อวีดิทัศน์แล้ว เปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และอธิบายเพิ่มเติมด้วยวาจา พร้อมแจกคู่มือแผ่นพับการเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อให้ผู้ป่วยอ่านทบทวนความรู้อีกครั้ง หากความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเป็นข้อมูลไม่ตรงกับเนื้อหาหรือเกินขอบเขตของผู้วิจัยที่จะให้ได้ ผู้วิจัยประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ในการขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ตรงกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย

4. ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

5. วันผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลประจำห้อง ทบทวนความรู้ก่อนการระงับความรู้สึกอีกครั้ง พร้อมทั้งสังเกตและประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัวตามแบบประเมินการปฏิบัติตัว แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์ ดำเนินการต่อกับกลุ่มตัวอย่างเหมือนดังกล่าวข้างต้นจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window (Statistical Package for the Social Sciences for Window) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดย แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทีไม่อิสระ (T-test for dependent Samples) และได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. วิเคราะห์พฤติกรรมปฏิบัติตัวโดย แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 28.87 ปี (SD=5.12) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนมาก (ร้อยละ 50.00) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือระดับอาชีวศึกษาหรือปวส. (ร้อยละ 26.67) อาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 43.33) รองลงมาคืออาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 30.00) ไม่เคยได้รับข้อมูลมากที่สุด (ร้อยละ 80.00) ไม่เคยมีประวัติการได้ยาระงับความรู้สึกมากที่สุด (ร้อยละ 93.33) และทุกคนไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)	ร้อยละ (%)
นับถือศาสนาพุทธ	30	100
อายุ(ปี), mean (±SD)	28.87(±5.12)	
ระดับการศึกษา		
- มัธยมศึกษา	7	23.33
- อาชีวศึกษา	8	26.67
- ปริญญาตรี	15	50.00
อาชีพ		
- รับราชการ	3	10.00
- ค้าขาย	3	10.00
- พนักงานเอกชน	2	6.67
- แม่บ้าน	9	30.00
- รับจ้างทั่วไป	13	43.33
ประสบการณ์ได้ยาระงับความรู้สึก		
- เคย	2	6.67
- ไม่เคย	28	93.33
การรับข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก		
- เคย	6	20
- ไม่เคย	24	80
โรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	30	100

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อม

หลังเข้าโปรแกรมการเตรียมความพร้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับมาก คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

คะแนนความรู้	$\bar{x}$	s.d	$\bar{d}$	s.d _d	95%CI of μ_d	t	dt	P value
ก่อน	8.10	1.5	-7.53	1.27	-8.01 ถึง -7.05	-32.25	29	< 0.001
หลัง	15.63	0.62						

เมื่อพิจารณาผลการประเมินความรู้ตามรายข้อ พบว่าข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 4 ผู้ป่วยไม่มีสิทธิเลือกชนิดของการระงับความรู้สึกได้เอง (ร้อยละ 86.67) รองลงมาคือ ข้อ 6 ใช้วิธีการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังได้ดีกับทุกคนไม่มีข้อห้าม (ร้อยละ 90.00)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ที่ตอบถูกในแบบวัดความรู้แบ่งตามรายข้อก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อคำถาม	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหมายถึงการคลอดทารกผ่านทางผนังหน้าท้อง	30	100	30	100
2. ลักษณะของแผลผ่าตัดมี 2 ลักษณะ คือ แนวขวางและแนวตั้ง	28	93.33	29	96.67
3. การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมี 2 วิธี คือการดมยาสลบและแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	28	93.33	30	100
4. ผู้ป่วยไม่มีสิทธิเลือกชนิดของการระงับความรู้สึกได้เอง	20	66.66	26	86.67
5. การระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ทำให้ร่างกายอ่อนล้าลง ทนความเจ็บปวดได้	26	86.67	30	100
6. ใช้วิธีการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังได้ดีกับทุกคนไม่มีข้อห้าม	25	83.33	27	90.00
7. ผู้ป่วยต้องเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ทำความสะอาดร่างกาย โดยอาบน้ำ สระผม แปรงฟัน เช็ดลิ้นปี่ เช็ดขาเท้าให้แห้ง เช็ดนม งดอาหารและน้ำ 6 ชั่วโมง ก่อนไปห้องผ่าตัด	29	96.66	30	100
8. ไม่ควรอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด	30	100	30	100
9. ต้องบอกประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเป็นโรคเลือด การแพ้ยา การผ่าตัด และอาการไม่พึงประสงค์ จากการระงับความรู้สึกครั้งก่อน	30	100	30	100
10. เมื่อถึงห้องผ่าตัดจะต้องนอนตะแคง โกงหลังโดยงอเข่าทั้งสองข้างดึงขึ้นมาให้ชิดกับหน้าอกมากที่สุด โกงหลังออกมาให้มากๆ เพื่อให้ช่องสันหลังเปิดกว้างทำให้ฉีดยาได้ง่าย	25	83.33	30	100
11. หลังการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (บล็อกหลัง) สามารถกลืนน้ำได้ทันที	20	66.66	30	100
12. ระหว่างผ่าตัดสามารถพูดคุยและบอกอาการผิดปกติให้แก่วิสัญญแพทย์ พยาบาลที่ดูแลท่านขณะผ่าตัดได้ตลอดเวลา	26	86.67	30	100
13. หลังฉีดยาจะรู้สึกขาไปถึงบั้นเอวถึงปลายเท้า และไม่สามารถขยับร่างกายอ่อนล้าได้ในขณะที่ทำผ่าตัด	27	90	30	100
14. ยาชาเริ่มหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยขยับขาได้และรู้สึกต่างๆจะเริ่มกลับคืนมาภายใน 3-5 ชั่วโมง	27	90	29	96.67
15. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยใช้วิธีการฉีดยาชาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลัง จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันได้	27	86.67	28	93.33
16. การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดต้องงดน้ำและอาหาร	30	100	30	100

ส่วนที่ 3 ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและขณะได้ยาระงับความรู้สึก พบว่า ก่อนการระงับความรู้สึกปฏิบัติได้ทุกคน 3 ข้อ และขณะให้ยาระงับความรู้สึกปฏิบัติได้ทุกคนเพียง 2 ข้อ

ตารางที่ 4 ผลการประเมินการปฏิบัติตัว ก่อนและขณะได้รับโปรแกรมให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (N=30)

การปฏิบัติตัวหลังได้รับโปรแกรมก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึก	ปฏิบัติได้ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการระงับความรู้สึก		
1. ผู้ป่วยได้น้ำ และอาหารหลังเที่ยงคืน หรือ 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด	30	100
2. ผู้ป่วยได้ทำ ความสะอาดร่างกาย เช่น เช็ดขาเท้า เช็ดลิ้นปี่ อาบน้ำ แปรงฟัน เช้าวันผ่าตัด	27	90.00
3. ผู้ป่วยสามารถบอกประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัด ระงับความรู้สึก แพ้ยา ได้ถูกต้องตรงตามที่ระบุใน OPD card	30	100
4. ท่านเก็บหรือถอดอุปกรณ์ เครื่องประดับ ของมีค่าฝากญาติไว้	30	100
ขณะให้ยาระงับความรู้สึก		
5. ผู้ป่วยสามารถ นอนตะแคงข้าง งอเข่าทั้ง 2 ข้าง ชิดหน้าท้อง ก้มศีรษะลง คางชิดอก เอามือทั้งสองข้างสอดเข้าไว้ และโกงหลังให้มากที่สุด	30	100
6. ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือโดยไม่ขยับตัวขณะแทงเข็มได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง	28	93.33
7. ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น สามารถบอกลักษณะอาการที่เกิดขึ้นได้ตรงกับกรทดสอบ	28	93.33
8. ผู้ที่มีอาการผิดปกติ สามารถบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ ได้แก่ ความรู้สึกผิดปกติไม่สะดวกและคลื่นไส้อาเจียน	30	100
9. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำบอกได้ถูกต้อง และมีอาการสงบขณะทำผ่าตัด	27	90.00

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ช่วยให้ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง มีความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถปฏิบัติตามได้ เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วานและ กัลยา อุ่นรัตน์¹⁸ ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์ผสมภาพกราฟิกแอนิเมชันการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้ระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวด พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังได้ชม วีดิทัศน์ผสมแอนิเมชัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการวิจัยของเพ็ญศรี จงนู⁹ ศึกษาความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกแผนกหูดอกจมูกที่เตรียมพร้อมก่อนผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่แผนกหูดอกจมูก ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้วยสื่อวีดิทัศน์ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการรับชมสูงกว่าก่อนรับชมสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากในทุกๆ ด้าน การจัดรูปแบบการให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมโดยการบรรยายด้วยอาจารย์ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้เป็นสื่อการสอนที่จะนำความรู้ไปยังผู้ป่วยได้ดี เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถกระตุ้นการเรียนรู้ ผ่านประสาทสัมผัสทั้งทางตาและหู ซึ่ง การรับรู้ของคนเราต้องอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ประสาทตา รับรู้โดยการมองเห็นประมาณร้อยละ 75 ประสาทหู รับรู้โดยการฟัง ร้อยละ 13 ประสาทผิวหนัง รับรู้โดยการจับต้องลูบคลำ ร้อยละ 6 ประสาทจมูก รับรู้โดยการดมกลิ่นร้อยละ 3 และประสาทลิ้น โดยการลิ้มรสประมาณร้อยละ 3 การรับรู้จากการใช้ตาหูและหูฟัง รวมกันถึงร้อยละ 88 ดังนั้น การใช้สื่อวีดิทัศน์จึงเป็นการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้สื่อวีดิทัศน์ยังเป็นสื่อที่สะดวกและสามารถเปิดดูซ้ำได้หลายรอบ

สรุปได้ว่า ผลการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้นและปฏิบัติตามได้อยู่ในระดับดีมาก จึงเหมาะสมและทำให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพควรให้ความสำคัญการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง มีความต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตามได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมด้วยการใช้แผ่นพับประกอบการบรรยาย ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์นี้ ควรนำไปประยุกต์ใช้กับการเตรียมผ่าตัดสาขาอื่นๆ ต่อไป

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

2.1 การวิจัยนี้ยังไม่ได้ติดตามผลถึงระยะหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการฟื้นฟูร่างกาย

2.2 ควรมีการติดตามผลของโปรแกรม เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. ด้านการนำไปใช้

ควรมีการเผยแพร่ และพัฒนาเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในสาขาอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางณฤดี ทิพย์สุทธิ์ ที่ปรึกษางานวิจัยและพี่เลี้ยงงานวิจัยทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำ แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ให้ครบถ้วนและสมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงโมฬี นาคสาร นางสมร ปัญญาสวัสดิ์ และบุคลากรในหน่วยงานวิสัญญี บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลกลุ่มงานสูติกรรมที่ให้ความร่วมมือในการประเมินผลและเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Atrousa Fakherpour et.al. Maternal and anaesthesia - related risk factors and incidence of spinal anaesthesia - induced hypotension in elective caesarean section: A multinomial logistic regression. *Indian J Anaesth.* 2018; 62(1) : 36-46.
2. Ana Pilar Betran et.al. The Increasing trend in Cesarean Section rate: Global, Regional and National estimates: 1990-2014. *PloS ONE* 11(2) e0148343. [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 1]. เข้าถึงได้จาก: doi:10.1371/journal.pone.0148343 2557; 40 (2) : 127-35.
3. ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัญญา ศรีรัตนะ, ปรีศนี ทิพย์โสคติ. แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ 2533-2544). *วารสารสาธารณสุข.* 2548; 12 : 1-18.
4. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.* 2561; 35(3) : 312-20.
5. โรงพยาบาลหนองคาย.สถิติข้อมูลกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2559-2561. โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย, 2561.
6. กรวีร์ พสุธารชาติ. การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดคลอด. ใน เทวรักษ์ วีระวัฒนกันท์และคณะ ,บรรณาธิการ. *ฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา.* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555. หน้า 95-104.
7. Takamitsu Ikeda et.al. A retrospective review of 10-year trends in general anesthesia for cesarean delivery at a university hospital: the impact of a newly launched team on obstetric anesthesia practice. *BMC Health Services Research.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05314-2>
8. Akildiz M. et.al. Effect of anaesthesia method on preoperative anxiety level in elective caesarean section surgeries. *Turk J. Anaesthesiol Reanim.* 2017; 45(1) : 36-40.
9. เพ็ญศรี จະนู. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อระดับความรู้และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัดหุ คอ จมูก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *TUH Journal online [อินเทอร์เน็ต].* 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2564];3(3):[หน้า 47-65]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/download/240296/163799/>
10. ตะวัน เขตปัญญา. ผลลัพธ์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัด แบบช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2560.
11. สราวุฒิ สีถาน. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. *วารสาร มฉก. วิชาการ.* 2560; 20(40): 101-113.
12. ชัยศิริ หงส์วิไล. ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. นครปฐม : มหาวิทยาลัยคริสเตียน ; 2556.
13. เมธาพร ลักโณปกรณ์ และคณะ. ผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาผสมยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วิสัญญีสาร.* 2557; 40 (2) : 127-135.
14. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 23]. เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>.
15. Faul, F et.al. Statistical Power Analyses Using G*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses. [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 23]. เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
16. บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาสและคณะ. ผลของการสอนก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วย ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 2558; 9(1) : 1-7.
17. อรุณ จิรวัดนกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์ ;2556.

18. ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุ่นรันทะ. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ผสมภาพแอนิเมชันให้ข้อมูล เตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึก ทางช่องน้ำไขสันหลังผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(3) : 488-498.
19. สมัคร อยู่ลอง. การพัฒนาวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตัวเอง เรื่อง การเป็นผู้ดำเนินรายการและวิทยากรรายการโทรทัศน์เพื่อการศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม.[สารนิพนธ์ กศ.ม.เทคโนโลยีการศึกษา]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2556.
20. G. Kuder & M. Richardson. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika Springer The Psychometric Society. 1937; 2(3) : 151-160.

การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Received: 8 June 2021

Revised: 24 August 2021

Accepted: 30 August 2021

จิตราพร โคตรมหา พย.บ^{1*}, จิราพร ผ่านจันศรี พย.บ²

ธัญลักษณ์ พรหมรักษา พย.บ³, อภิญญา พรหมณีลัก พย.บ⁴

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 120 รายที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวและแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89 และ 0.77 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนเดือนมีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.50) อายุเฉลี่ย 57.48 ± 11.08 ปีและทุกรายนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ 3.07, SD=0.41) ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ 3.07, SD=0.41) ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลหลักที่มีระดับความเครียดสูง เพื่อช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: สัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียดของผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมอง

The study of family relationships and stress among caregiver of Stroke patients.in Udonthani

Jitraporn Koatmaha ,Jiraporn Phanjansri

Thanyalak Promraksa, Apinya Prommanee

Abstract:

This descriptive research aimed to explore family relationships and stress among caregivers of stroke patients. The samples of the study were 120 principal caregivers by purposive sampling. The instruments used in this study comprised questionnaires on caregiving preparedness, family relationships and stress among caregivers. The questionnaires were validated by 3 experts. The reliability of the first of four questionnaires was tested by using Cronbach's alpha yielding values of 0.89, and 0.77, respectively. Data were collected from January to March 2020. The data was analyzed by using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results show that the average of subjects was 57.48 ± 11.08 years, most of them were female 77.50 % and all were Buddhist. Most family relationships were good ($\bar{X}$ 3.07, SD=0.41) and low level of stress ($\bar{X}$ 3.07, SD=0.41).

The findings can be used for set program for the high level of stress caregiving among primary caregivers of dependent stroke patients to reduce caregivers stress.

Keywords: Family Relationships, Stress and Stroke patients

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเลย

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสกลนคร

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย

⁴ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: jitrapornkoatmaha@bcnu.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โรคนี้เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5¹⁻² ในประเทศไทยพบ จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2559 - 2561 เท่ากับ 293,463, 304,807, 331,086 คน ตามลำดับ สถิติจังหวัดอุดรธานีพบ จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2559 - 2561 เท่ากับ 5,311, 6,321, 6,727 คน ตามลำดับ³

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกคนและทุกวัย ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัวเพราะต้องพึ่งพาคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดำเนินชีวิต ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระการดูแล ค่าใช้จ่าย ต้องมีการปรับบทบาทใหม่ ๆ จนในบางครั้งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้ สาเหตุเกิดจากความสับสนในบทบาทที่ได้รับ ขาดความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถวางแผน หรือบริหารเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแล ร้อยละ 63 รู้สึกตึงเครียด เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่หนัก ต้องอาศัยทักษะและความรู้ในการดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลกิจกรรมของผู้ป่วย เป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งหากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรมเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้⁴⁻⁶ เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้น จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวทั้งระบบ ดังนั้นบุคคลภายในครอบครัวจะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทและตกลงกันในการมอบหมายหน้าที่ในการช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ให้การสนับสนุนกันภายในครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี แต่หากผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง และต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับขาดการสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในครอบครัว การบกพร่องในการใช้เวลาอยู่ร่วมกันของสมาชิกและผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อดูแลผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วย และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้⁷⁻⁸ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวก่อให้เกิดผลกระทบต่ออาการเกิด ความเครียดต่อผู้ดูแล เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การพึ่งพาซึ่งกันและกันเป็นไปได้ด้วยดี

จากความสัมพันธ์ที่กล่าวมาข้างต้นทางคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการเกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อศึกษาระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพร้อมในการดูแล ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับความเครียดของผู้ดูแลสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. พื้นที่ในการวิจัย พื้นที่ในการวิจัย เป็นพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 28 แห่ง ดังนี้ จับลากเลือก รพ.สต. ที่มีจำนวนผู้ป่วยในความดูแลตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลาก มี 11 แห่ง ดังนี้ รพ.สต. บ้านนาข่า จำนวน 26 คน รพ.สต.บ้านกลิ้งคำ จำนวน 20 คน รพ.สต. แม่หนอง จำนวน 14 คน รพ.สต. โนนสูง จำนวน 12 คน รพ.สต. บ้านตาต จำนวน 12 คน รพ.สต. หนองบัว จำนวน 5 คน รพ.สต. หนองตะไก้ จำนวน 10 คน รพ.สต.บ้านจัน จำนวน 8 คน รพ.สต. หนองไผ่ จำนวน 8 คน และรพ.สต. นาดี จำนวน 5 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้าไว้ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นญาติผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 3 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลต้องไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการติดต่อสื่อสาร หรือสามารถอ่าน และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองและยินดีเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G* Power 3.0.10¹⁰ และกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าพารามิเตอร์ ผู้วิจัยเลือกใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.95, ค่าขนาดอิทธิพลกลาง (medium effect size index, f^2) ที่ 0.3 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ 0.05 และได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 111 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 111 คน ดังนั้นสำรองเผื่อกลุ่มตัวอย่างทดสอบสอบถามไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 8 ได้เป็นขนาดตัวอย่างประมาณ 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแล ผู้ช่วยในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล (ต่อวัน) รวมระยะเวลาในการดูแล และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้แบบสอบถามของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ดัดแปลงมาจาก ชโลม วิเศษโกสิน (2552: 50) รสสุคนธ์ เจืออุบลชัย (2553 : 87) และ ภรภัทร อิมโธ (2550: 54) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของฟริดแมน (Friedman, 1986) และมอร์โรว์และวิลสัน (Morrow and Wilson , 1961: 501-510) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 16-64 คะแนนดังนี้ 38-64 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี 27-37 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง 16-26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียดและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2539) จำนวน 20 ข้อ โดยให้คะแนนความเครียด 5 ระดับ ดังนี้ ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-100 คะแนนดังนี้ 0-23 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย 24-41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 42-61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูง 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

แบบสอบถามได้ผ่านการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ในงานวิจัยนี้จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแลได้ค่าความเชื่อมั่น 0.96, 0.89 และ 0.77 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี เลขที่ IRB BCNU 046/005 เมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2562 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะรักษาความลับของข้อมูลเพื่อไม่ให้มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ในการนำเสนอข้อมูลนั้นจะไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึง ตุลาคม 2562 โดยประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย ขอความร่วมมือการสุ่มและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น คณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน-เวลาที่ได้นัดหมายที่ รพ.สต. โดยแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด รวมทั้งตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้าใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงเริ่มให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หลังจากที่จากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 120 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 16 ข้อ และแบบประเมินความเครียด จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบ

ประมาณค่า (Rating Scale) วิเคราะห์ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 77.5 อายุต่ำสุด 40 ปี สูงสุด 78 ปี (อายุเฉลี่ย 58.01 ปี S.D. 10.37) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ ประถมศึกษา จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 67.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 มากกว่าครึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการดูแล จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันที่พบมากที่สุด คือ น้อยกว่า 5 ชั่วโมง / วัน จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่รวมระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 1 ปี จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 75.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5

โรคประจำตัวของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 120 คน พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 และมีโรคประจำตัว จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 โดยโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่พบ 5 อันดับแรก ประกอบด้วย ความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 เบาหวาน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64 เบาหวาน, ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.36 เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 9.09 โรคหัวใจ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.82

2. การประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel index

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel index พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL $\geq$ 12 คะแนน) จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 90 รองลงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน (ADL = 5 – 11 คะแนน) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และกลุ่มติดเตียง (ADL = 0 – 4 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 5 ตามลำดับ

3. สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี ร้อยละ 93.33 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 6.67

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัวรายด้านของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 120 คน)

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.
1. สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ใจว่าท่านชอบและต้องการอะไร	2.99	0.61
2. เมื่อท่านมีปัญหาท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว	3.18	0.65
3. สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่าน	3.37	0.65
4. ท่านและคนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ	3.35	0.57
5. ท่านและครอบครัวมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก	2.95	0.75
6. ท่านและครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี จัดบ้าน	3.11	0.75
7. เมื่อมีเวลาว่างท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยหยอกล้อกันเสมอ	3.08	0.69
8. สมาชิกในครอบครัวมักจะชวนท่านไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ/ต้องการ	2.62	0.71
9. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อท่านด้วยท่าทาง คำพูดหรือวิธีการที่ไม่เหมาะสม	3.28	0.93
10. ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของท่านจะรับฟังความคิดเห็นของท่าน	3.22	0.62
11. ท่านยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวแม้ว่าจะมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน	3.08	0.70
12. สมาชิกส่วนใหญ่หรือทุกคนในครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในครอบครัว	3.21	0.94
13. การทำกิจกรรมใดๆ ของครอบครัวมีการวางแผนร่วมกัน	3.08	0.73
14. เมื่อท่านและครอบครัวเกิดเรื่องโต้เถียงกันเป็นเรื่องยากที่จะระงับข้อขัดแย้งระหว่างท่านกับครอบครัวโดยไม่ให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อผู้ใดผู้หนึ่ง	2.20	0.89

15. ท่านและครอบครัวมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน	3.18	0.69
16. เมื่อมีเรื่องขัดแย้งกัน ท่านและครอบครัวร่วมกันหาทางออกโดยสันติวิธี	3.25	0.65
ค่าเฉลี่ยรวม	3.07	0.41

จากตารางที่ 1 สัมพันธภาพในครอบครัวรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสัมพันธภาพด้านสมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้ดูแลระดับมาก ($M = 3.07, S.D. = 0.41$) เมื่อพิจารณารายด้าน 3 ลำดับแรก พบว่าสมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้ดูแลระดับมาก ($M = 3.37, S.D. = 0.65$) คนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ($M = 3.35, S.D. = 0.57$) ครอบครัวของท่านจะรับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแล ($M = 3.22, S.D. = 0.62$)

4. การประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

การประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 และมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกความเครียดรายด้านของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 120$ คน)

ความเครียดของผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.
1.กลัวทำงานผิดพลาด	0.56	0.86
2.ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	0.83	0.95
3.ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน	1.55	1.19
4.เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	0.92	1.10
5.รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	0.55	0.92
6.เงินไม่พอใช้จ่าย	1.92	1.29
7.กลุ้มเนื้อตึงหรือปวด	1.05	1.04
8.ปวดหัวจากความตึงเครียด	1.03	0.67
9.ปวดหลัง	0.91	0.79
10.ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	0.37	0.99
11.ปวดศีรษะข้างเดียว	0.91	0.82
12.รู้สึกวิตกกังวล	1.18	0.99
13.รู้สึกคับข้องใจ	0.87	0.90
14.รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	0.94	0.85
15.รู้สึกเศร้า	0.50	0.77
16.ความจำไม่ดี	0.62	0.67
17.รู้สึกสับสน	0.43	1.13
18.ตั้งสมาธิลำบาก	0.38	0.67
19.รู้สึกเหนื่อยง่าย	1.04	1.13
20.เป็นหวัดบ่อย ๆ	0.36	0.85
ค่าเฉลี่ยรวม	0.84	0.60

จากตารางที่ 2 ความเครียดรายด้านของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวม ($\bar{X} = 0.84, S.D. = 0.60$) เมื่อพิจารณารายด้าน 3 ลำดับแรก พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดเพราะเงินไม่พอใช้จ่าย ($\bar{X} = 1.92, S.D. = 1.09$) ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน ($\bar{X} = 1.55, S.D. = 1.19$) รู้สึกวิตกกังวล ($M = 1.18, S.D. = 0.99$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 120 คน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.5 เป็นคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 55 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายนับถือศาสนาพุทธ อายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 59 ปี (อายุเฉลี่ย 58.01 ปี S.D. 10.37) ร้อยละ 96.7 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 69.2 ผู้ดูแลมีผู้ช่วยในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 45 มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 5 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 29.2 มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 20 ชั่วโมง/วัน ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.8 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 32.5 สำเร็จการศึกษาระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษยมาส บุศยารัศมี¹¹ ที่ศึกษาความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาลนครนครปฐม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 142 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 51.9 ปี โดยมีอายุมากที่สุด เท่ากับ 78 ปี และอายุน้อยที่สุด เท่ากับ 33 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 9,339.40 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด เท่ากับ 57,000 บาท และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยที่สุด เท่ากับ 4,900 บาท ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรธิดาของผู้ป่วย มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 5.4 ปี โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เท่ากับ 18 ปี และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 - 3 ปี มากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) มีระดับคะแนน ≥ 12 เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 90 รองลงมา ร้อยละ 5 เป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียงตามลำดับ ($\bar{x} = 9$, S.D. = 4.75) แตกต่างกับการศึกษาของบุษยมาส บุศยารัศมี¹¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยต้องพึ่งพาผู้อื่น

สัมพันธภาพในครอบครัว

ผลการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 49.13$, S.D. = 6.54) พิจารณากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี ร้อยละ 93.33 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นคู่สมรส ร้อยละ 55.0 บุตร ร้อยละ 30.8 ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุษยมาส บุศยารัศมี¹¹ ที่สรุปว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรธิดาของผู้ป่วย ซึ่งในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าการให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุพการี ทำให้มีโอกาสทดแทนพระคุณของท่าน ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีที่สุด และผลของการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อรินทร์ จรูณสิทธิ์¹² ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 53.14 (SD = 9.86) อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งหมด โดยเป็นบุตร ร้อยละ 68 รองลงมาเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 23 ทำให้มีความผูกพัน รักใคร่ ประองคองกัน และสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมรับรู้ถึงความรู้สึก สร้างเสริมความรักความอบอุ่น และช่วยกันแก้ไขปัญหาในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของรศศุนธ์ เจืออุบลมัย¹³ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวทุกคนเป็นบุคคลที่สำคัญในชีวิต อาทิผู้ดูแล ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวมีความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วยมีการไต่ถามทุกข์สุขของผู้ดูแลและผู้ป่วย ดังนั้นสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยความรักและความเอาใจใส่ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของบุษยมาส บุศยารัศมี¹¹ ที่สรุปว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรธิดาของผู้ป่วย ซึ่งในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าการให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุพการี ทำให้มีโอกาสทดแทนพระคุณของท่าน ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีที่สุด การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และคนในครอบครัวทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ร่วมรับรู้ความรู้สึก เสริมความรักความอบอุ่น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดี ทั้งนี้ครอบครัวมีบทบาทในการช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งครอบคลุมการดูแลที่จำเป็นหลายมิติและเป็นการดูแลในบริบทของสังคมไทยที่สะท้อนค่านิยมความ กตัญญูกตเวทีกในการดูแลบิดา มารดา

ความเครียดของผู้ดูแล

ผลการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย ร้อยละ 75.0 ($\bar{x} = 16.89$, S.D. 11.91) มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.8 และมีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 4.2 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม (Barthel index ≥ 12) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ, และสมนึก สกุลหล่โสภณ¹⁴ ที่พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.92 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 15.08 เนื่องจากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ไม่เป็นการกีดขวางในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความเครียดระดับต่ำ สอดคล้องกับจากผลการวิจัยของภรภัทร อิมโอฐ¹⁵ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล

โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมาก จะมีการพึ่งพาผู้ดูแลน้อย พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจึงน้อยลงด้วย ในทางตรงกันข้ามหากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีน้อยส่งผลให้มีการพึ่งพาในระดับมาก ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมและบทบาทในการดูแลที่มากขึ้น ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีมากขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลมีการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลง ส่งผลให้ขาดเครือข่ายทางสังคมและเกิดความยากลำบากทำให้เกิดภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาพร ประสานเนตร, อภิญา วงศ์ชารี และอรทัย วงศ์อินอยู่¹⁶ ที่ทำการศึกษาศรีนครี และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเฉลี่ยระดับความเครียดปานกลางถึงเครียดสูง ร้อยละ 40 และ 13.75 ภาวะพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 31.25 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นคู่สามีภรรยา มีรายได้ต่ำ และมีสุขภาพไม่ดีมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในขนาดสูงที่สุด คือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย¹⁴ ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในขนาดสูงที่สุด คือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ajay, S., et al.¹⁷ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวทางใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษารายงานว่าถ้าผู้ดูแลสุขภาพไม่ดีหรือมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย หรือมีข้อจำกัดหลายด้าน จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ

สรุปผลการศึกษา

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี และมีความเครียดอยู่ในระดับสูงเล็กน้อย ผลการศึกษานี้สามารถนำไปวางแผนจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อช่วยลดระดับความเครียด รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ดูแลบางส่วนมีความพร้อมในการดูแลด้านความต้องการทางด้านอารมณ์ต่ำที่สุด และมี ความเครียดอยู่ในระดับสูงเล็กน้อย กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 12 คะแนน บุคลากรทางด้านสุขภาพควรได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการประเมินปัจจัยดังกล่าวในผู้ดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2. จัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อให้คำปรึกษากับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค รวมถึงการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการดูแลยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการใช้เครื่องมือในการวิจัยเพิ่มเติมในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลด้านความต้องการทางด้านอารมณ์ต่ำที่สุด และมีและมีความเครียดอยู่ในระดับสูงเล็กน้อย เป็นต้น

2. ควรมีการติดตามศึกษาความต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ และระดับความเครียดของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 12 คะแนน รวมถึงประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการ

บรรณานุกรม

1. WHO. World Stroke Day 2019 สืบค้นวันที่ 28 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-day-2019>.
2. WHO. The top ten causes of death 2018 สืบค้นวันที่ 28 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2562). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD)*. สืบค้น 20 ธันวาคม 2562, จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php>
4. Jeong, Y.-G., et al. (2015). "The modifying role of caregiver burden on predictors of quality of life of caregivers of hospitalized chronic stroke patients." *Disability and Health Journal* 8(4): 619-625.
5. Potier, F., et al. (2018). "A high sense of coherence protects from the burden of caregiving in older spousal caregivers." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 75: 76-82.5.

6. อรุณี ชุนหบดี, ธิรัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 24 (1):1-9.
7. Oupra R, Ruengkhome CH, Wongpalee J, Kantawong EK. Stroke caregivers' caregiving experiences. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences*. 2011; 12(2): 50-59. (in Thai)
8. Koonnarong O. Caregiving preparedness, family relationships and role strain among caregivers of Muslim stroke patients. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2012; 4(1): 14-27. (in Thai)
9. Suwannaboon W. *The effect of Interpersonal group therapy on quality of life in schizophrenic patients [Thesis]*. Burapha University; 2014. (in Thai)
10. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. B., & Buchner, A., (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41 (4), 1149-1160.
10. Sugipichcha C., Saengduan M, Supachat C, Sansanee P. Prevalence and etiologies of ischemic stroke in young patients in Bhumibol Adulyadej Hospital. *J Thai Stroke Soc*. 17 (3), 2018, 5-14 (in Thai).
11. บุญมาศ บุศยารัศมี. (2561). ความต้องการการดูแลโดยทีมหมอบรอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเทศบาล. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(2), 192-200.
12. อรินทร์ จรูญสิทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
13. รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
14. ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และสมนึก สกลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.
15. ภรภัทร อิ่มโอฐ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
16. รัชฎาพร ประสานเนตร, อภิญา วงศ์ขารี และอรทัย วงศ์อินอยู่. (2562). การศึกษาความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(4), 40-49
17. Ajay, S., et al. (2017). "Association of impairments of older persons with caregiver burden among family caregivers: Findings from rural South India." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 68: 143-148.

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแม่นันท์ ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี

Received: 8 June 2021

Revised: 24 August 2021

Accepted: 30 August 2021

เกษดาพร ศรีสุวอ, พย.บ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 48 คน ที่มารับบริการที่ รพ.สต.บ้านแม่นันท์ ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 7 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ค่าความเที่ยงเครื่องมือจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส มีค่าเฉลี่ยรวมระดับปานกลาง Mean = 2.30, SD = 0.94 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ 2 ส Mean = 3.03, SD = 0.38 พบค่าเฉลี่ยต่ำสุดในด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ Mean = 1.63, SD = 0.78

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน

Health literacy of elderly patients with diabetes mellitus receiving service from Maenon health promoting hospital of Nong Phai Sub district, Muang District, Udonthani

Kesadaporn Srisuwor, B.N.S.¹

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to explore health literacy 3E2S of 48 simple random respondents of diabetic elderly patients at Maenon health promoting hospital of Nong Phai Sub district, Muang District, Udonthani. The research instruments consisted of personal information and health literacy questionnaires. The health literacy questionnaire included of 7 dimensions; Understand, Access, Communication, Management, Inquiry, Decision, and Social activity for health. The validated questionnaire had been test content analysis by 3 experts and reliability had been validated by using Cronbach's alpha coefficients of 0.85 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics for frequency, percentage, mean, and standard deviation. The finding showed that respondents had health literacy mean scores at moderate level Mean = 2.30, SD = 0.94. The highest mean score was the decision of health practice based on 3E2S dimension that found Mean = 3.03, SD = 0.38. The lowest mean score was communication to gain health knowledge Mean = 1.63, SD = 0.78

Keywords: Health Literacy 3E 2S, elderly, diabetes mellitus

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแม่นันท์ จังหวัดอุดรธานี

ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: MadamkesMadam@gmail.com

บทนำ

อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและระบบเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศ ที่จะต้องมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญของการเกิดโรคล้วนเกิดจากการมีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ บริโภคหวาน มัน เค็มมากเกินไป สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ออกกำลังกายไม่เพียงพอ และการมีอารมณ์ความเครียด เป็นต้น¹ โรคเบาหวานก็ส่งผลให้เกิดโรคปัญหาต่างๆตามมาเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดทางสมอง เป็นต้น มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 ซึ่งหากดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา² โรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุมีผลกระทบ และรุนแรงมากกว่าในกลุ่มวัยอื่น มีความซับซ้อนในหลายมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เช่น การกินอาหารหวาน มัน เค็ม กินอาหารสุกๆดิบๆ กินผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ มีภาวะเครียด สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ยาวนาน เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะในการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานะภาพทาง ครอบครัวที่ต่างกัน และยังมีความเหลื่อมล้ำ ไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ สุขภาพอนามัย ซึ่งเนื่องมาจาก ข้อจำกัดในการเดินทาง อาจส่งผลให้ขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ขาดโอกาสเข้าถึงสวัสดิการสังคม และบริการสุขภาพ แนวคิดด้านความรู้ด้านสุขภาพจึงอยู่ในความสนใจของสังคมมากขึ้น เนื่องจากเป็นแนวคิดที่นำมาใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยหรือใช้ชีวิตกับโรคได้อย่างมีคุณภาพ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรัง อย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น และมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ประกอบด้วย ทักษะทางการรับรู้ และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อ ส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพของประชาชน เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องแนวคิด การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative learning) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับบริบท สภาพแวดล้อม และการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการ จัดการตนเอง ที่เป็นสิ่งสำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเน้นให้ผู้ป่วย มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และ การตัดสินใจในการรักษามากขึ้น จังหวัดอุดรธานีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งเกิดจากวิถีชีวิตที่ไม่เพียงพอและขาดความสมดุล สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย ขาดการใส่ใจดูแลสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย เกิดความเครียดหาทางออกโดยการกินอาหาร สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จังหวัดอุดรธานี ปีพ.ศ. 2561-2562 พบอัตราตายโรคเบาหวานคิดเป็น 31.23 และ 34.51 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คิดเป็นร้อยละ 22.68 และ 25.01 ตามลำดับ³ ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่พันธ์ อำเภอมือจาวจังหวัดอุดรธานี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

คำถามงานวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพที่มีคลินิกโรคเบาหวาน ใน รพ.สต. ในจังหวัดอุดรธานี

ความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ 2 ส หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ

ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คือ ความรู้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ คือ ความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการเลือกรับการให้บริการและการเลือกแหล่งข้อมูลต่างๆ จากบุคลากรทางการแพทย์และแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้านที่มีความน่าเชื่อถือในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง โดยจาก การพิจารณาข้อเท็จจริงของผู้ป่วย

ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ คือ ความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการเล่าประสบการณ์การดูแลตัวเองตามหลักสุขภาพ 3 อ 2 ส ให้กับบุคคลอื่นเพื่อนำความรู้ที่ได้นำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุด

ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง คือ ความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการจัดการและการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย วิธีจัดการกับอารมณ์และการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลตนเองตามหลักสุขภาพ 3 อ 2 ส

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ คือ การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสารสนเทศ เช่น วิทยุ โทรศัพท์ โทรทัศน์ มือถือ เป็นต้น

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง คือ ความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถพบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวันในการดูแลสุขภาพตัวเองได้อย่างเหมาะสม

ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม คือ การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันกับสถานบริการสุขภาพและคนในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ประชาชน อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพที่มีคลินิกโรคเบาหวาน ใน รพ.สต.บ้านแม่นันท์ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 82 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายร้อยละ 50 ของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 41 คน เพื่อป้องกันการสูญหายกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนอีก 15% ของกลุ่มตัวอย่าง รวมกลุ่มตัวอย่าง 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของกองสุศึกษา¹ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัดความรู้ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (10 ข้อ) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (5 ข้อ) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (5 ข้อ) การจัดการเงื่อนไขของตนเอง (5 ข้อ) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (5 ข้อ) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (5 ข้อ) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (5 ข้อ) แบบสอบถามแบ่งเป็น ค่าคะแนน 0-4 คะแนน นำค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ยและจัดระดับคือ

ค่าคะแนน 0.00 - 1.33

ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ค่าคะแนน 1.34 - 2.67

ความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 2.68 - 4.00

ความรู้ด้านสุขภาพระดับดี

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และหาความเที่ยงของเครื่องมือ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล สร้างคู่มือการลงรหัสตามคู่มือการกรอกรหัส กรอกรหัสและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 และเพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด โดยส่วนใหญ่อายุ 60-64 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 58.34 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 65-69 ปี จำนวน 16 คน และอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 8.33 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกันมากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ หม้าย จำนวน 16 คน และสมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 10.42 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 40 คน คิดเป็นร้อยละ 83.34 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 เท่ากัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักคือ ทำไร่ ทำนา ทำสวน มากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/แม่บ้าน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22.92

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย Mean = 2.30, S.D.=2.62 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง Mean = 3.03, S.D.=0.38 ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ Mean = 1.63, S.D.=0.78 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ 2 ส ภาพรวมและรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ 2 ส	Mean	S.D
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส	2.13	1.03
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส	1.63	0.78
การจัดการเงินของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส	2.30	0.96
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส	2.21	1.23
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ 2 ส	3.03	0.38
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	2.54	1.31
รวม	2.30	2.62

ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ การชอบกินขนมหวาน เสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ การกินผักหลายๆชนิดที่มีสีแตกต่างกันช่วยป้องกันโรคได้มากที่สุด มีจำนวน 9 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการตอบถูกของความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง

หัวข้อ	ตอบถูก	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. อาหารที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคเบาหวาน	30	62.50
2. การกินผักหลายๆชนิดที่มีสีแตกต่างกันช่วยป้องกันโรค	9	18.75
3. ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากพฤติกรรมชอบกินขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง	48	100
4. การออกกำลังกายจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมะเร็ง โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง	14	29.17
5. การออกกำลังกายกับการป้องกันโรค	20	43.75
6. การจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี	19	39.58
7. การกระทำหากต้องการคลายเครียด	19	39.58
8. โรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการรับสารนิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และไซยาไนด์ จากควันบุหรี่	19	39.58
9. บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่	30	62.50
10. ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	41	85.42

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ Mean = 2.13, S.D.=1.03 พบผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหากับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต Mean = 2.94, S.D.=1.42 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

หัวข้อ	ร้อยละของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					Mean	S.D
	ทุกครั้ง (4)	บ่อย ครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)		
1. เมื่อผู้ป่วยต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันที	37.50	4.17	18.75	8.33	31.25	2.08	1.71
2. เมื่อผู้ป่วยต้องการข้อมูลสุขภาพสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย	35.42	12.50	14.58	10.42	27.08	2.19	1.66
3. เมื่อผู้ป่วยพบปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆไม่ว่าจะขอคำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต	10.42	10.42	8.33	16.67	54.17	2.94	1.42
4. ผู้ป่วยมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง โดยสืบค้นหรือสอบถามจากหลายๆ แหล่ง	25.00	18.75	2.08	14.58	39.58	1.75	1.71
5. ผู้ป่วยตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ	25.00	12.50	12.50	6.25	43.75	1.69	1.70
รวม						2.13	1.03

ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพพบค่าเฉลี่ย Mean = 1.63, S.D.=0.78 พบค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ป่วยได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส Mean = 2.88, S.D.=1.41 และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ป่วยแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส Mean = 0.92, S.D.=1.35 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ

หัวข้อ	ร้อยละของการสื่อสาร					Mean	S.D.
	ทุก ครั้ง (4)	บ่อย ครั้ง (3)	บาง ครั้ง (2)	นานๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)		
1. ผู้ป่วยฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส จากบุคคลต่างๆแล้วพบว่าไม่เข้าใจเนื้อหา	18.75	18.75	12.50	16.67	33.33	2.27	1.55
2. ผู้ป่วยเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง	12.50	4.17	12.50	18.75	52.08	1.06	1.41
3. ผู้ป่วยได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส	8.33	14.58	10.42	14.58	52.08	2.88	1.41
4. ผู้ป่วยแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส	10.42	2.08	16.67	10.42	60.42	0.92	1.35
5. ผู้ป่วยโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส ที่ถูกต้อง	16.67	4.17	6.25	10.42	62.50	1.02	1.55
รวม						1.63	0.78

ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองพบค่าเฉลี่ยรวม Mean= 2.30, S.D.=0.96 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ป่วยสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ Mean = 3.06, S.D.=1.23 และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือผู้ป่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน เพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส ได้มากขึ้น Mean = 1.63, S.D.=1.51 ดังแสดงในตารางที่ 5

หัวข้อ	ร้อยละของการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ					Mean	S.D
	ทุก	บ่อย	บาง	นานๆ	ไม่ได้		
	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ปฏิบัติ		
	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)		
1.ผู้ป่วยสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ	52.08	18.75	20.83	0	8.33	3.06	1.23
2.ผู้ป่วยวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้เป้าหมายที่วางไว้	22.92	18.75	33.33	8.33	16.67	2.23	1.36
3. ผู้ป่วยประเมินอารมณ์ตนเองถ้าพบว่าเครียด ท่านจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย	50.00	14.58	14.58	14.58	6.25	2.87	1.35
4. ผู้ป่วยได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส	16.67	14.58	27.08	4.17	37.50	1.69	1.52
5. ผู้ป่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน เพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส ได้มากขึ้น	18.75	8.33	25.00	12.50	35.42	1.63	1.51
รวม						2.30	0.96

ด้านการจัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตาหลัก 3 อ 2 ส ค่าเฉลี่ยรวม Mean = 2.21, S.D.=1.23 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ป่วยเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์เกิดความสนใจ มีการตรวจสอบข้อมูลก่อนซื้อ Mean = 2.62, S.D.=1.63 และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจารณ์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส กับผู้อื่นก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม Mean = 1.56 , S.D.=1.52 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการจัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

หัวข้อ	ร้อยละของการจัดการรู้เท่าทันสื่อ					Mean	S.D
	ทุก	บ่อย	บาง	นานๆ	ไม่ได้ปฏิบัติ		
	ครั้ง	(3)	ครั้ง	ครั้ง	(0)		
	(4)		(2)	(1)			
1. ผู้ป่วยเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์เกิดความสนใจ ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลก่อนซื้อ	45.83	20.83	6.25	4.17	22.92	2.62	1.63
2. ผู้ป่วยเห็นโฆษณาสินค้าในสื่ออินเทอร์เน็ตเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูล เพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ	33.33	8.33	14.58	8.33	35.42	1.96	1.75
3. ผู้ป่วยใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อที่ตนก่อนที่ปฏิบัติตนตาม	41.67	14.58	18.75	8.33	16.67	2.56	1.51
4. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันที	31.25	20.83	18.75	8.33	20.83	2.33	1.52
5. ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจารณ์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส กับผู้อื่นก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม	16.67	12.50	20.83	10.42	39.58	1.56	1.52
รวม						2.21	1.23

ด้านการจัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ 2 ส ค่าเฉลี่ยรวม Mean = 3.03, S.D.=0.39 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การตัดสินใจหากผู้ป่วยขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา มี Mean = 3.48, S.D.=0.87 และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรง Mean = 2.69, S.D.=1.13 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการจัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ 2 ส

หัวข้อ	ร้อยละของการจัดการตัดสินใจ			Mean	S.D
	2	3	4 คะแนน		
	คะแนน	คะแนน			
1.เมื่อผู้ป่วยไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้านแล้วได้รับการเชื้อเชิญให้กินอาหารที่ไม่ ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวานหรือ มัน จนเกินไป	45.83	12.50	41.67	2.96	0.94
2. การตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและเพื่อนออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่ เพื่อนบอกว่าไม่อยากออกกำลังกาย	6.25	56.25	25.00	2.94	0.91
3. ผู้ป่วยมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรง	14.58	33.33	29.17	2.69	1.13
4. หากคุณพ่อหรือคุณแม่ ญาติพี่น้องของผู้ป่วยสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ	37.50	14.58	47.92	3.10	0.93
5. การตัดสินใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา	25.00	2.08	72.92	3.48	0.87
รวม				3.03	0.38

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพทางสังคม พบค่าเฉลี่ยรวม Mean = 2.54, S.D.=1.31 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เข้าร่วมกิจกรรมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ของตนเองและผู้อื่น Mean = 2.69, S.D.=1.46 และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ร่วมกำหนดและบังคับใช้มาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ Mean = 2.31, S.D.=1.55 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพทางสังคม

หัวข้อ	ร้อยละของการมีส่วนร่วมกิจกรรม					$\bar{X}$	S.D
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ		
	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)		
1.เข้าร่วมกิจกรรมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ของตนเองและผู้อื่น	43.75	18.75	12.50	12.50	12.50	2.69	1.46
2.ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงเช่นเข้าประชุมหมู่บ้านให้ความรู้สุขภาพ อสม. เยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ด้านดูแลสุขภาพช่วยงานด้านสุขภาพของชุมชน / สถานพยาบาล	39.58	16.67	22.92	8.33	12.50	2.63	1.41
3.เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน	47.92	14.58	12.50	6.25	18.75	2.67	1.58
4.ร่วมจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้อื่น	39.58	8.33	22.92	10.42	18.75	2.40	1.55
5.ร่วมกำหนดและบังคับใช้มาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ	35.42	10.42	25.00	8.33	20.83	2.31	1.55
รวม						2.54	1.31

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย Mean = 2.30, S.D.=2.62 สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ใจดีและคณะ⁴ ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัด กำแพงเพชร จำนวน 392 คน พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ มีความรู้อยู่ใน ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.65 สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ ฤณอมพันธ์⁵ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้คะแนนร้อยละ 65.07 อยู่ ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ ถูกต้องบ้าง ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของจริยา นพเคราะห์ และคณะ⁶ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบตามสะดวก ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามระดับคะแนนที่ตั้งเกณฑ์ไว้ 3 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงคือร้อยละ 60.23 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.95 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.82 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ การชอบกินขนมหวาน เสี่ยงต่อการเกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของนันทยา อดกลั่น⁷ ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผิดปกติ และอาการแสดงของน้ำตาลในเลือดสูง ด้านการจัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตาหลัก 3 อ 2 ส ค่าเฉลี่ยรวม Mean = 2.21, S.D.=1.23 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ป่วยเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์เกิดความสนใจ มีการตรวจสอบข้อมูลก่อนซื้อ Mean = 2.62, S.D.=1.63 และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนพูดคุย ปรึกษา วิจารณ์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส กับผู้อื่นก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม Mean = 1.56 , S.D.=1.52 ผู้ป่วยมีการยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน ซึ่งในปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อ ข้อมูล ข่าวสารได้ง่ายจากหลายช่องทาง ซึ่งมีทั้งที่ถูกต้องเป็นความจริงและ ไม่เป็นความจริงหรือเป็นความรู้ความเข้าใจที่ผิด ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ พิมพ์ใจ ทายะติ และคณะ⁸ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีขีดความสามารถการรู้เท่าทันเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารในระดับปานกลาง ทั้งนี้ประกอบด้วยการเข้าถึง และการประเมิน สื่อและสารสนเทศด้วย อีกทั้งการที่ผู้ป่วย แสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถจะนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้อง แม่นยำ ได้นั้น อาจเนื่องมาจากช่องทางการ เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพยังไม่เพียงพอ และไม่เอื้อต่อการเข้าถึงของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. ถูกต้องเป็นส่วนมาก เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี แต่ พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการ อารมณ์ตนเอง และการออกกำลังกายที่จะลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคค่อนข้างน้อย อาจ เนื่องมาจากการจัดการอารมณ์ตนเองเป็นเรื่อง ที่เข้าใจและปฏิบัติได้ค่อนข้างยาก และในส่วน ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายนั้นอาจเป็น เพราะช่องทางที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงความรู้ได้นั้นมี ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพทางสังคม พบค่าเฉลี่ยรวม Mean = 2.54, S.D.=1.31 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เข้าร่วมกิจกรรม ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ของตนเองและผู้อื่น Mean = 2.69, S.D.=1.46 สอดคล้องกับการวิจัย กานดาวสี มาลีวงษ์ และคณะ⁹ วิเคราะห์และสังเคราะห์การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุให้ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้มเศร้า กินข้าวอร่อย” ของชมรมผู้สูงอายุเขตดอนเมืองผ่านการ เป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 90 ชมรมผู้สูงอายุอยู่ในหมู่บ้านจัดสรร จัดตั้งระหว่าง 5-10 ปี สมาชิกน้อยกว่า 50 คน ช่วงอายุของสมาชิก 70-79 ปี จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยชมรมเองโดยการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุเป็นไปตามศักยภาพของผู้นำกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพทำเองและไม่ต่อเนื่อง ยังไม่มีความเข้าใจการเป็นองค์กรความรู้รอบรู้ของผู้สูง อายุ มุ่งทำกิจกรรมในมิติ “ไม่ล้มเศร้า” ที่เน้นสร้างความสุขทางใจเป็นลำดับแรก การส่งเสริมให้เกิดกลไกการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเรื่อง “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้มเศร้า กินข้าวอร่อย” ให้เป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพควรเป็น “รูปแบบ Smart by LITS (Leadership, Information, Team, Stakeholder)” ประกอบด้วย ภาวะผู้นำของกรรมการ (Leadership: L) ดึงศักยภาพคณะกรรมการและสมาชิกให้ร่วมกันทำกิจกรรมจนบรรลุเป้าหมาย แสวงหาเครือข่ายสวัสดิการผู้สูงอายุ ใช้ข้อมูลเพื่อการทำงาน (Information: I) โดยรวบรวม จัดการและใช้ข้อมูลเพื่อทำกิจกรรมหรือโครงการต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีหรือต่ำส่งผลต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานในการควบคุมโรค ดังการศึกษาของ Lamar M.และคณะ¹⁰ ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับตัวชี้วัดด้านการควบคุมโรค โดยศึกษาจากผู้สูงอายุมากกว่า 900 คน ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำสัมพันธ์กับการมีระดับฮีโมโกลบิน A1c ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานและโรคเรื้อรัง รวมถึงญาติที่ดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการเสริมทักษะการวิเคราะห์ข่าวสารที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรับข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้องและสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสม
2. ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและเหมาะสมกับสถานการณ์ มีการสื่อสารข้อมูลความรู้ผ่านช่องทางหรือสื่อต่าง ๆ ที่หลากหลายและครอบคลุม

3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่น เพื่อเป็นข้อมูลนำใช้ในการจัดกิจกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลย์ นิละไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
2. วรณิ นิธิยานันท์. คนไทยป่วย 'เบาหวาน' พุง ป่วยแล้ว 5 ล้าน ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน พบป่วย 'ไตเรื้อรัง'. [อินเทอร์เน็ต] 2559 [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2563]
เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/11/12992>.
3. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติจังหวัดอุดรธานี รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2564. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2564]
เข้าถึงได้จาก https://r8way.moph.go.th/r8way/view_publicize.php?id=1905
4. นฤมล ใจดี. รัฐธำ ธรรมัง. นวลจันทร์ กวินาณิข และ ราตรี โพธิ์ระวัช. ความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร 20 ธันวาคม 2562, 1312-23.
5. มนต์รี นรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ ฤณอมพันธ์. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2562; 10(1): 35-50.
6. จริญญา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ ทศพร คำผลศิริ. ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร. 2563; 47(2): 251-261.
7. นาดยา อุดกลั่น. ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา. 2561; 1(1): 31-9.
8. พิมพ์ใจ ทายะติ, ชไมพร ดิสถาพร, ฤทธิชัย อ่อนมิ่ง. รูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยเพื่อการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Veridian E-Journal Silpakorn University. 2560; 10(3): 1456-1471.
9. กันดาวิสี มาลีวงศ์และคณะ. ความรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมือง. วารสารเกื้อการุณย์. 2561; 25(2), 119-136.
10. Lamar M., Wilson RS., Yu L., James BD., Stewart CC., Bennett DA., Boyle PA. Associations of literacy with diabetes indicators in older adults. J Epidemiol Community Health. 2018; 73(3): 250-5.

การพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกัน การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Received: 6 August 2021

Revised: 25 August 2021

Accepted: 30 August 2021

ภรุต สุพน¹ ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส²

มณฑิรา บุทเสน³ นเรนทร์ฤทธิ ผาจันทร์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งสิ้น 26 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพนพิสัย ดำเนินการวิจัยระหว่าง ตุลาคม 2563-มีนาคม 2564 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการและการสนทนากลุ่มที่มีวิสัยทัศน์พัฒนาขึ้นโดยการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87, 0.85, 0.89 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 45.5 เริ่มยาต้านไวรัสเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ร้อยละ 40 และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไม่ฝากครรภ์และมาคลอด ร้อยละ 4.5 และร้อยละ 13.6 ฝากครรภ์ล่าช้าและปกปิดผลเลือดกับสามีและครอบครัว ทำให้ไม่กล้ามาฝาก รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ หลังการพัฒนา ผู้รับบริการมีคะแนนความคิดเห็นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ระดับคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.85 (SD.=0.28) ต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านผู้ให้บริการมีคะแนนความรู้ เท่ากับ 16.10 (SD.=1.52) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.11 (SD.=0.74) ผู้วิจัยเห็นว่าการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้มีผลลัพธ์ที่ดีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้จริง จากผลลัพธ์การพัฒนาไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจึงควรนำรูปแบบการดูแลไปขยายผลในพื้นที่อื่นเพื่อไปประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบการดูแล, หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี,
การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก, โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Care Program Development for HIV-infected Pregnant Women for Prevention of Perinatal HIV Transmission in Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province

Porakot Soofon¹ Thippaporn Yeamsai²

Montira Buttasen³ Narainrith Phajan⁴

ABSTRACT

This study was research and development (R&D) research. Samples were purposively selected. Twenty-six samples were physicians, pharmacologists, nurses and pregnant women with HIV infection who attended the antenatal care clinic at Phon Phisai hospital. The research was performed during October 2020–March 2021. The Demographic Questionnaire, the In-depth Interview Guide, and the Satisfaction on Healthcare Profession Performance Questionnaire, and the Focus Group Discussion Guide were used for data collection. Their reliabilities were 0.87, 0.85, 0.89, and 0.85, respectively. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test. Qualitative data were analyzed by using content analysis.

Results revealed that 45.5% of pregnant women with HIV infection delayed antenatal care for 12weeks gestation. Forty percent of them started antiretroviral drug after 32weeks gestation. Some gave birth with no antenatal care (4.5%). . Some pregnant women went to get antenatal care late and hide their HIV-positive status from husbands and families (13.6%) The

¹²³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ⁴ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: porakot-n@hotmail.com

pregnant women who were aware of their HIV status avoided going early to antenatal care clinics and avoided taking antiretroviral drugs frequently. After developing a model for the prevention of mother-to-child transmission of HIV, the satisfaction score of the model in pregnant women with HIV infection was increasing. The mean scores of healthcare professionals' satisfaction towards the model of pregnant women with HIV infection were 4.85 (SD.=0.28) and healthcare professionals' knowledge were 16.10 (SD.=1.52). After the program, the healthcare professionals showed a higher mean score of knowledge than before training (p-value < 0.001). The mean scores of healthcare professionals' satisfaction was 4.11 (SD.=0.74). This research suggests that the development of care program increased the effectiveness of prenatal care for HIV-infected pregnant women for the purpose of prevention of perinatal HIV transmission and eradicated HIV-perinatal infection. Therefore, this developed care program should be implemented indifferent areas..

Keywords: Care Program Development, HIV-infected pregnant women, Prevention of Perinatal HIV transmission, Phon Phisai Hospital Nong Khai Province

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกัน ร้อยละ 25-40 ของเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อเอชไอวี^(อ้างอิง) ในประเทศไทยเริ่มมีการรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 พบปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกขยายตัวอย่างรวดเร็ว^(อ้างอิง) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายระดับประเทศ ให้สถานบริการของรัฐดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 ส่งผลให้การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีแนวโน้มลดลง^(อ้างอิง) ในปี พ.ศ.2555 ได้ปรับสูตรยาต้านไวรัสเป็น HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) ที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย โดยไม่ต้องรอผลตรวจภูมิคุ้มกัน(HIV) 1 อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคสำคัญ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ฝากครรภ์ล่าช้า ปกปิดผลเลือดสามีและครอบครัว จึงไม่กล้าไปฝากครรภ์ ส่งผลให้เริ่มยาต้านเอชไอวีล่าช้า ผลกระทบตามมาทำให้มีความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ ซึ่งหากมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ทารกอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ การเลี้ยงดู และการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต และเด็กคืออนาคตของชาติ ด้วยความสำคัญดังกล่าว กรมอนามัยร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการดำเนินงานจนสามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเหลือร้อยละ 1.9 ในปี 2558 และลดลงเป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2559 และมีเป้าหมายในปี 2563 เหลือไม่เกินร้อยละ 1 และสู่เป้าหมายที่เป็น "0" ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573²

โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ในปีงบประมาณ 2560-2563 หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11, 4, 4 และ 3 ราย ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 22 ราย พบว่า ฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า 12 สัปดาห์ 10 ราย (45.5%) กลุ่มที่เริ่มยาต้านเอชไอวีเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ จำนวน 4 ราย (18.2 %) พบว่าฝากครรภ์ล่าช้า เพราะปกปิดผลเลือดกับสามีและครอบครัว³ (ข้อมูลเฉพาะปีงบประมาณ 2560-2563) ส่วนใหญ่แต่งงานใหม่ไม่กล้าบอกสามี จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่มาฝากครรภ์ และบางส่วนทำงานต่างจังหวัดกลับมาเพื่อคลอดใกล้บ้าน ปัญหาดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้เนื่องจากได้รับยาต้านเอชไอวีล่าช้า ที่ผ่านมีการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้ฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์พร้อมคู่สมรส ฟังผลตรวจเลือดพร้อมคู่สมรส ยังพบปัญหาแบบเดิม ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดูแลในรายที่ปกปิดสามีและครอบครัว ด้านหญิงตั้งครรภ์มีความกังวลกลัวทารกจะได้รับเชื้อเอชไอวี กลัวข้อมูลถูกเปิดเผยเมื่อมาฝากครรภ์หรือมาคลอด พบว่าส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากขาดความรู้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมาเป็น การส่งต่อข้อมูลเป็นรายๆตามสภาพปัญหา ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดปัญหา กรณีผู้รับผิดชอบงานไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน กรณีบุคลากรมาใหม่ยังขาดความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลส่งต่อการดูแลอาจไม่ครอบคลุมอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ ผู้วิจัยเห็นว่าการมีรูปแบบการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐาน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้มีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก นอกจากนี้ยังจะส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกัน และนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ⁽⁴⁾ มาใช้ในการพัฒนา ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) การมีนโยบาย ระบบบริการและทีมดูแลที่ดี 2) กระบวนการ (Process) การมีกระบวนการทำงานที่มีขั้นตอนชัดเจน และ 3) ผลลัพธ์ รวมกับการใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁵ ผู้วิจัยเห็นว่าหากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช

โอวีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ด้านเอชไอวีจะสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม จึงใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁵ มาออกแบบกระบวนการพัฒนาร่วมกับการใช้ค่านิยมองค์กร PPSHOS Model มาร่วมพัฒนากระบวนการ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเพื่อปิดจุดอ่อนของรูปแบบเดิม และเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 ในระยะศึกษาสถานการณ์ ประชากรเป็นบุคลากรโรงพยาบาลโพธิสัย จำนวน 343 การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power⁶ โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นของความผิดพลาดที่ร้อยละ 5 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 95 โดยค่าของขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างระหว่างค่าของตัวแปรตามก่อนและหลังการทดลอง จากการคำนวณแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการทำวิจัยเท่ากับ 26 คน จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นทีมสหวิชาชีพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แพทย์ 5 คน เภสัชกร 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน และกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้คำปรึกษาและคลินิกยาต้านไวรัส งานฝากครรภ์ และงานการพยาบาลผู้คลอด รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์มารับบริการ ระหว่างปีงบประมาณ 2560 ถึง 2563 ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยด้วยตนเองและสมัครใจเข้าร่วม 15 คน แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ในระยะนี้ แบ่งเป็นกระบวนการย่อยเป็น 3 กระบวนการ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเชิงลึก โดยศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ โรงพยาบาลโพธิสัย ในปีงบประมาณ 2560 ถึง ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 22 ราย

วิธีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ การสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) ผู้รับบริการ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

- 2) ผู้ให้บริการ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดีความ สรุปความ

2. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วิธีการศึกษา ทบทวนแนวคิดทฤษฎี แนวคิดทฤษฎีระบบ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และทฤษฎีระบบ (System theory)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดีความ สรุปความ

3. การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 15 คน

วิธีการศึกษา จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ดีความ สรุปความ

4. การสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) แพทย์ จำนวน 5 คน 2) เภสัชกร จำนวน 1 คน 3) พยาบาลวิชาชีพงานให้คำปรึกษาและคลินิกยาต้านไวรัส จำนวน 2 คน 4)

พยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ จำนวน 3 คน และ 4) พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 26 คน เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

วิธีการศึกษา จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประโยคคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (Open ended questions) จำนวน 3 ข้อ โดยมีประเด็นคำถาม คือ (1) การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (2) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลที่ผ่านมาเป็นอย่างไร และ (3) ท่านมีแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างไรสิ่งที่ควรปรับปรุง เพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในประเด็นใดบ้าง และแบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ประเด็นการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ข้อ โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ดังนี้ (1) จากสภาพปัญหาที่พบรูปแบบที่จะพัฒนาควรเป็นอย่างไร (2) การวางแผนพัฒนารูปแบบควรเป็นอย่างไร และ (3) การติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้ความ สรุปความ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยเริ่มดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2564 โดยแบ่งการพัฒนากออกเป็น 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 แบ่งออกเป็น 3 กระบวนการย่อย ดังนี้ 1) การเตรียมทีมงานและมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก 2) จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และ 3) ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เข้าใจ เข้าใจ ใ้ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ร่วมกับการใช้ค่านิยมองค์กร ของโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย มาออกแบบกระบวนการพัฒนา เป็น PPSHOS Model³ ดังนี้

P – Patient focus – ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ

P – Prenatal of Mother-to-child HIV Transmission: PMTCT) ให้บริการตามมาตรฐาน โดยใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติในการยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี พ.ศ. 2573

S – System perspective การทำงานเชิงระบบ บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory)^(อ้างอิง) ในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

H – Health literacy ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี

O – Output Outcome การนำผลลัพธ์มาปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

S – Service mind – การให้บริการด้วยใจมาใช้ในการกระบวนการให้การปรึกษา การบริการด้วยหัวใจเพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและเปิดเผยผลเลือดกับสามีและครอบครัวด้วยความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น 4) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในวงรอบที่2

วงรอบที่ 2 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ แบ่งเป็น 3 กระบวนการย่อย ดังนี้ 1) นำไปใช้ทดลองในกลุ่มตัวอย่างในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 2) นำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และนำข้อค้นพบมาปรับปรุงรูปแบบการดูแล โดยเพิ่มจัดทำ Flow chart เพื่อให้สะดวกในการนำไปใช้ เพิ่มจุดเน้นในการดูแลในแต่ละระยะตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงการดูแลหลังคลอด การติดตามทารก และการส่งต่อมารดาและสามี และจัดทำ Doctor's order sheet เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำบัตรนัดตรวจเลือดติดตามทารก ช่วยให้การให้ยาสะดวกรวดเร็ว ไม่พบข้อผิดพลาดในการให้ยาที่เป็นไปตามมาตรฐาน PMTCT 3) ติดตามประเมินผลรูปแบบนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงจนได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแล แบ่งเป็น

1) ด้านผู้ให้บริการ ประเมินความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2) ด้านผู้รับบริการ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการสอบถามความคิดเห็นรูปแบบการดูแล ก่อนและหลังการพัฒนา และประเมินความพึงพอใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และติดตามผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังการนำรูปแบบไปใช้ วัตถุประสงค์การดูแลที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้เรื่องการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ข้อสอบ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ข้อ ก ข ค และข้อ ง ใช้ในการประเมินความรู้ก่อนการพัฒนารูปแบบ (Pre-test) และประเมินความรู้

หลังการพัฒนารูปแบบ (Post-test) โดยผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เกณฑ์การประเมิน คือ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และ ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน กำหนดให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน รวม คะแนนเต็ม เท่ากับ 20 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ความรู้อยู่ในระดับมาก (คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป)
- ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน)
- ความรู้อยู่ในระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)

2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่ได้พัฒนาขึ้น โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการที่ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่ได้พัฒนาขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบเป็น 5 ระดับของ ลิเคิร์ท (Likert, 1961)⁷ มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ระดับ 5 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด
- ระดับ 4 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
- ระดับ 3 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
- ระดับ 2 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
- ระดับ 1 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)⁸ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพธิ์สัณห์ จำนวน 20 ข้อ ใช้ในการประเมินความคิดเห็นก่อนการพัฒนารูปแบบ (Pre-test) และประเมินความคิดเห็นหลังการพัฒนารูปแบบ (Post-test) ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบเป็น 5 ระดับของ ลิเคิร์ท (Likert, 1961)⁷ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ระดับ 5 ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด, ระดับ 4 ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก, ระดับ 3 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง, ระดับ 2 ความอยู่ในระดับน้อย, ระดับ 1 ความอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)⁸ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

2) แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการรับบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบเป็น 5 ระดับของ ลิเคิร์ท (Likert)⁷ มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับ 5 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด, ระดับ 4 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก, ระดับ 3 ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง, ระดับ 2 ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย, ระดับ 1 ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁸ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

ส่วนที่ 4 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 ข้อ ในประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประโยคคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (Open ended questions) จำนวน 5 ข้อ โดยผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลด้วยตนเอง โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้ (1) เมื่อท่านทราบผลการตรวจเลือดท่านคิดอย่างไร (2) ความต้องการการดูแลจากทีมที่ดูแลเป็นอย่างไร (3) ปัญหาและอุปสรรคในการมารับบริการที่งานให้คำปรึกษา งานฝากครรภ์ งานห้องคลอด และการติดตามดูแลมารดาและทารก โรงพยาบาลที่ท่านมาเป็นอย่างไร และ (4) รูปแบบการดูแลของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

3) ภาพพลิกการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบภาพมาจากการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและติดตามปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด ของกรมควบคุมโรค (2563) และคู่มือหลักสูตรการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี (2557)¹ โดยนำมาใช้เป็นเครื่องมือประกอบการให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและให้เกิดความรอบรู้ด้านเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

2) นำแนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลต่างๆ มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินความรู้ แบบประเมินความคิดเห็น แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม

2. การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย แยกออกเป็น การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นดำเนินการ ดังนี้

1) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและปรับแก้ไขให้สมบูรณ์

2) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย, 2563/2564) และข้อคำถามบางส่วนปรับปรุงมาจากคู่มือการอบรมหลักสูตรการปรึกษาแบบคู่การดำเนินงานผู้ขายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมารดา กรณอนามัย (2554) โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องในการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องของเครื่องมือ ได้ค่า IOC (Index of item objective congruence : IOC) เท่ากับ .67-1.0 สามารถใช้ได้

3) นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับแก้แล้วตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงที่มารับยาต้านไวรัสที่คลินิกยาต้านไวรัสจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น ได้ผลดังนี้

(1) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์คูเดอร์แอนดริชาร์ทสัน (KR-20)² ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 (2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 (3) แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89 (4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ศึกษา สรุปความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแต่อย่างใด และ

สำหรับบุคลากรไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการพิจารณาผลการปฏิบัติงาน โดยได้มีการลงนามในใบยินยอมความสมัครใจก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล และข้อมูลที่ไดจากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น งานวิจัยนี้ได้รับการรับรอง การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ 9/2564

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาด้านหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 45.5 เริ่มยาต้านไวรัสเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ร้อยละ 40.0 และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไม่ฝากครรภ์และมาคลอด ร้อยละ 4.5 และร้อยละ 13.6 ฝากครรภ์ล่าช้าและปกปิดผลเลือดกับสามีและครอบครัว ส่งผลให้ไม่กล้ามาฝากครรภ์ ขาดความรู้ความตระหนักในการป้องกันและการมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่มีความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ลูกได้ ด้านผู้ให้บริการ พบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ยังขาดประสบการณ์ ส่งผลกระทบต่อการดูแลอาจไม่ครอบคลุมและเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้นำแนวคิดการทฤษฎีระบบ (Systems theory)¹⁰ ร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)¹¹ มาออกแบบกระบวนการพัฒนา นอกจากนี้ได้ใช้ค่านิยมองค์กร คือ PPSHOS ของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย ได้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (รูปแบบเดิม)	การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (รูปแบบที่พัฒนาขึ้น)
กรณีมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์หรือมาคลอด ส่งต่อข้อมูลเป็นรายๆจากงานฝากครรภ์ ยังไม่มีรูปแบบชัดเจนร่วมกัน	ได้ Flow chart รูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่เป็นแนวทางเดียวกันชัดเจน เชื่อมโยงการดูแลร่วมกัน ระหว่างงานฝากครรภ์ งานให้คำปรึกษา/คลินิกยาต้านไวรัส จนถึงงานห้องคลอดและมีรูปแบบการติดตามมารดา ทารกหลังคลอด
การให้ยาทารกแรกเกิด พยาบาลห้องคลอดสอบถามการให้ยาเป็นรายๆจากคลินิกยาต้าน และแพทย์จะมีคำสั่งการรักษา (Doctor's order) การให้ยาเป็นรายๆ	มีใบคำสั่งการรักษา (Doctor's order sheet) ช่วยให้ยาถูกต้อง สะดวก รวดเร็วไม่พบข้อผิดพลาด เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
ยังไม่มีรูปแบบแนวทางการติดตามมารดา ทารก ร่วมกัน มีเฉพาะงานคำปรึกษา/คลินิกยาต้านไวรัส	มีรูปแบบการติดตามมารดา ทารกหลังคลอด บัตรนัดตรวจเลือดทารกหลังคลอด เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ร่วมกัน เพิ่มการติดตามดูแลผ่านสื่อออนไลน์ ช่องทาง LINE Facebook
ไม่เคยมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	ได้รับการอบรมให้ความรู้การปฏิบัติการพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ช่วยให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นในการให้บริการมากขึ้น เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล
-งานฝากครรภ์ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเรื่องการฝากครรภ์พร้อมคู่และฟังผลเลือดพร้อมคู่ -ยังไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์จนถึงระยะให้นมบุตร	-งานฝากครรภ์เพิ่มการประชาสัมพันธ์ฝากครรภ์พร้อมคู่สื่อสารในเครือข่ายรพ.สต.เน้นการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และกรณีที่ฝากครรภ์พร้อมคู่ไม่ได้ให้สามีมาฟังผลเลือดพร้อมหญิงตั้งครรภ์ -เพิ่มการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์จนถึงระยะให้นมบุตร
ไม่มี Flow chart การให้ยาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ห้องคลอดจะโทรศัพท์ถามสูตรยาเป็นรายๆและไม่ทราบแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว	มี Flow chart การให้ยาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และการส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลร่วมกัน มีแนวทางการจ่ายนมผสมให้ทารก การติดตามส่งต่อยาต้านไวรัสผู้ใหญ่ต่อไป รวมทั้งติดตามครอบครัวและสามี
ไม่มีระบบการสำรองยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง Raltegravir 400 mg สำหรับจ่ายเพิ่มในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า 32 สัปดาห์ ต้องส่งไปรับยาที่โรงพยาบาลหนองคาย	มีระบบการสำรองยา กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า 32 สัปดาห์สามารถจ่ายยาได้ทันทีโดยไม่ต้องส่งไปรับยาที่โรงพยาบาลหนองคาย เพิ่มความสะดวกและรวดเร็วในการเข้าถึงยาป้องกันในรายที่มาฝากครรภ์ล่าช้าหรือกรณีมาจากต่างจังหวัดที่ปกปิดครอบครัวและสามีช่วยลดความเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ พบว่าส่วนใหญ่ อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 53.3 รองลงมา อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 86.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80.0 และรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พัฒนาขึ้น โดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้รับบริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 3.92 (SD=0.34) และหลังการพัฒนา มีคะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 4.91 (SD=0.14) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นของผู้รับบริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้น ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นของผู้รับบริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนความคิดเห็น ต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	95%CI	p-value
ก่อนพัฒนา	15	3.92	0.34	0.79 ถึง	<0.001
หลังพัฒนา	15	4.91	0.14	1.18	

2.3 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พัฒนาขึ้น หลังการพัฒนานี้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ระบุระดับความพึงพอใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ รวมจำนวน 10 ข้อ และแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34- 3.67) และ มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) ผลการศึกษา พบว่า หลังการพัฒนาผู้รับบริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.85 (SD.=0.28) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 4.10 และสูงสุด 5.00

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการ จำนวน 20 คน นั้น ทุกคนที่ศึกษา (ร้อยละ 100.0) เป็นเพศหญิง โดยส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 30.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.0 และมีอยู่ร้อยละ 5.0 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.0 โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 12.0 ปี (SD.=7.06) มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.0 ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.0 โดยสถานที่ในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นงานการพยาบาลผู้คลอด ร้อยละ 75.0 รองลงมาเป็นงานการครรภ์ และ งานให้คำปรึกษาและคลินิกยาต้านไวรัส ร้อยละ 15.0 และ 10.0 ตามลำดับ

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของผู้ให้บริการ โดยรวม หลังการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 รองลงมา มีความรู้ในระดับน้อยและระดับมาก ร้อยละ 20.0 และ 5.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 12.8 (SD.=2.88) คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และสูงสุด 20 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของผู้ให้บริการโดยรวมหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (16 คะแนนขึ้นไป)	1	5.0
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	15	75.0
ระดับน้อย (น้อยกว่า 12 คะแนน)	4	20.0
Mean=12.80 (SD=2.88), Min=4: Max=20		

3.3 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของผู้ให้บริการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ให้บริการก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนความรู้	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ($\bar{d}$)	s.d. _d	95% CI	p-value
ก่อนพัฒนา	20	12.80	2.88	3.33	1.95	2.39 ถึง 4.21	<0.001
หลังพัฒนา	20	16.10	1.52				

3.4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ศึกษาจำนวน 26 คน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.6 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.11 (SD.=0.74) ต่ำสุด 3.00 และสูงสุด 4.90

4. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่พัฒนาขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการทฤษฎีระบบ (Systems Theory)¹⁰ ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)¹¹ มาออกแบบกระบวนการพัฒนา นอกจากนี้ได้ใช้ค่านิยมองค์กร คือ PPSHOS ของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย ได้ Flow chart รูปแบบการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกันชัดเจนขึ้น ช่วยให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลสะดวก รวดเร็ว ไม่พบอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดจากการดูแล ได้รูปแบบ Doctor's order sheet เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ช่วยให้การจ่ายยาถูกต้องตามมาตรฐานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลดความผิดพลาดการให้ยาทารกได้ ทำบัตรนัดตรวจเลือดติดตามทารกช่วยให้การติดตามมีความครอบคลุมมากขึ้น ผลการวิจัยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าสถานการณ์ปัญหาด้านหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี การปกปิดผลเลือดกับสามี กลัวการบอกเลิก และกังวลกลัวคนรู้เมื่อมาฝากครรภ์ ส่งผลให้ไม่กล้ามาฝากครรภ์ ฝากครรภ์ล่าช้า ซึ่งทำให้ได้รับยาต้านเอชไอวีล่าช้าซึ่งเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งสอดคล้องกับรัศมี สุวัฒน์สังข์¹² ที่พบว่า มารดาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ฝากครรภ์ ปกปิดสามีและครอบครัว ส่งผลให้ได้รับยาต้านเอชไอวีช้า และสอดคล้องกับ ช่อผกา หนูรอด และคณะ¹³ ที่พบว่า ทารกที่คลอดจากการติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยง มารดาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญติดตามดูแลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ จนกระทั่งคลอดตลอด การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบ เป็นการพัฒนาจากสภาพปัญหาที่แท้จริงจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นำมาพัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ อิศศักดิ์ อุดมศรี¹⁴ ที่พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสามารถป้องกันได้ การมีระบบการทำงานที่ดี โดยใช้มาตรการเดียวกัน ตั้งแต่การคัดกรองเมื่อมาฝากครรภ์ การดูแลการคลอดที่เหมาะสม การติดตามมารดาทารกอย่างต่อเนื่องจะส่งผลที่ดีในการดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ จิระพัฒน์สกุล¹⁵ ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบโดยมีการวางแผน อย่างเป็นขั้นตอน กำหนดเป้าหมายพัฒนา กำหนดผู้รับผิดชอบ มีการติดตามประเมิน ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การพัฒนาช่วยให้เกิดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เกิดการเชื่อมโยงระบบบริการของโรงพยาบาลครอบคลุมมากยิ่งขึ้นรูปแบบสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ จุฑาทิพย์ ธรรมวินิจฉัย และทวิวงศ์ ตันตราชีวะ¹⁶ ที่พบว่าการพัฒนาไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้เหลือร้อยละ 0 ภายในปี 2573 ได้ ซึ่งหลังการพัฒนาพบว่า ได้รูปแบบการดูแลชัดเจนขึ้นมี Flow chart ที่ใช้งานสะดวกที่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้หลังการพัฒนาผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 ซึ่งที่เป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะว่าการดูแลมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี สุวัฒน์สังข์¹² ที่พบว่าการพัฒนาการดูแลที่ติดเชื้อเอชไอวีที่คลอดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ มีการเชื่อมโยงดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังส่งผลให้มารดาสุขภาพดีสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขในครอบครัว และเป็นการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากการคลอดสู่ทารกได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ พบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีฝากครรภ์ล่าช้าและปกปิดข้อมูลกับสามีทำให้ฝากครรภ์ล่าช้า รูปแบบการดูแลไม่ชัดเจน ยังไม่มีแนวทางร่วมกัน บุคลากรใหม่ขาดประสบการณ์ ซึ่งผลการวิจัยนี้ส่งผลให้ลดความเสี่ยงและสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้จริง ควรคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อเพิ่มการรณรงค์ให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และส่งเสริมให้มาฝากครรภ์พร้อมคู่เพื่อลดปัญหาการปกปิดสามี และการศึกษานี้ใช้เวลาพัฒนาสั้นเพียง 6 เดือน ควรติดตามผลลัพธ์และพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดในหญิงคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และควรจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานมีความชำนาญและเป็นไปตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) จากผลการวิจัยนี้ได้รับรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันทั้งโรงพยาบาล มี Flow chart มี Doctor's order sheet จุดเน้นในการดูแลเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี มีระบบเชื่อมโยงการดูแลร่วมกัน ซึ่งได้สรุปรายงานการวิจัย เสนอนายแพทย์สาธารณสุขหนองคาย สรุปรายงานระดับเขตสุขภาพที่ 8 และขยายผลในโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงนรินทิพย์ ฤทธิ์ธูติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย นางนงค์เยาว์ อินทวิเชียร หัวหน้าพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.เทพไทย โชติชัย ดร.ภานุวัฒน์ ศรีโยธา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น และที่ให้การสนับสนุนให้คำปรึกษารวมทั้งสนับสนุนด้านวิชาการ และบุคลากรผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือร่วมใจงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และสามี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563/2564. การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์. ; 2563.
3. ไม่มีผู้แต่ง ?? สถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย. ข้อมูลเฉพาะทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ปีงบประมาณ 2560-2563
4. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: บริษัทสำนักพิมพ์ สือตะวันออก จำกัด; 2562.
5. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เขา ถึง เขาใจ และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2561.
6. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมพ์ครั้งที่ 18 .กรุงเทพฯ: บริษัทซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน); 2563.
7. Likert, S. (1961). New patterns of management. New York: McGraw-Hill.
8. บุญชม ศรีสะอาด. (2543). การวิจัยเบื้องต้น . พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวิทย์สาส์น.
9. Kuder. (1993). การหาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson Method) สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2564, จาก <https://www.ict.up.ac.th/surintips/ResesarchMethodology/totip/>
10. ทฤษฎีระบบ (Systems theory).[อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://km.mhesi.go.th/content/ทฤษฎีระบบ-system-theory>
11. วัชรพร เขยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนา. 44(3): 183-197.
12. รัศมี สุวัฒน์สังข์. การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2560;31: 415-426.
13. ช่อผกา หนูรอด และคณะ. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(1)ไม่มีเลขหน้า ??
14. อิศศักดิ์ อุดมศรี. Perinatal Transmission. บทความพิเศษ/ทบทวนวรรณกรรม (Review Article). Krabi Medical Journal. 2019;2(2): 59-83.
15. จุฬารัตน์ จิระพัฒนสกุล. การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์. ไม่มีชื่อวารสาร ?? [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index>.
16. จุฑาทิพย์ ธรรมวินิจัย และทวิวงศ์ ตันตราชีวร. (2559). ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล. วารสารเวชศาสตร์และวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564;65(1): 83-94

ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

Received: 8 June 2021

Revised: 24 August 2021

Accepted: 30 August 2021

จรัสศรี อาจศิริ สม.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย จำนวน 118 คน และเครื่องมือเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.987 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69 คะแนน (S.D.=0.53) ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.836$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยปัจจัยการบริหารด้านการจัดการ การควบคุมกำกับ ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านการจัดการ การจัดองค์การ ($p\text{-value} < 0.001$) และด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value} = 0.004$) สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาว ได้ร้อยละ 75.4 ($R^2 = 0.754$, $P\text{-value} < 0.001$) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ คือ ปัจจัยด้านบุคลากร และงบประมาณ

คำสำคัญ: การบริหาร, การบริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

The influence of administrative affecting the Thai traditional medicine service of five star standard criteria of sub district health promotion hospital quality development in NongKhai province

Charutsri Assiri

Abstract

The cross-sectional descriptive research aimed to study the influence of administrative affecting the Thai Traditional Medicine service according to Five Stars Standard Criteria of Sub-district Health Promoting Hospital Quality Development in Nong Khai province. The total 118 participants in this study were provided quantitative data, self-administered questionnaires with 1-5 Likert's scale. Index of item objective congruence (IOC) each item was between 0.67 - 1.00 and reliability Cronbach's alpha was 0.987. Data collection was carried out from September 1st to September 30th, 2018. The data was then analyzed using a package computer program for descriptive statistics, Pearson's correlation, multiple linear regressions, and content analysis ($p \leq 0.05$).

The results showed that administrative had positively high relationship with the Thai Traditional Medicine service according to Five Stars Standard Criteria of Sub-district Health Promoting Hospital Quality Development (3.69 ± 0.53 , $r = 0.836$, $p\text{-value} < 0.001$). There were three factors chosen into the predict model at statistically significant level of 0.05. Administrative of controlling ($p\text{-value} < 0.001$) Organizing ($p\text{-value} < 0.001$) and Material ($p\text{-value} = 0.004$).

Together with controlling, organizing and material factors, the Thai Traditional Medicine service forecast was 75.4 percent ($R^2 = 0.754$, $P\text{-value} < 0.001$). Most of the problems and obstacles encountered were personnel factors and budget factor.

Keywords: Administrative, Thai Traditional Medicine service, Five Stars Standard Criteria

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: b_anya_2@hotmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับ สถานือนามัยทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการและกระบวนการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานพยาบาลประจำตำบลได้รับการยกระดับศักยภาพจากสถานือนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน และได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.เน้นพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เนื่องจากเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่ารักษา และเป็นกลไกที่ส่งผลให้เกิดสังคมสุขภาพดีอย่างยั่งยืน โดยมีเป้าหมายให้ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ทุกแห่งภายใน 5 ปี รพ.สต. ทั่วประเทศทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 9,806 แห่ง ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. 5 ดาว จำนวน 1,683 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 17.16 โดยเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 10.00 และกระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญจึงได้ดำเนินการต่อเนื่องในปี 2561 โดยตั้งเป้าหมาย รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพทั่วประเทศ ร้อยละ 25.00 (สะสมปี 2560 และปี 2561) และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกแห่งภายในปี 2564 ซึ่งมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ บริหารดี ประสานงานดี บุคลากรดี บริการดี และประชาชนสุขภาพดี โดยส่วนที่ 4 บริการดีของหมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัยได้กล่าวถึงการบริการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีเกณฑ์การตรวจประเมิน 5 ประเด็น ได้แก่ ฐานข้อมูลผู้รับบริการ ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ ระบบบริการ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้ CPG และเครื่องมือในการให้บริการได้ และการบันทึกข้อมูล¹

ในปี 2559 จังหวัดหนองคายได้เริ่มดำเนินงานพัฒนา รพ.สต. ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว พบว่า รพ.สต. ผ่านการรับรองระดับ 5 ดาว จำนวน 8 แห่ง ร้อยละ 9.41 ปี 2560 เป้าหมายร้อยละ 20 พบว่า รพ.สต. ผ่านการรับรองระดับ 5 ดาว จำนวน 23 แห่ง ร้อยละ 27.06 และปี 2561 เป้าหมายร้อยละ 25 พบว่า รพ.สต. ผ่านการรับรองระดับ 5 ดาว จำนวน 31 แห่ง ร้อยละ 36.47 จากการประเมินการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2561 พบว่า รพ.สต. มีการจัดบริการ แพทย์แผนไทยตามเกณฑ์รายการตรวจประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องและการสอบถาม/สัมภาษณ์ จำนวน 31 แห่ง รพ.สต. มีข้อค้นพบประเด็นที่เป็นปัญหาต้องนำมาทบทวนระบบบริการแพทย์แผนไทย ได้แก่ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้ CPG และเครื่องมือในการให้บริการได้ ระบบบริการ ฐานข้อมูลผู้รับบริการ การบันทึกข้อมูล และช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ ตามลำดับ² ซึ่งการดำเนินงานพัฒนา รพ.สต.ติดดาว สามารถบูรณาการร่วมกับการพัฒนางานบริการแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ประกอบด้วย ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดบริการ³ โดยการพัฒนาการจัดบริการแพทย์แผนไทยให้ได้มาตรฐาน พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยให้มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต. พัฒนาการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนและการรับ-ส่งต่อได้รวดเร็ว เพื่อให้เกิดระบบบริการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ จากการทบทวนงานวิชาการที่ผ่านมาพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการบริการแพทย์ แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลในการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้ประสบผลสำเร็จในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่า ปัจจัยสำคัญในการจัดระบบบริการการแพทย์แผนไทย คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุนงานแพทย์แผนไทยร่วมกันกำหนดและประกาศนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ในการให้บริการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ผ่าน สื่อต่าง ๆ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยและทีมงานมีการจัดเตรียมสถานที่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ มีการวางแผนกระบวนการให้บริการและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ มีการติดตามประเมินผลและรายงานผลในการให้บริการแพทย์แผนไทยแก่ผู้บริหารทุกเดือน⁴ ความพร้อมของการให้บริการการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. จังหวัดลพบุรี พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของการให้บริการการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. คือ การมีงบประมาณสนับสนุน การมีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน⁵ ผลการพัฒนากระบวนการระดับอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบติดดาว (คป.สอ.ติดดาวและ รพ.สต.ติดดาว) จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ มีภาวะผู้นำ มุ่งเน้นการทำงานที่เชื่อมโยงและสร้างสัมพันธภาพผู้เกี่ยวข้อง ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยทีมพี่เลี้ยงที่เป็นสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล การประเมินผลแบบ Coaching และทำงานเป็นเครือข่าย⁶

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การบริการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ มีระบบการบริการที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสมทั้งการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ แต่ยังคงพบว่า ปัจจัยการบริหารเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริการแพทย์แผนไทยที่จะส่งผลให้การบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ และ

ปัจจัยด้านการจัดการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ในการวางแผน พัฒนา และสนับสนุนการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อเกิดประโยชน์ต่อการบริการยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับปัจจัยการบริหาร ระดับการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ดำเนินการศึกษา คือ รพ.สต. ในจังหวัดหนองคาย จำนวน 74 แห่ง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย จำนวน 148 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างของอรุณ จิรวัดนกุล และคณะ⁷ โดยมีสูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 118 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทย ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเลือกตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ เป็นแบบสอบถามด้านปัจจัยการบริหาร จำนวน 65 ข้อ ประกอบด้วย ด้านบุคลากร จำนวน 8 ข้อ ด้านงบประมาณ จำนวน 7 ข้อ ด้านวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 10 ข้อ และด้านการจัดการ จำนวน 40 ข้อ ได้แก่ การวางแผน การจัดการ การบริหารบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับ ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเลือกตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ เป็นแบบสอบถามด้านการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว จำนวน 46 ข้อ ได้แก่ ฐานข้อมูลผู้รับบริการ จำนวน 9 ข้อ ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ จำนวน 11 ข้อ ระบบบริการ จำนวน 12 ข้อ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้ CPG และเครื่องมือ ในการให้บริการได้ จำนวน 5 ข้อ และการบันทึกข้อมูล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งมีการให้ค่าคะแนนและการแปลผลข้อคำถาม ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน⁸ ใส่ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด โดยมี การแปลความหมาย⁹ ดังนี้

- ช่วงคะแนน 1.00 - 1.49 มีค่า น้อยที่สุด
- ช่วงคะแนน 1.50 - 2.49 มีค่า น้อย
- ช่วงคะแนน 2.50 - 3.49 มีค่า ปานกลาง
- ช่วงคะแนน 3.50 - 4.49 มีค่า มาก
- ช่วงคะแนน 4.50 - 5.00 มีค่า มากที่สุด

และส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความและให้ตอบได้โดยเสรี

2. แนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูล มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดการ การบริหารบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับ เป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบได้โดยเสรี ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการบริการ แพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้แก่ ฐานข้อมูลผู้รับบริการ ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ ระบบบริการ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้ CPG และเครื่องมือใน

การให้บริการได้ และการบันทึกข้อมูล และส่วนที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์ คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย โดยให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดนำไปหาค่าความสอดคล้อง มีค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นผู้ ตรวจสอบดังนี้

- ผู้เชี่ยวชาญด้านโครงสร้างเนื้อหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คือ นายราเชนทร์ พิเชฐพันธ์
- ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย คือ ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย
- ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล คือ นายสัมพันธ์ บัณฑิตเสน

2. แบบสอบถามที่เป็นข้อคำถาม 5 ระดับ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.987

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดหนองคาย เรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. สำรวจและทำบัญชีรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย โดยประสานงานขอรายละเอียดจากงานข้อมูลข่าวสาร กลุ่ม งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความอนุเคราะห์ในการออกหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคายถึงสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดหนองคาย และสำเนาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม พร้อมหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายเข้าพบสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอ ความร่วมมือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด การเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามในหนังสือขอความร่วมมือจากกลุ่มประชากรในการตอบแบบสอบถาม

4. เก็บข้อมูลแบบสอบถามเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังผู้ตอบแบบสอบถามโดยตรง พร้อม แนบซองจดหมาย เปล่าติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งนัดหมาย วัน เวลา ในการส่งแบบสอบถามกลับคืน เมื่อครบกำหนด 20 วัน ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง ถ้าได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน น้อย ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามติดตามกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง พร้อมแนบซองจดหมายเปล่าติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ผู้วิจัย โดยส่งถึงกลุ่มตัวอย่างทุก ราย และนำแบบสอบถามที่ได้รับมาทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วน ลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

5. เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูล (1) ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยนัดวันที่จะทำการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 12 คนก่อน ล่วงหน้าประมาณ 1 สัปดาห์ ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มและกำหนดการหัวข้อในการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบเพื่อขอความร่วมมือ ก่อนสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ทำการทบทวนความเข้าใจรายละเอียดของ แบบสัมภาษณ์ทุกครั้ง พร้อมทั้งผู้วิจัยแนะนำตัว ก่อนแล้วแจ้งวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มและขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างบันทึกเสียง (2) ขั้นตอนสนทนากลุ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัย แนะนำตัวก่อนแล้วแจ้งวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับกลุ่มสนทนา และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างบันทึกเสียง ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและพูดเป็นกันเองกับ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการได้ข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด บันทึกการสนทนากลุ่ม โดยทำการจดบันทึกและบันทึกเสียงในขณะที่ทำการสนทนากลุ่ม ซึ่งต้องได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ในวันสนทนากลุ่ม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ อยู่ให้เลื่อนวันสนทนากลุ่มและนัดสนทนากลุ่มในวันใหม่ จนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะอยู่ให้สนทนากลุ่มได้ (3) ขั้นตอนปิดการสนทนากลุ่ม ทำการทบทวน ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนปิดการสนทนากลุ่ม พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการสนทนากลุ่มผู้วิจัยทำหนังสือขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกคน

6. การตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการนำแบบสอบถามที่รวบรวมมาได้มาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล เมื่อ ตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส และควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูล โดยทำการบันทึก 2 ครั้ง จัดเก็บข้อมูลเป็น 2 แฟ้ม แล้วนำแฟ้มข้อมูลทั้งหมด 2 แฟ้ม มาตรวจสอบเปรียบเทียบกัน จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล เพื่อความถูกต้องและ ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความ น่าเชื่อถือของข้อมูล แล้วนำข้อมูลนั้นมาสรุปประเด็น โดยมีการนำเสนอเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดหนองคาย ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2561 หมายเลขรับรอง 26/2561 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ ตลอดระยะเวลา หากมีการจัดบันทึกหรือบันทึกเสียง จะต้องแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนทุกครั้ง และต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนจึงจะสามารถกระทำได้ ผู้วิจัยจะรักษาความลับของข้อมูลเพื่อไม่ให้มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ในการนำเสนอข้อมูลนั้นจะไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และ จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 95 คน (ร้อยละ 80.5)

อายุอยู่ในช่วง 31-35 ปี จำนวน 29 คน (ร้อยละ 24.6) อายุเฉลี่ย 39.25 ปี (S.D. = 9.08) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสสมรส ร้อยละ 68.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 91.5 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 28,926.53 บาท (S.D.= 11,599.56) รายได้ต่ำสุด 7,500 บาท/เดือน สูงสุด 55,000 บาท/เดือน และระยะเวลาปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทย เฉลี่ย 7.58 ปี (S.D. = 6.35) ต่ำสุด ต่ำกว่า 1 ปี สูงสุด 36 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย (n=118)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	19.5
หญิง	95	80.5
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 25 ปี	5	4.2
26-30 ปี	17	14.4
31-35 ปี	29	24.6
36-40 ปี	15	12.7
41-45 ปี	25	21.2
46-50 ปี	9	7.6
51 ปีขึ้นไป	18	15.3
(Mean = 39.25 ปี, S.D. = 9.08 ปี, Minimum = 23 ปี, Maximum = 59 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	25	21.2
สมรส	81	68.6
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	12	10.2
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10	8.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	108	91.5
รายได้ (ต่อเดือน)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	3	2.5
10,001 – 20,000 บาท	36	30.5

20,001 – 30,000 บาท	33	28.0
30,001 – 40,000 บาท	27	22.9
40,001 บาท ขึ้นไป	19	16.1

(Mean= 28,926.53 บาท, S.D.= 11,599.56 บาท, Minimum=7,500 บาท, Maximum=55,000บาท)

ระยะเวลาปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทย

ต่ำกว่า 1 ปี	8	6.8
1-5 ปี	46	39.0
6-10 ปี	48	40.7
11-15 ปี	8	6.8
16-20 ปี	3	2.5
21 ปีขึ้นไป	5	4.2

(Mean = 7.58 ปี, Median = 3.00 ปี, S.D.= 6.35 ปี, Minimum = ต่ำกว่า 1 ปี, Maximum = 36 ปี)

2. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ปัจจัยการบริหารภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.69 คะแนน (S.D. = 0.53) ซึ่งเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ และภาพรวมด้านการจัดการ อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.79 คะแนน (S.D. = 0.54) ซึ่งเมื่อพิจารณารายประเด็น ได้แก่ การวางแผน การจัดการ การบริหารบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุม กำกับ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการจัดการ การจัดการ มีค่าเฉลี่ย 3.91 คะแนน (S.D.= 0.59) รองลงมา คือ ด้านบุคลากร ค่าเฉลี่ย 3.74 คะแนน (S.D.= 0.63) และด้านวัสดุอุปกรณ์ ค่าเฉลี่ย 3.56 คะแนน (S.D.= 0.65) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 3.28 คะแนน (S.D.= 0.75) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาพรวมปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย (n=118)

ปัจจัยการบริหาร	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านบุคลากร	3.74	0.63	มาก
ด้านงบประมาณ	3.28	0.75	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.56	0.65	มาก
ด้านการจัดการ	3.79	0.54	มาก
การวางแผน	3.77	0.59	มาก
การจัดการ	3.91	0.59	มาก
การบริหารบุคคล	3.81	0.60	มาก
การอำนวยความสะดวก	3.77	0.62	มาก
การควบคุมกำกับ	3.71	0.60	มาก
ภาพรวมปัจจัยการบริหาร	3.69	0.53	มาก

3. การศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยการบริหารภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.836$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.722$, $p\text{-value} < 0.001$), ด้านการจัดการ ($r = 0.845$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย และด้านบุคลากร ($r = 0.565$, $p\text{-value} < 0.001$), ด้านงบประมาณ ($r = 0.539$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย สำหรับปัจจัยการบริหารด้านการจัดการรายประเด็น พบว่า ด้านการจัดการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงทางบวกกับการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การวางแผน ($r = 0.775$, $p\text{-value} < 0.001$) การจัดการ ($r = 0.788$,

p-value<0.001) การบริหารบุคคล (r = 0.750, p-value<0.001) การอำนวยการ (r = 0.729, p-value<0.001) และการควบคุมกำกับ (r = 0.803, p-value<0.001) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยการบริหารกับการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย

ปัจจัยการบริหาร	การบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยการบริหาร	0.836**	<0.001	สูง
ด้านบุคลากร	0.565**	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.539**	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.722**	<0.001	สูง
ด้านการจัดการ	0.845**	<0.001	สูง
การวางแผน	0.775**	<0.001	สูง
การจัดองค์การ	0.788**	<0.001	สูง
การบริหารบุคคล	0.750**	<0.001	สูง
การอำนวยการ	0.729**	<0.001	สูง
การควบคุมกำกับ	0.803**	<0.001	สูง

**ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

4. การศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย คือ ปัจจัยการบริหารด้านการจัดการ การควบคุมกำกับ (p-value < 0.001) ปัจจัย การบริการด้านการจัดการ การจัดองค์การ (p-value < 0.001) และปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value = 0.004) โดยพบว่า สามารถพยากรณ์การบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 75.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.จังหวัดหนองคาย

ตัวแปร	B	Beta	t	P-value	R	R ²
ด้านการจัดการ การควบคุมกำกับ	0.415	0.425	6.033	<0.001	0.803	0.644
ด้านการจัดการ การจัดองค์การ	0.338	0.341	4.577	<0.001	0.858	0.736
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.181	0.201	2.909	0.004	0.868	0.754

ค่าคงที่ = 0.456, F = 116.631 , P-value <0.001, R = 0.868 R² = 0.754

จากการสนทนากลุ่มผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยการบริหารในการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของ รพ.สต. แต่ละแห่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารให้ความสำคัญ ได้แก่ ด้านบุคลากร ควรมีการสนับสนุนให้แพทย์แผนไทยใน รพ.สต. เครือข่ายและโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับผิดชอบได้อย่างทั่วถึง มีการให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการพัฒนา บริการแพทย์แผนไทย มีการทบทวนความรู้ความเข้าใจแนวทางเวชปฏิบัติ CPG ของโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ด้านงบประมาณ ควรมีการประสานในการขอรับสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ หรือบูรณาการงบประมาณร่วมกับโครงการที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/องค์การบริหารส่วนตำบล/กองทุนสุขภาพตำบล ด้านวัสดุอุปกรณ์ ควรมีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน มีการจัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม แผนการสอบเทียบเครื่องมือให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด มีกระบวนการบำรุงรักษา รวมถึงการจำหน่าย ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง และด้านการจัดการ ควรมีการจัดทำแผนงาน/โครงการสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ มีการ วิเคราะห์ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญให้มีความเชื่อมโยงกับการบริการแพทย์แผนไทย มีการบูรณาการงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยการ สนับสนุนสื่อการสอนให้ความรู้ การปฏิบัติตัว การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำ ส่งเสริมการใช้ Line ในการประสานงานเชื่อมโยงระบบรับ – ส่งต่อ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบรายงานผลการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกเดือน ทำให้รับทราบปัญหาอุปสรรคและรายงานความก้าวหน้าเพื่อวางแผนแก้ไข

ปัญหาร่วมกันในภาพ CUP และมีการควบคุมกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตามให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าพบว่าภาพรวมปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.69 คะแนน (S.D. = 0.53) ซึ่งปัจจัย การบริหาร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและจำเ็นต่อการบริหารจะทำให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยการบริหาร โดยนำปัจจัยเหล่านี้มาผสมผสานกันอย่างเหมาะสม¹⁰ หากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนปัจจัยการบริหารที่เหมาะสมย่อมส่งผลให้การบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมโภช ยอดดี และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ¹¹ พิรภัทร ไตรคุ้มตัน และประจักษ์ บัวผัน¹² สุวิชัย งามกุลเลิศ และประจักษ์ บัวผัน¹³ พบว่า ปัจจัยการบริหาร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ อยู่ในระดับมาก และหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนจาก องค์การที่ไม่เพียงพอและเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการทำงาน ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทิพรุญาร์ คุยแก้วพะเนาว์ และชนะพล ศรีฤทธา¹⁴ พบว่าปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 คะแนน (S.D.= 0.58) ซึ่งกระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลผู้รับบริการแพทย์ แผนไทย โดยการซักประวัติ การสอบถามอาการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา เสนาไชย และคณะ¹⁵ ระบบบริการ โดยการพัฒนาการตรวจวินิจฉัยโรคทางการแพทย์แผนไทย ทบทวนความรู้ความเข้าใจสามารถใช้ CPG ได้อย่างถูกต้อง และสามารถใช้อุปกรณ์ในการให้บริการได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวินัย สยอวรรณ และคณะ¹⁶ อีรวิทย์ พิมพ์วงศ์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์¹⁷ และจรัสศรี บุญคงทอง¹⁸ และการวางแผนกระบวนการให้บริการ การประชาสัมพันธ์ การจัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ การติดตามประเมินผล และรายงานผลตัวชี้วัด สอดคล้องกับการศึกษาของธีรยา นิยมศิลป์ และณัฐธัญญา คำผล¹⁹

จากผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.836$, $p\text{-value} < 0.001$) ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จำเ็นต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพรุญาร์ คุยแก้วพะเนาว์ และชนะพล ศรีฤทธาสุวิชัย¹⁴ สุวิชัย งามกุลเลิศ และประจักษ์ บัวผัน¹³ และปรีตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน²⁰ เนื่องจาก สภาพปัญหาของพื้นที่แตกต่างกัน นโยบายของผู้บริหารให้ความสำคัญแตกต่างกัน อาจส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิรภัทร ไตรคุ้มตัน และประจักษ์ บัวผัน¹² ศศิธร เฝ้าทรัพย์ และ สุวิทย์ อุดมพาณิชย์²¹ พินิจสินธุ์ เพชรหมณี²² พบว่าปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง

ปัจจัยการบริหารมีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย คือ ปัจจัยด้านการจัดการ การควบคุมกำกับ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยด้านการจัดการ การจัดองค์การ ($p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value} = 0.004$) เนื่องจากปัจจัยการบริหารด้านการจัดการ การควบคุมกำกับ ช่วยให้ การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนด มีการติดตามผลการดำเนินงาน และมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุกิตติ์ นาคคำ และชนะพล ศรีฤทธา²³ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย หมื่นมา และประจักษ์ บัวผัน²⁴ พบว่า การสนับสนุน จากองค์การด้านเทคโนโลยีมีผลต่อการปฏิบัติงาน ปัจจัยการบริหารด้านการจัดการ การจัดองค์การ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีแผนผังโครงสร้างหน้าที่รับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน มีการประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ และการรายงานผลการปฏิบัติงานให้ผู้บริหารทราบ ทำให้ผลการดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทย บรรลุตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม สอดคล้องกับการศึกษาของทิพรุญาร์ คุยแก้วพะเนาว์ และชนะพล ศรีฤทธา¹⁴ พิรภัทร ไตรคุ้มตัน และประจักษ์ บัวผัน¹² สุวิชัย งามกุลเลิศ และประจักษ์ บัวผัน¹³ และปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ในการสนับสนุนการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม โดยมีการวางแผนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ตรงกับความต้องการ มีวัสดุอุปกรณ์ที่พร้อมใช้ทั้งปริมาณและคุณภาพเป็นประจําสม่ำเสมอ มีการบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์เมื่อชำรุดหรือเสียหายอย่างถูกวิธี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. สามารถใช้อุปกรณ์ในการให้บริการแพทย์แผนไทยได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของและ ปรีตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน²⁰ สิทธิพร นามมา และสุรศักดิ์ ฆ้องปรุง²⁵

ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ ปัจจัยด้านบุคลากรและด้านงบประมาณ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการแพทย์แผนไทยไม่เพียงพอและมีภาระงานมาก และงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทยไม่เพียงพอ ข้อเสนอแนะ คือ ควร มีการบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพให้สามารถทำหน้าที่บริการแพทย์แผนไทยแทนกันได้ โดยให้โรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต.เครือข่ายส่งเสริมและสนับสนุนแพทย์แผนไทยเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง และโรงพยาบาล แม่ข่ายทบทวนความรู้ทักษะในการปฏิบัติงานบริการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ควรมีการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อขอสนับสนุน

งบประมาณจากเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล/กองทุนสุขภาพตำบล ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ ตรงตามแผนงาน และระยะเวลาในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคายให้ประสบผลสำเร็จ

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย คือ ปัจจัยด้านการจัดการ การควบคุมกำกับ ปัจจัยด้านการจัดการ การจัดองค์การ และปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 75.4 ($R^2 = 0.754$, $p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาการบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้แก่ ฐานข้อมูลผู้รับบริการ ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ ระบบบริการ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจสามารถใช้ CPG และเครื่องมือในการให้บริการได้ และการบันทึกข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. โรงพยาบาลแม่ข่าย สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว และเกิดกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระบบการคัดกรองและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริการแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2561. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. เอกสารสรุปการประเมินการบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. หนองคาย: 2561.
3. กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. อีรยา นิยมศิลป์ และณัฐธิดา คำพล. ปัจจัยที่ส่งผลในการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้ประสบความสำเร็จในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2555; 10(3): 187–197.
5. สุกัญญา คุ่มโพธิ์ และคณะ. ความพร้อมของการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2559; 14(3): 296–312.
6. กรรณิการ์ ฮวดหลี่. ผลการพัฒนากระบวนการระดับอำเภอ (คปสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบติดดาว (คปสอ.ติดดาว และรพ.สต.ติดดาว) จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2560; 15(1): 76–84.
7. อรุณ จิรวัดกุล และคณะ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2550.
8. Likert, Rensis. The human organization: its management and value. New York: McGraw – Hill; 1967.
9. สำเริง จันทสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
10. ประจักษ์ บัวพันธ์. หลักการบริหารการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
11. สมโภช ยอดดี และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฝ่ายวังทางระบาคติวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2561; 1(2): 41–54.
12. พิรภัทร ไตรคุ้มตัน และประจักษ์ บัวพันธ์. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (HOSXP_PCU) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2561; 25(2): 90–102.

13. สุวิชัย งามกุลเทศ และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2561; 25(1): 23-34.
14. ทิพรฤกษ์ คุ้มแก้วพะเนาว์ และชนะพล ศรีฤๅชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561; 11(4): 47-56.
15. จิตติมา เสนาไชย, จิตติมา กตัญญู, พีระพงศ์ บุญศิริ และณรงค์พันธ์ อนุรัมย์. การศึกษาการให้บริการการแพทย์แผนไทยของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ. 2558; 8(2): 70-82.
16. วินัย สยอวรรณ, อำพล บุญเพียร, ปฐมา จันทพล และเอกพล หมั่นพลศรี. ความต้องการในการพัฒนาของบุคลากรแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561; 11(1): 98-109.
17. อีรวัช พิมพวงค์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2561; 7(2): 115-126.
18. จรัสศรี บุญคงทอง. ปัจจัยการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
19. อีรยา นิยมศิลป์ และณัฐญา คำผลผล. ปัจจัยที่ส่งผลในการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้ประสบความสำเร็จในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2555; 10(3): 187-197.
20. ปรีตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2560; 17(2): 37-48.
21. ศศิธร เผ่าทรัพย์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 2560; 28(1): 25-34.
22. พินิจสินธุ์ เพชรเมณี. ปัจจัยทางการบริหารและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพัทลุง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2557; 1(3): 36-48.
23. จารุกิตติ์ นาคคำ และชนะพล ศรีฤๅชา. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ : วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2557; 21(1): 1-13.
24. ศุภชัย หมื่นมา และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2557; 14(2): 71-84.
25. สิทธิพร นามมา และสุรศักดิ์ ฆ้องปรุ่ง. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2557; 21(2): 20-32.



คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความ ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (ปรับปรุง มกราคม 2564)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอ บทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสาร การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้าน การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมี กิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมี ความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจาก การทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มี ความสำคัญ เป็นปัญหา มีการถกเถียงโต้แย้ง หรือมี นวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการ ต้องเข้าสู่ กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาที่แสดงถึง ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อ เจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาว ไม่เกิน 10 หน้า **บทความพิเศษไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมา นำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือ นำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่อาจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้อง ศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงาน ความก้าวหน้าของโครงการ รายงาน ผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มี ประเด็นที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน ควร ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า **บทความทั่วไปไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควรมี ความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น หรือกำลังอยู่ใน ระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือ รับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสาร การพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า 9**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 14 point ตลอดทั้งบทความ และมี เนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

3.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษของ

ผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุ สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดง รายละเอียดด้านล่าง

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์

รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียง เลยกก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ

3.4 บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำ การวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือสมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำ เต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยแล้ว

3.6 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจนขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่ อยู่ท้ายเล่ม ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์และการแพทย์ สามารถศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ใน Website :

<http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

http://www.med.cmu.ac.th/library/Citation_Styles/Vancouver_Thai.htm

http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_RA/admin/download_files/48_71_1.pdf

https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/VancouverSWU_Citation-260121.pdf

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัว ยก” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมา ก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง
4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกัณฐ์ (hyphen หรือ -)

เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างอิงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้ เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุขรว. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

[อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf>

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยไม่ต้องแยกภาษา

และประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ขีดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า การเว้นวรรคในการพิมพ์ หลังเครื่องหมาย (.) เว้นวรรค 2 ระยะ หลังเครื่องหมาย (,) เว้นวรรค 1 ระยะ และหลังเครื่องหมาย (:) (;) ไม่ต้องเว้นระยะในการพิมพ์

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) รูปแบบในการเขียน ดังนี้-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author).// ชื่อบทความ (Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, Khan M, Agha M, Agha R. Evidence based management Guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. International Journal of Surgery. 2020;77:206-16.
2. รูปนา ตระกูลศิริศักดิ์, ธีรยุทธ นัมคณิสสรณ์.การรักษามะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์/ปีที่พิมพ์

ตัวอย่าง

3. Kahalley LS, Peterson R, Ris MD, Janzen L, Okcu MF, Grosshans DR, et al. Superior intellectual outcomes after proton radiotherapy compared with photon radiotherapy for pediatric medulloblastoma. J Clin Oncol 2020;38:454-61.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา นิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่ () มีรูปแบบการเขียน ดังนี้-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้นิพนธ์./ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

4. จินตนา ชูติระกะ.ผลของโปรแกรมโยคะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562
 5. Zhang N. Hospital and patient predictors of healthcare disparities among type2 diabetes inpatients in tertiary and county hospitals of inner Mongolia, China. PhD [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016.
 6. Tolmie EP. Pressure sores: an investigation into the clinical nursing management of the prevention and management of pressure sore within an acute hospital trust [Thesis]. Glasgow: University of Glasgow; 2020.
- Available from: <https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2165834802/95052D169B364AD4PQ/1?accountid=28431>

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุงหรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author).//ชื่อบทความ (Title of the article).//ชื่อวารสาร(Title of the journal)[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่: [หน้าabout screen].//เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

7. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>
8. ทักษมาศ ไทยเล็ก, วันธณี วิรุฬห์พานิช, บุษกร พันธเมธฤทธิ์. ผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วัยเด็ก วัยเรียนโรคเมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564];41:37-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/249999>

9. ศุภพร ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงหาไปรษณีย์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่า ถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการ ตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธ การรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมิน และให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2 ท่านผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับ คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความกรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อ และบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณีผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบ ทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผล การประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3.	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติมกรณีผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น	ผู้เขียน	N/A
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 1,300 บาท มาที่บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 และส่งสำเนาสิทธิการโอนเงินผ่านทาง E-mail : journal@bcnu.ac.th	ผู้เขียน	N/A
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ บทความวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา และใบเสร็จรับเงิน จัดส่ง ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่คุณเขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการและผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน เม.ย. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ส.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ธ.ค.	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
16	จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม	โรงพิมพ์	1-2 สัปดาห์
17	ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่ตีพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์

สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความเป็นรูปเล่ม ประมาณ 8-12 สัปดาห์ขึ้นไป
(ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ช่วงเวลาและส่งบทความว่าสอดคล้องกับรอบการออกวารสารฉบับรูปเล่มหรือไม่)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ

ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใด ๆ และยินดีปรับแก้บทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 1,300 บาท (โดยโอนเข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8) เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาแล้ว(

(.....)

ผู้ส่งบทความวิจัย/(ผู้พิมพ์หลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงานและส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่
บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

88 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือเมือง จังหวัดอุดรธานี

รหัสไปรษณีย์ 41330

กองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Articles) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร: ราย 4 เดือน

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิก

ในประเทศ 1 ปี 300 บาท 3 ปี 800 บาท

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี
88 หมู่ 1 ต.บ้านหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุตรธานี 41330
โทรศัพท์ 0-42-295406 โทรสาร 0-42- 295407

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.จิราพร วรวงศ์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี

บรรณาธิการ

ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์ ดร.สุภาภรณ์ พิสัยพันธ์
อาจารย์กณธิรัชา เพื่องทอง

เลขานุการ

อาจารย์ทิพวรรณ สมจิต

สำนักงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี อาคาร 11 ชั้น 88 ม.1 ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุตรธานี 41330

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เพ็ญพรินต์ จำกัด 2 หมู่ 3 ถนนโพธิ์สาร อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น 40000

กองบรรณาธิการต่างประเทศ

รองศาสตราจารย์ ดร. นันทิยา วัฒนา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. ธันวดี ศรีธำวีรัตน์
รองศาสตราจารย์ปณิดา ปรีชญ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. สังวรณ์ จัตุระไทย
สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุทัยธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพศาล สุวรรณน้อย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิพนธ์ ปัญญาเอก
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อังฉวรา จินวงษ์
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี
พญ. ดร.เสาวนีย์ บำเรอราช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. มาณิกา เพชรรัตน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
ดร. พรพรรณ มนัสจกุล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
ดร. ศุภวดี แก้วเพี้ย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น
ดร. ยุพาวดี ชันทบัลลัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี
ดร. ยสุทิน ชนบุญ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. พิชญ์สินี มงคลศิริ
สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ทักษิภา ชัยรัตน์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

กองบรรณาธิการในสถาบัน

ดร. ชลกร ทรงศรี
ดร. วไลยา ศรีบุญพิมพ์สวย
ดร. ยุพารัตน์ ติรโพธิวงศ์
ดร. ภาณุ อดกลิ่น
อาจารย์วันดา ศรีพรหมษา