



ISSN 2630-0214(Print)

ISSN 2821-9899 (Online)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

NHEJ

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม 2566 | Vol.6 No.3 September-December 2023

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ. ดร.อารีวรรณ กลั่นกลั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ที่ปรึกษา
2. ดร.จิราพร วรวงศ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการ
3. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
4. ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
5. ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
6. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
7. ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวຍ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
8. นางกณทิรา เพ็ญทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
9. รศ. ดร.นันทิยา วัฒนาย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กองบรรณาธิการ
10. รศ. ดร. ธันวดี ศรีธาวีรัตน์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	กองบรรณาธิการ
11. รศ. ดร.สังวร จัดกระโทก	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา	กองบรรณาธิการ
12. รศ. ปณิดา ปรียพฤษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
13. ผศ. ดร.ณิชาชนันท์ ปัญญาเอก	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
14. พญ.ดร.เสาวนันทน์ บำเรอราช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
15. ผศ.ดร.ไพศาล สุวรรณน้อย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
16. ผศ. ดร.อัจฉรา จินวงษ์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
17. ดร.มาณิกา เพชรรัตน์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กองบรรณาธิการ
18. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	กองบรรณาธิการ
19. ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
20. ภกญ.ดร.เพ็ญภา ศรีหรั่ง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
21. ผศ.ดร.วิสัย คตะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	กองบรรณาธิการ
22. ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	กองบรรณาธิการ
23. ดร.ศิมลักษณ์ ดีถิษฐ์สวัสดิ์เวช	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
24. ดร.อัคราวิ ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี	กองบรรณาธิการ
25. ดร.ทักษิภา ชัยวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	กองบรรณาธิการ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัย
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

- | | |
|--|---|
| 1. ดร.ศิริกาญจน์ จินาวิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 2. ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวຍ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 3. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 4. ดร.ดวงรัตน์ กวีนันทชัย | คณะพยาบาลศาสตร์ก่อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 5. ดร.ชลการ ทรงศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 6. ดร.ชัยญาวิรุฬห์ ไชยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 7. ดร.พรพรรณ มนนัสจกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ |
| 8. ดร.ทรงสุตา หมั่นไธสง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 9. ดร.ยุพาภรณ์ ทิรไพรวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 10. ดร.พัชรภา กาญจนอุดม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 11. ดร.ศิริภาณี อิ่มน้ำขาว | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 12. ดร.ปลื้มจิต โชติกะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ |
| 13. ดร.สมสกุล นิละสมิต | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 14. ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 15. ดร.มนฤดี มโนรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 16. ดร. สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 17. ดร.สุมัทธนา แก้วมา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 18. ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา จินวงษ์ | คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุตรธานี |
| 20. นายสิทธิศานต์ ทรัพย์ศิริโสภา | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย |

สารบัญ ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2566)	หน้า Page	Content Vol.6 No.3 (September– December 2023)
บทบรรณาธิการ		Editorial note
บทความวิจัย (Research Articles)		
○ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ชมภูณุช ผลไสว พัทธินทร น้อยลา ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร	1	◇ Selected Factors Related to Medicine Behavior of Oral Anti-Hormonal Agents in Breast Cancer Patients Udonthani Cancer Hospital Chomphonuch Phonsawai Patcharin Noyla Piyanuch promsaka na sakolnakorn
○ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด หนึ่งฤทัย แร่งน้อย บุษบา สมใจวงศ์	12	◇ Development of an oral care program for oral cancer patients undergoing surgery Nuengruethai Raengnoi Busaba Somjaivong
○ ต้นทุนการบริการการส่องกล้องโพรงจมูกเพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี สิทธิ เขาวนชื่น พรทิพย์ กิระพงษ์ อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ	23	◇ Evaluation Nasal cancer patient in Udonthani Cancer Hospital Sittthi Chaowchuen Phonthip Geerapong Attasit Srisubab
○ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 ชญาณันท์ ศรีหาบุตร, วีระพงษ์ เรียบพร,อารยา ศรีสาพันธ์, นันทิพย์ รตนนิมิตร,เกศรา เชิงคำ, สุพัฒชัย ปราบศัตรู, ณัฐนันท์ โพธิ	32	◇ Development a Mental Health Prevention and Promotion in Elderly of Home Bound at Regional Health 8 Chayanun Srihaboot, Veerapong Riabporn, Araya Srisapun, Namthip Rattananimit,Kadsara Cheangkha, Supatchai Prabsatru2, Natthanant Pothi
○ การประเมินผลนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม วิราวรรณ คชสาร อัจฉรา มีนาคันตริภักษ์ ประเสริฐ ไหลหาโคตร ยลธิดา หีบแก้ว	45	◇ Evaluation of innovation to care for pediatric dengue patients in Subdistrict Health Promoting Hospital, Mahasarakham Province Wirawan Chodchasarn ,Atchara Meenasantirak Prasert laihakhot , Yonlida Heepkaew
○ ผลของการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการ ให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู พิมพ์ณัฐชา สุไลมาน สุพรรณษา สุวรรณชาติ ปาไลดา สายรัตน์ทอง พัฒนพิชัย ญาดา ชีระจินต์	58	◇ Effect of developing training courses on improving contraceptive counseling ability of teachers' professional students) Pimnatcha Sulaiman1 Supansa Suvanchatree Palida Sairatthong Patanapichai Yada Cherajin
บทความวิจัย		
○ บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พัชรี ชูกันหอม สุวรรณิ แสงอาทิตย์ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	69	◇ Nurses' role in Fatigue Symptom Management among Children with Cancer Receiving Chemotherapy Phatcharee Chookanhom Suwannee Sangartit Atcharawadee Sriyasak
○ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพใน การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จิราพร สุวะมาตย์ สิบป้อวัฒน์ จเร ศรีมีชัย	82	◇ Applications of Health Information and Communication Technologies for Care of Patients with Non-Communicable Diseases Jiraporn Suvamat Sibthawat Maneewan Jarae Srimeechai

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดำเนินการโดย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี อย่างต่อเนื่อง วารสารเผยแพร่ปีละ 3 ปี ฉบับนี้เป็นปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2566) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้มีพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษาจากหลายสถาบัน โดยเนื้อหาประกอบด้วย บทความวิจัยและบทความวิชาการ สำหรับบทความวิจัยฉบับนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญที่น่าสนใจเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนชนิดกินของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ต้นทุนการบริการการส่งกล้องโพรงจมูกเพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 การประเมินผลนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม ผลของการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู บทความวิจัย 2 เรื่องเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเด็ก

ท่านที่สนใจส่งบทความวิจัย บทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> หรือส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่าน ผู้มีพนธ์บทความ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกลั่นกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้มีพนธ์และกองบรรณาธิการ ในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง สุดท้ายนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลตัวเองในหน้าร้อน คืออย่าไปอยู่กลางแจ้งให้นานเกินไป ถ้ามีร่มก็สามารถใช้ร่มได้ ดื่มน้ำให้มาก ๆ ทานน้ำแข็ง ทานไอศกรีม หรือถ้าอยู่บ้านพยายามเปิดประตู หน้าต่าง อย่ายืนในที่อับ อย่ายืนในห้องปิด การอยู่ในห้องปิดจะทำให้อากาศถ่ายเทไม่ได้ แล้วเกิดความร้อนสะสม ทำให้เกิดฮีทสโตรกได้แม้อยู่ในบ้าน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว อย่ายออกไปอยู่กลางแจ้งนานเกินไป ถ้าจำเป็นจริง ๆ ที่จะต้องออกไปอยู่กลางแจ้ง ข้อควรระวังคือ อย่าทำให้ร่างกายขาดน้ำ เตรียมน้ำ ดื่มน้ำเยอะ ๆ และอย่าลืมป้องกันโควิด-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัย ก่อนออกจากบ้าน ลดกิจกรรมออกนอกบ้าน และตามปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่เผาป่า เผาขยะกลางแจ้ง ลดเสี่ยงฝุ่น PM 2.5 ที่ เพื่อสุขภาพที่ดี แล้วพบกันใหม่ในฉบับต่อไป

ดร.จิราพร วรวงศ์
บรรณาธิการ

บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนชนิดกิน
ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

Received: 16 August 2023
 Revised: 5 December 2023
 Accepted: 27 December 2023

ชมภูณัฐ ผลไสว พย.บ.¹

พัชรินทร์ น้อยลา พย.บ.²

ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร พย.ม.^{3*}

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนชนิดกิน และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนชนิดกินของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทุกระยะทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป รักษาด้วยยาต้านฮอโมนชนิดกิน คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค 5) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา 6) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ 2-6 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98, 1.0, 0.91, 0.91, และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนชนิดกินอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ =1.99, SD =0.71) และ 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนชนิดกินของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.69, p < .05) ผลการศึกษานำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้สุขศึกษาการรู้ประโยชน์ของการกินยาต้านฮอโมน ให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมที่ดีในการกินยา ต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดจนครบการรักษา

คำสำคัญ: ปัจจัยคัดสรร, พฤติกรรมการใช้ยา, ยาต้านฮอโมนชนิดกิน, โรคมะเร็งเต้านม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

* Corresponding author: E-mail: ppromsaka@yahoo.com

Selected Factors Related to Medicine Behavior of Oral Anti-Hormonal Agents in Breast Cancer Patients Udonthani Cancer Hospital

Received: 16 August 2023
Revised: 5 December 2023
Accepted: 27 December 2023

Chomphunuch Phonsawai B.N.S.^{1,2}
Patcharin Noyla B.N.S.¹
Piyanuch Promsaka na sakolnakorn M.N.S.³

Abstract

This descriptive study aims to study the behavior of oral anti-hormonal drugs and the selective factors associated with the behavior of ingested anti-hormonal drugs in breast cancer patients. Udon Thani Cancer Hospital The sample was male and female breast cancer patients of all stages aged 18 years and older. There were 50 of patients with breast cancer used to recruit the data were collected via questionnaires: 1) personal data records, 2) social support questionnaires from families, 3) symptom severity awareness questionnaires, 4) disease severity awareness questionnaires, 5) treatment benefit perception questionnaires, 6) drug use behavior questionnaires. The Data were analyzed using frequency distribution, percentage, average, median, standard deviation Pearson correlation coefficient

The results showed that the behavior of oral anti-hormonal drugs in breast cancer patients was at poor, level related ($\bar{X}=1.99$, $SD =0.71$). And the perceived factors of treatment benefit of treatment was positively related to drug habits of breast cancer patients to oral anti-hormonal drugs at statistically significant level of 0.05 ($r= 0.69$, $p<0.05$). The results of the study were used as a guideline for developing a program model for health education to know the benefits of taking anti-hormone drugs for patients to understand and realize the importance so that breast cancer patients have good behavior in taking medicine. Continuously and regularly throughout the treatment.

Keywords: selection factors, drug use behavior, oral anti-hormone drugs, breast cancer

¹ Register nurse, Udon Thani Cancer Hospital

² Register nurse, Udon Thani Cancer Hospital

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Email: ppromsaka@yahoo.com

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์เจริญเติบโตผิดปกติ ทำให้เกิดก้อนเนื้อมะเร็งซึ่งสามารถทำลายเนื้อเยื่อใกล้เคียงและกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ ซึ่งเซลล์พวกนี้เกิดอยู่ในอวัยวะใดก็จะเรียกชื่อมะเร็งตามอวัยวะนั้น ในปัจจุบันมะเร็งที่พบมากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในสตรีคือ โรคมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) การทำงานและเจริญเติบโตของเต้านมขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเพศหญิง “เอสโตรเจน” estrogen) เมื่อเกิดโรคมะเร็งเต้านมจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนขึ้นมามากผิดปกติ โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยพบเป็นอันดับ 1 ในมะเร็งเพศหญิง มีอุบัติการณ์จากสถิติทั่วโลก พบว่า 1 ใน 10 คน ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เป็นโรคมะเร็งเต้านมสำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ 20-30 ใน 100,000 คน ในทุก 2 ชั่วโมง จะพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ถึง 3 ราย และในประเทศไทยพบโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและหญิง พบโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 ราย ต่อปี วันละ 60 คนหรือ และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 ราย ต่อปี หรือวันละ 22 คน และมีแนวโน้มของโรคมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้น กลุ่มอายุที่พบโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 45-55 ปี จากรายงานสถานการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2020 ⁽¹⁻²⁾ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ของ 5 อันดับโรคมะเร็งที่มารับบริการ การรักษาโรคมะเร็งเต้านมปัจจุบันเป็นแบบผสมผสานหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด (Surgery) โดยวิธีการผ่าตัดถือว่าเป็นทางเลือกแรกมากที่สุด ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) การฉายแสง (Radiation) ยามุ่งเป้า (target therapy) และยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน (Oral anti hormone Therapy) จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน 446, 556 และ 407 ราย ตามลำดับ เฉลี่ย การรักษาพบว่าใช้วิธีการรักษาโดย 1) การผ่าตัดอย่างเดียว จำนวน 145 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.29 (145/1,409) 2) การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีรักษา การให้เคมีบำบัดและการให้ยามุ่งเป้า จำนวน 828 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.77 (828/1,409) และ 3) เลือกใช้วิธีตามข้อ 2 โดยเพิ่มการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน จำนวน 436 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.94 (436/1,409) ⁽³⁾

การรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน (Oral anti- hormone therapy) มีหลักการคือ เซลล์ที่แบ่งตัวผิดปกติของโรคมะเร็งเต้านม จะส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายเพิ่มจำนวนมากขึ้น ยาจะไปออกฤทธิ์ขัดขวางการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนเอสโตรเจน ที่จะไปกระตุ้นจำนวนเซลล์มะเร็งให้เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ยาต้านฮอร์โมนจะไปออกฤทธิ์ขัดขวางยับยั้งการสร้างฮอร์โมน หรือยาเข้าไปออกฤทธิ์ขัดขวางการส่งสัญญาณของฮอร์โมนที่เซลล์มะเร็ง ส่งผลทำให้ปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายลดลง เกณฑ์เข้ารับการของการใช้ยารักษาและได้ผลดีโดยผู้ป่วยจะต้องตรวจพบว่าร่างกายมีเซลล์ที่มีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนอยู่ในเซลล์ ได้แก่ เอสโตรเจนรีเซปเตอร์ (Estrogen receptor, ER) และโปรเจสโตรเจนรีเซปเตอร์ (Progesterone receptor, PR) หรือเรียกว่าผลตรวจตัวรับฮอร์โมน “บวก” (Positive) ข้อดีของการรักษาคือ ง่ายต่อการบริหารยา ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผลข้างเคียงมีความรุนแรงน้อย และไม่รบกวนเวลาการทำงานหรือทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย แต่การรักษาต้องกินยายาวนานและต่อเนื่องอย่างต่ำ 5 ปี ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่องทุกวันได้ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาที่จะช่วยลดอัตราการรอดชีวิต และเพิ่มต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงของประเทศ⁴⁻⁵ อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนรับประทาน Tamoxifen, Letrozole และร่วมกัน อยู่ที่ 5 ปี 6 เดือน, 4 ปี 6 เดือน และ 3 ปี 5 เดือน ⁽⁶⁾ ตามลำดับ พบการกลับเป็นซ้ำและมีการลุกลามของโรค อัตราการรอดชีพลดลงได้หากได้รับยาต้านฮอร์โมนไม่ต่อเนื่อง อัตราการหยุดใช้ยาต้านฮอร์โมนมีอุบัติการณ์สูงในช่วงปีแรกของผู้ป่วยที่กินยาต้านฮอร์โมน⁽⁷⁾ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือระดับต่ำ มีสาเหตุจากการลืมรับประทานยา การลืม

ยาติดตัวเมื่อออกจากบ้านและกลัวอันตรายจากยา เกือบยาไม่ดี จึงทำให้ไม่ได้ทานยาสม่ำเสมอ และผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ดี⁽⁸⁾

จากแนวคิด Multidimensional Adherence Model: MAM ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) และ American Society on Aging (ASA) and American Society of Consultant Pharmacist (ASCP) Foundation (2006) ได้พัฒนาเป็น The Five Dimensional Model ให้ความหมายของ พฤติกรรมการใช้ยา (Medication Adherence) หมายถึง การใช้ยาของบุคคลการกินยาได้ยาวนาน ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ การรักษา โรคมะเร็งเต้านมด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกินต้องกินต่อเนื่องทุกวันเป็นเวลาหลายปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ โรคมะเร็งเพิ่มอัตราการรอดชีพ จากการศึกษาที่พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic factors) เป็นมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ ของผู้ป่วย ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจตกต่ำ ความยากจน ภาวะการว่างงาน การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2) ปัจจัยด้านระบบ ดูแลสุขภาพ (Health care team/ Health system-related factors) เป็นมิติด้านระบบการบริการและทีมดูแลสุขภาพ ได้แก่ การขาดระบบประกันสุขภาพที่คุ้มครองสัมพันธภาพทีมสุขภาพ กับผู้ป่วยการสื่อสารการบริการในระบบสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย (Condition-related factors) เป็นมิติด้านสภาวะความเจ็บป่วยกับ ความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อจำกัดการดูแลด้านสุขภาพ ความรุนแรงของอาการความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติทางจิตใจ 4) ปัจจัยด้านการรักษา (Treatment-related factors) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของ สูตรยา ระยะเวลาในการรักษาผลข้างเคียง ของยาคุณภาพยาการเปลี่ยนแปลงการรักษา 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) เป็นมิติที่มีเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา⁽⁹⁾

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากเข้าเกณฑ์ต้องรักษาด้วยการกินยาต้านฮอร์โมนจะต้องใช้ ระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องอย่างต่ำ 5 ปี ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมการกินยาต้านฮอร์โมน ได้แก่ การลืมกินยา กินยา ไม่ต่อเนื่อง กินยามืดเวลา และกินยามืดขนาด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงในเรื่องของการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งได้ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วย สิทธิการ รักษาพยาบาล 3) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค 4) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ผลข้างเคียงของยา 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการกินยา⁽¹⁰⁻¹¹⁾ และการศึกษาในประเทศพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งทุกชนิด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ แรง สนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง และการรับรู้ ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยา⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามเนื่องจากความแตกต่างทางด้าน บุคคล สังคม ความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการดำเนินชีวิตของสังคมที่แตกต่างอาจจะทำให้ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างกัน ในการศึกษาที่ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยมาศึกษาโดยใช้แนวคิดของ ASA and ASCP (2006) เพียง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตัวแปรที่นำมาศึกษาได้แก่ แรงสนับสนุนทาง สังคม 2) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ และความรุนแรงของโรคมะเร็ง 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ส่วนปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ไม่ได้ นำศึกษาเนื่องจากเป็นปัจจัยเชิงระบบการแก้ไขต้องกำหนดโดยนโยบายระดับประเทศ และปัจจัยด้านการรักษาไม่ได้นำมา ศึกษาเนื่องจากอาการของโรคมะเร็ง และอาการจากผลของข้างเคียงของยามีความใกล้เคียงกันแยกกันออกได้ยาก อาจทำ ให้ผู้ป่วยมีความสับสนในการประเมินอาการ ข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม พบข้อมูลเชิงประจักษ์การกินยาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือผู้ป่วยมาตามนัดรับยามียาเหลือมาก ขอลดปริมาณ ยาลงเพราะมียาเหลือที่บ้าน นับจำนวนวันที่ได้ยากู้กับปริมาณยาเหลือ ซึ่งไม่สัมพันธ์กับนัดรับยาในรอบใหม่ สอบถามการ

กินยาพบสาเหตุยาเหลือได้แก่ การลืมกินยา การลืมยาติดตัวเมื่อออกจากบ้าน กลัวอันตรายจากยา ไม่ทราบสรรพคุณของยา และกินนานแล้วไม่ยากินต่อ เป็นต้น

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการเฉพาะทางโรคมะเร็ง ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561 – 2565 ส่วนแผนงานด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer control research) การให้ความรู้และปรับทัศนคติของผู้ป่วยต่อการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน เพื่อการรักษาเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญในการรักษาโรคมะเร็ง¹³ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ยังไม่พบการศึกษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งทั้ง 8 แห่ง และโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำผลลัพธ์ไปสู่การวางแผนการพยาบาลในการลดปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินของโรคผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อันนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วย เกิดประสิทธิผลของการรักษาช่วยลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคของผู้ป่วยต่อไป

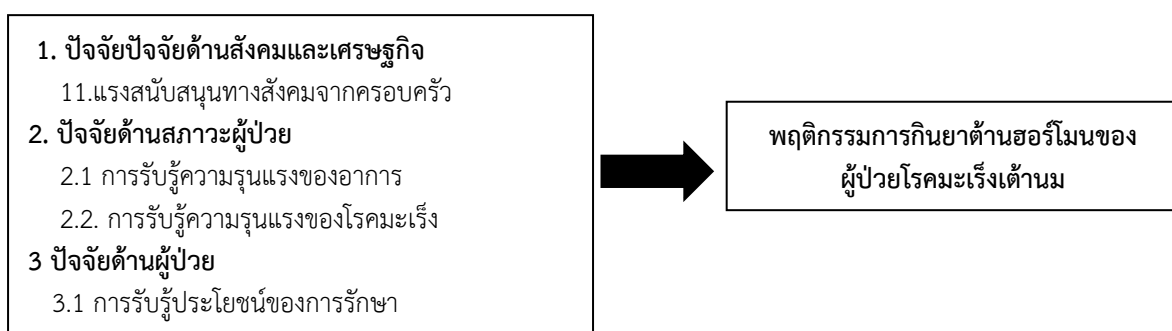
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การ

รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

แนวคิดของ ASA and ASCP (2006) เป็นกรอบแนวคิดที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 5 ด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยมาศึกษาเพียง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 2) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ และความรุนแรงของโรคมะเร็ง 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา แสดงตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา ศึกษาระหว่าง 1 มกราคม 2565 – 30 เมษายน 2565 มีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมทุกระยะ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมทุกระยะทั้งเพศหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกินระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย ตอบแบบสอบถามได้เอง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีศึกษาความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง 2 ตัวแปร (Lachin,1981) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.258$)¹⁴ ดังนี้

สูตร

$$n = \frac{(1.96+0.84)^2}{0.2638} + 3, \quad Z_F = \frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+|0.258|}{1-|0.258|} \right)$$

$$= 0.2638$$

$$n = 32.72$$

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) จำนวน 33 คน โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อข้อมูลสูญหายไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน (อธิบายส่วนข้อจำกัดในงานวิจัย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว โรคประจำตัวสิทธิการรักษาพยาบาล ระยะทางการมาโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยา ยาชนิดอื่นที่ใช้ในปัจจุบัน วินิจฉัยโรคมะเร็ง ระยะเวลาเจ็บป่วย ระยะเวลาการรักษา ระยะของโรค ณ เริ่มต้นการวินิจฉัย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และการรักษาที่เคยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ (5) มากที่สุด หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับมากที่สุด (4) มาก หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับมาก (3) ปานกลาง หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับปานกลาง (2) น้อย หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับน้อย (1) มีระดับคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-5.00 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกินได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงที่สุด ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อยที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 -2.49. หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 3.49 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 -4.49 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็งเต้านมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่งชี้ความรุนแรง การประเมินความรุนแรงแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ 1-4 คะแนน โดยที่คะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึงความรุนแรงน้อย คะแนนยิ่งมาก หมายถึงอาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกินมีความรุนแรงของอาการสูงสุด แบ่งความรุนแรงของอาการออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของอาการ
- คะแนน 1 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการระดับน้อย
- คะแนน 2 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการระดับปานกลาง
- คะแนน 3 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการระดับสูง
- คะแนน 4 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการระดับสูงสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยประยุกต์จากอ้างใน บุณราตรี วาณิชรัตนกุล (2559) ได้นำมาหาค่าความตรงและเที่ยงอยู่ในระดับดี ที่มีการพัฒนาขึ้นโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Ballamy et al. (1988) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ได้แก่ การเปรียบเทียบกับสายตา (VAS) เชิงเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 1 ข้อ โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของโรคมะเร็ง ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0-10 โดย ตัวเลขน้อยที่สุด (0) หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของโรคมะเร็ง ตัวเลขยิ่งสูง ความรุนแรงของของโรคมะเร็งมากขึ้น และตัวเลขสูงที่สุด (10) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกินมีความรุนแรงของโรคมะเร็งสูงสุด นำคะแนนทั้งหมดมาจัดแบ่งตามช่วงคะแนน และแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม
- 1-3 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมระดับต่ำ
- 4-6 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมระดับปานกลาง
- 7-10 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา ผู้วิจัยประยุกต์อ้างใน บุณราตรี วาณิชรัตนกุล (2559) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวนลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ โดยให้เลือกตอบเพียงคำถามเดียว โดยให้คะแนนในแต่ละข้อคำตอบ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย, 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งการแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยหารด้วยทั้งหมด 4 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.25 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการกินยาต้านฮอร์โมนชนิดกินต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.75 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการกินยาต้านฮอร์โมนชนิดกินปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 4.00 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการกินยาต้านฮอร์โมนชนิดกินสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามรายด้านใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเก็บรักษาอย่างรักษาอย่างเหมาะสม (3 ข้อ) ด้านการกำกับตนเองในการรับประทานยา (10

ข้อ) และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา (4 ข้อ) รวมข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ โดยให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบ ตั้งแต่ 1- 5 คะแนน โดย 5 คะแนน หมายถึงจริง, 4 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจริง, 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างไม่จริงและ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย การคิดคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มารวมกัน และหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมน ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00-1.50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนอยู่ในระดับไม่ดีที่สุด

คะแนน 1.51-2.50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 2.51-3.50 หมายถึง พฤติกรรมการการใช้ยาต้านฮอโมนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนอยู่ในระดับดี

คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนอยู่ในระดับอยู่ในระดับดีที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ บุณราตรี วานิชรัตนกุล (2559) โดยตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 0.50¹⁵ ถือได้ว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี 2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอโมนชนิดกิน จำนวน 30 คน มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alphas coefficient: α) พบว่า แร่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าเท่ากับ 0.98 การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีค่าเท่ากับ 1.00 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม มีค่าเท่ากับ 0.91 การรับรู้ประโยชน์การรักษา มีค่าเท่ากับ 0.91 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย มีค่าเท่ากับ 0.98 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70⁽¹⁶⁾ สรุปได้ว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอการรับรองจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เมื่อได้รับใบรับรองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตอบแบบสอบถาม

2. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล Google form ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความบูรณ์ข้อมูล นำข้อมูลมาลงบันทึกในคอมพิวเตอร์ เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมโครงการวิจัยโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์ รหัสโครงการ UDCH_IRB 029/2564 ผ่านการรับรองตั้งแต่ 21 ธันวาคม 2564 – 21 ธันวาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

ผลการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอโมนชนิดกิน จำนวน 50 คน ทั้งหมดเป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 100 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.86 ปี ($SD = 8.26$) มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 39 - 78 ปี ส่วน

ใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.0 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมดคิดเป็น ร้อยละ 96.0 จบการศึกษาสูงสุดในระดับ ประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 30.0 มีรายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.0 สถานะพอใช้จ่ายในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 50.00 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.0 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 60.0 การเดินทางมารับการรักษาโดยรถยนต์ส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 96.0 และระยะทางมารับการรักษาจากบ้านมาโรงพยาบาล 51 – 100 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 32.0 ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเป็นการรักษาเสริมแบบเสริม (Adjuvant therapy) คิดเป็นร้อยละ 96.0 โดยรักษาด้วยวิธียาต้านฮอร์โมนชนิดกินเป็นส่วนใหญ่ (Oral Hormonal therapy) คิดเป็นร้อยละ 94.0 ใช้เป็นยา Letrozole คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 1 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.0 และใช้ระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน 1 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 ระยะของโรคมะเร็งเต้านมที่พบมากที่สุดคือ ระยะที่ 2 ตั้งแต่เริ่มได้รับการตรวจยืนยันผลชิ้นเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 64.0 และการรักษาในอดีตที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้รับคือ การรักษาพร้อมกับยาต้านฮอร์โมน 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 56.0

2) พฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.99 (SD = 0.71) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินต่ำที่สุด เท่ากับ 17 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการในยาต้านฮอร์โมนชนิดกินสูงที่สุด เท่ากับ 56 คะแนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินรายด้านเก็บรักษา ด้านกำกับตนเอง และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งหมด ($\bar{X}=1.96, SD=0.84$), ($\bar{X}=1.97, SD=0.75$), ($\bar{X}=2.08, SD=0.75$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินรายด้านของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน (n=50)

พฤติกรรมการใช้ยา (รายด้าน)	Mean	SD	ระดับ
ด้านการเก็บรักษา	1.96	0.84	ไม่ดี
ด้านกำกับตนเอง	1.97	0.75	ไม่ดี
ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา	2.08	0.75	ไม่ดี
โดยรวม พฤติกรรมการใช้ยา	1.99	0.71	ไม่ดี

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน คือ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r= 0.69, p<.05$) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งและการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน ($r= -0.20, 0.13, 0.20, p>.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน (n=50)

ตัวแปร	R	P value
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	-.20	0.159
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	0.13	0.357
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	0.20	0.165
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	0.69**	0.000

* $p < .05$ ** $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

1) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเก็บรักษา ด้านกำกับตนเอง และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งหมด อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรักษาที่ต่อเนื่องมากกว่า 4 ปี ขึ้นไป มีระหว่างอายุ 39-78 ปี เข้าสู่วัยกลางคนและเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การกินยาต้านฮอร์โมนต้องกินวันละ 1 เม็ด ทุกวัน หากผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา มีความหวังและแรงจูงใจในการรักษาการเจ็บป่วยให้หายจะเต็มใจรับประทานยาเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมีความเสื่อมทางด้านร่างกายและความจำที่เป็นข้อจำกัดเมื่อมีกิจกรรมอื่น ๆ จึงลืมหากินยา กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่ตรงเวลา และกินยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา จนอาจละเลยในการกินยา ส่งผลให้การกินยาไม่สม่ำเสมอสอดคล้องการศึกษา ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความร่วมมือระดับไม่ดี ทำให้มีภาระและความรับผิดชอบทั้งเรื่องงานและครอบครัว เมื่ออายุสูงขึ้นสภาพและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมสภาพลง ส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความร่วมมือระดับต่ำ สาเหตุจากการลืมรับประทานยา การลืมหากินยาเมื่อออกจากบ้านและกลัวอันตรายจากยา เก็บยาไม่ดี จึงทำให้ไม่ได้ทานยาสม่ำเสมอ⁽¹⁷⁾

2) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดกินของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม อธิบายได้ว่าผู้ป่วยไม่ทราบและเข้าใจว่ายาต้านฮอร์โมนคือวิธีการรักษาอีกวิธีหนึ่ง ยาจะไปช่วยการยับยั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาต่ำ ทำให้ขาดความตระหนักในการกินยาที่เคร่งครัด สอดคล้องแนวคิดที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้พยายามปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยอมทุ่มเทในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุกิจกรรมเป้าหมายที่วางไว้ โดยการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล หากมีการรู้ประโยชน์ของการรักษาสูงจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี⁽¹⁸⁾ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ในการกินยาต้านฮอร์โมน

3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = -0.20, p > .05$) อธิบายได้ว่า ปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจที่แข่งขันสูงสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันการพบปะพูดคุยกันน้อยลง ส่วนใหญ่ให้ความสนใจสื่อสารผ่านทางโซเชียลมีเดียมากกว่าการพบปะกันโดยตรง ไม่ได้มีการคอยช่วยจากคนในครอบครัว ด้านการจัดยา กำกับกับการกินยา ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ผู้ป่วยดูแลและกินยาด้วยตนเอง⁽¹⁹⁾ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = 0.20, p > 0.05$) และ ($r = 0.13, p > 0.05$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมารับยาเป็นผู้ป่วยนอกเดินมาตรวจได้เองช่วยเหลือตัวเองได้ดี ระยะของโรคลุกลามระยะที่ 2 (ร้อยละ 64) อาการของโรคมะเร็งจึงไม่ชัดเจน อยู่ในระดับไม่รุนแรง และการรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบยาเสริม โดยการกินยาต้านฮอร์โมน เพื่อยับยั้งการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง การรักษาอยู่ในระยะ maintenance phase การรักษาเป็นไปตาม protocol ที่กำหนด เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและเข้าใจการรักษา⁽²⁰⁾

ประโยชน์และการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อให้เป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัย สามารถนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่มารับยาต้านฮอโมนการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเน้นให้ทราบ เข้าใจ ได้ตระหนักถึงการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา และส่งเสริมสนับสนุนญาติผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทช่วยเหลือกำกับในการกินยาของผู้ป่วย

2) ด้านนโยบาย การนำเสนอผลการวิจัยต่อองค์กร ที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการกินยาของผู้ป่วย เพื่อร่วมวางแผนกำหนดรูปแบบหรือวิธีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้านความรู้โรคมะเร็งเต้านม ประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านฮอโมนชนิดกิน กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในโรงพยาบาล และนำเผยแพร่ในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลทั่วไปต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้สุศึกษาการรู้ประโยชน์ของการกินยาต้านฮอโมน ให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมที่ดีในการกินยา ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตลอดจนครบการรักษา

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา (Covid-19) กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการมารับยาในโรงพยาบาล ตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยรูปแบบ New normal จำกัดจำนวนการเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างจำกัด การพบปัญหาเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานที่พบว่ามียาเหลือมากของผู้ป่วยตามรอบนัด ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจต้องการแก้ปัญหาในหน่วยงานที่เกิดขึ้น นำข้อมูลมาพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ตรงประเด็นและดีที่สุด โดยผลการศึกษานำไปใช้ในการพัฒนางานประจำได้จริง และเป็นข้อมูลพื้นฐานในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งทั้ง 8 แห่ง ของประเทศเพราะยังไม่พบการศึกษาและโรงพยาบาลมีบริบทเหมือนกัน แต่การศึกษาควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin 2021;71:209-49.
2. World Health Organization. Breast Cancer. [Internet]. [วันที่สืบค้น 2021 Oct 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/breast-cancer>
3. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. รายงานสถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี [เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://udch.go.th/index.php/21-2021-03-23-07-21-32>
4. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. โรคมะเร็งเต้านม. นนทบุรี: พี.ซี.เค.ดีไซน์; 2555.
5. Kimura M, Usami E, Iwai M, Nakao T, Yoshimura T, Mori H, Sugiyama T, Teramachi H. Oral anticancer agent medication adherence by outpatients. Oncol Lett. 2014 Nov;8(5):2318-2324.
6. ภคินฐ์ วีระจร, โชคชัย ล้อมทอง, นกษา สิงห์วีระธรรม. การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอโมนในโรงพยาบาลขอนแก่น. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2018;7:64-8.
7. สุวาทินี อินทรีย์, อรัณย์ เจริญญาณเมธา. อัตราการหยุดใช้ยาต้านฮอโมนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่ได้รับยาต้านฮอโมนชนิดรับประทาน. ว. เกษตรศาสตร์อีสาน 2019;11:89-4.
8. ชมพูนุช พัฒนจักร. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. ว. โรงพยาบาลมหาสารคาม 2019;16:13-22.

9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. [Internet]. [วันที่สืบค้น 2021 Oct 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>.
10. Lee YH, Jeong LS. Factors Influencing medication adherence to oral anticancer Drugs Asian. Oncology Nursing 2013;13:201-8.
11. Grunfeld EA, Hunter MS, Sikka P, Mittal S. Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen. Patient Educ Couns 2005;59:97-102.
12. บุญรัตน์ศรี วานิชรัตนกุล. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าด้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
14. ศศิธร รุ่งสว่าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. ว.พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2015;6:6-23.
15. ประสพชัย พสุนนท์. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. ว. สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ 2015;18:375-21.
16. DeVellis, RF. Scale development: theory and applications. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2017.
17. สิริขญา มารักษา, ณิชชาภัทร ชันสาคร, อัจฉรา วรารักษ์, นริมาลย์ นิละไพจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด. ว.พยาบาลทหารบก. 2564;22:435-7.
18. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons AM. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Julie Levin Alexander; 2011.
19. อรกมล พูนเสมอ, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, อรพรรณ โตสิงห์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทักษะในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด. ว.พยาบาลทหารบก 2557;15:368 –9.
20. ชไมพร ประค่านอก, อาภาวรรณ หนูคง, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. J Nursing Science Journal of Thailand 2020;38:35-39.

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด

Received: 16 August 2023
 Revised: 27 November 2023
 Accepted: 27 December 2023

หนึ่งฤทัย แร่งน้อย พย.บ.¹ บุษบา สมใจวงศ์ พย.ด.^{2,3}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาวิธีดูแลช่องปากเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปาก โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เน้นการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีจำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลช่องปาก แบบประเมินสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการดูแลช่องปาก และการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ($\bar{X}$ = 4.64, SD=1.50) มีความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองได้สูงขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด ($\bar{X}$ = 12.48, S.D.=1.49) การติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากหลังผ่าตัดลดลง มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดร้อยละ 4 และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 60)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โปรแกรมการดูแลช่องปาก สุขภาพช่องปาก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ Corresponding author: Email: bussom@kku.ac.th

Development of an oral care program for oral cancer patients undergoing surgery

Received: 16 August 2023
 Revised: 27 November 2023
 Accepted: 27 December 2023

Nuengruethai Raengnoi B.N.S.¹ Busaba Somjaivong D.N.S.^{2,3}

Abstract

This research and development study aimed to develop an oral care program. A oral self-care program created by the researcher using Orem's framework on educating, practicing skills, and supportive patients to oral self-care. The sample consisted of 25 oral cancer patients undergoing oral surgery at Udon Thani Cancer Hospital. The tools used were oral care program, oral health and oral care agency assessment forms. The data collection from February to May 2023 was analyzed by statistics of frequency, percentage, mean, standard deviation. and content analysis

The results showed that patients who received an oral care program for patients undergoing oral surgery had better oral health ($\bar{X} = 4.64$, $SD=1.50$), had higher oral self-care than before surgery ($\bar{X}=12.48$, $S.D.=1.49$) Postoperative oral surgical wound infection was reduced. There were 4% of patients with surgical site infections and their satisfaction with the oral care program for oral cancer patients undergoing oral surgery was good level (60%).

Keywords: oral cancer patients, oral care program, oral health

¹ Register nurse, Udon Thani Cancer Hospital

² Assistant Prof., Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³ Corresponding author: Email: bussom@kku.ac.th

บทนำ

มะเร็งช่องปาก เป็นมะเร็งกลุ่มศีรษะและลำคอที่พบมากอันดับต้นๆของโลก จากสถิติปี 2020⁽¹⁾ ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น 377,713 ราย อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 52.53 จัดอยู่ในอันดับ 14 ของมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก ในประเทศไทยในปี 2563⁽²⁾ จัดอยู่ในอันดับ 6 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50 มะเร็งช่องปากที่พบบ่อยที่สุด คือ ลิ้น รองลงมา ได้แก่ ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก เหงือกและฟันปาก ตามลำดับ⁽³⁾ ภายหลังการรักษาสามารถกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 20⁽⁴⁾ แม้การผ่าตัดจะเป็นการรักษาหลักในมะเร็งช่องปาก โดยการผ่าตัดจะประกอบด้วย ผ่าตัดตัวก้อนมะเร็งออก การผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองและการผ่าตัดฟันหรือซ่อมแซมหลังเอาก้อนมะเร็งออก การให้รังสีรักษา เป็นการรักษาร่วมหลังการผ่าตัดหรือร่วมกับการให้ยาเคมี ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่มีผลชิ้นเนื้อเป็น squamous cell carcinoma แพทย์จะนัดมาฉายรังสีภายใน 30-45 วันหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง^(5,6) และการให้เคมีบำบัดเป็นการรักษาร่วม แม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่ารังสีรักษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้ (NCCN, 2019) แต่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ เนื่องจากเป็นแผลผ่าตัดชนิดปนเปื้อน จึงมีโอกาสติดเชื้อได้ค่อนข้างมาก ร้อยละ 10-45⁽⁷⁾ นอกจากนี้แผลผ่าตัดยังอยู่ในปากที่สัมผัสน้ำลาย และแรงดันจากการกลืนอาหารอยู่เสมอ ทำให้ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียในช่องปากเข้าไปในแผลผ่าตัด พบได้ร้อยละ 39-45⁽⁸⁾ มีโอกาสส่วและทำให้น้ำลายเข้าไปปนเปื้อนในโพรงเนื้อเยื่อที่ผ่าตัดได้ มีรายงานพบร้อยละ 8⁽⁹⁾ ส่งผลกระทบรุนแรง ทำให้แผลผ่าตัดหายช้า⁽¹⁰⁾ เกิดความล่าช้าในการรักษา เพิ่มโอกาสกำเริบของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตลดลง ทำให้ระยะเวลาอนรักษานในโรงพยาบาลนาน สูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเกิดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขตามมา

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดูแลความสะอาดช่องปากเป็นวิธีการสำคัญในการป้องกัน และช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก ช่วยให้ช่องปากสะอาด มีความชุ่มชื้น ลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค¹¹ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลความสะอาดช่องปาก และการตรวจช่องปากด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง⁵ แม้ในช่วงระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเพียงพอ จะมีพยาบาลให้การดูแลช่องปาก เพื่อให้การดูแลความสะอาดช่องปาก เป็นการป้องกันแผลผ่าตัดปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์จากสิ่งคัดหลั่งในช่องปากเข้าสู่แผลผ่าตัด⁽⁷⁾ ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากทีมพยาบาลร่วมกับทันตแพทย์ตั้งแต่ออกมาผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด⁽¹¹⁾ ส่งผลให้มีภาวะสุขอนามัยช่องปากดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งช่องปากระยะหลัง 24 ชั่วโมง พยาบาลจะให้การประเมินภาวะเลือดออกภายในช่องปาก ก่อนการทำความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยแต่ละราย แบ่งประเภทผู้ป่วยที่ไม่มีท่อช่วยหายใจ ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อทุก 4-6 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจช่วยดูแลช่องปาก ด้วยการใช้น้ำซิงค์ชนิดน้ำเกลือปราศจากเชื้อครึ่งละ 15-20 มิลลิลิตร ฉีดล้างในช่องปากทุก 2 ชั่วโมง และใช้สายยางดูดน้ำลาย ช่วยดูดน้ำลายในปาก โดยระวังไม่ให้ถูกบริเวณแผลผ่าตัด⁽¹²⁾ ตรวจดูน้ำลายตกค้างในช่องปากให้สะอาดทุกครั้ง ไม่ควรมีการหมักหมมของเชื้อโรคภายในช่องปาก เป็นการป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อในช่องปากที่สำคัญ⁽⁸⁾ ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแล้ว ให้เริ่มแปรงฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่มขนาดเล็กพร้อมกับยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ กรณีผู้ป่วยที่ไม่มีฟันใช้ไม้ฟันสาลี หากเช็ดไม่ออกใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากตามแผนการรักษาของแพทย์ เช็ดทำความสะอาดคราบที่เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม และเพดานให้ทั่ว⁽¹³⁾

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี⁽¹⁴⁾ พ.ศ.2561-2563 ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดมะเร็งช่องปากจำนวน 366 ราย 145 ราย และ 285 ราย พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจากการติดตามหลังผ่าตัด 14 วัน ดังนี้ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 9 ราย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 10 ราย และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 16 ราย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมีแนวโน้มสูงขึ้นและจากการสัมภาษณ์มีผู้ป่วย 10 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 5 รายไม่ได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วย 1 รายได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์ เนื่องจากต้องได้รับการถอนฟันในช่องผ่าตัด ผู้ป่วย 3 ราย ได้รับคำแนะนำการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบระหว่างการฉายแสง และผู้ป่วย 1 รายได้ศึกษาวิธีการดูแลความสะอาดช่องปากจากสื่อโซเชียล นอกจากนี้มีแนวปฏิบัติเดิมที่ใช้ในการทำทำความสะอาดช่องปากที่หลากหลาย แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลความสะอาดช่องปากที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบแบบทั่วไป เนื่องจากการผ่าตัดมะเร็งช่องปากจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะภายในช่องปากเนื้อเยื่อโดยรอบบริเวณ

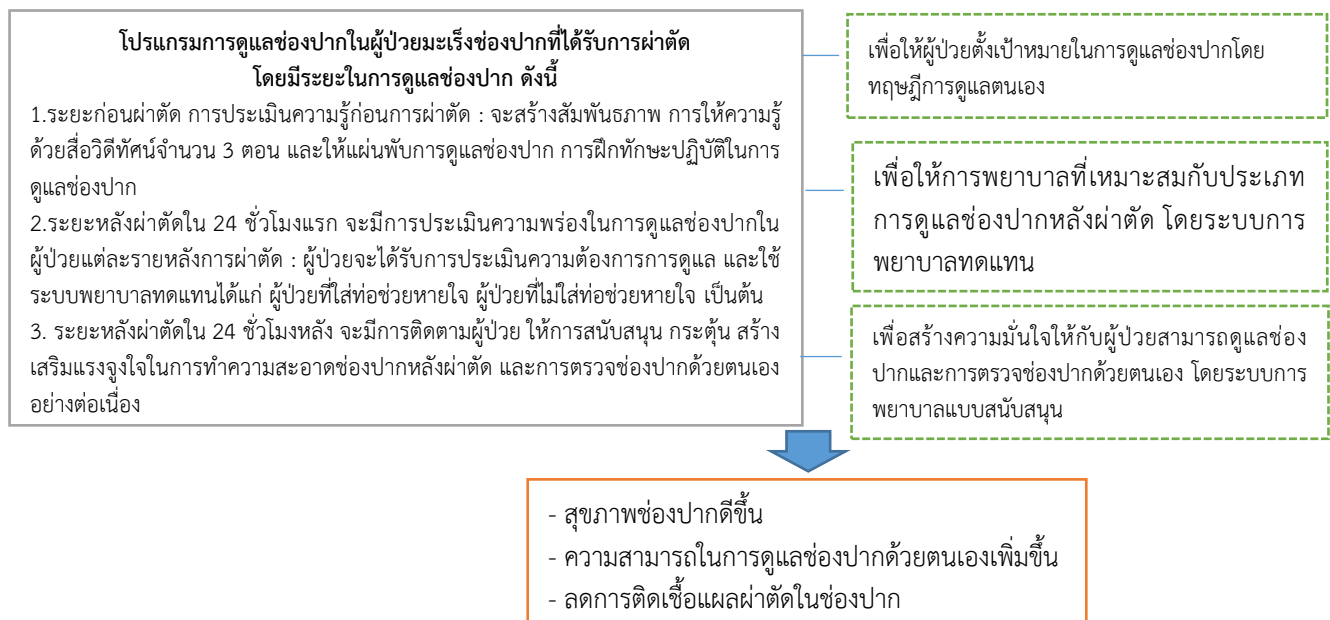
ผ่าตัดบวม จนดันลิ้น มีเลือดและน้ำลายไหลออกตลอดเวลา ทำให้มีการค้างในช่องปากเป็นสาเหตุการรั่วของแผลผ่าตัดเกิดการติดเชื่อตามมาได้ รวมถึงภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย อาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะการดูแลช่องปาก ซึ่งทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อตนเองและเป็นการกระทำอย่างจงใจ มีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคล เมื่อใดที่ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเมื่อนั้นจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และระบบการพยาบาล (nursing system) โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ โดยคาดหวังว่าจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง รักษาสุขภาพช่องปาก ลดการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากและทำให้คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการดูแลช่องปาก ระยะก่อนผ่าตัดเน้นการให้ความรู้โดยให้ดูวิดีโอที่ค้นจากแผ่นพับ การฝึกทักษะปฏิบัติ ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก มีระบบพยาบาลทดแทนในการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลความสะอาดช่องปาก เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ระยะหลัง 24 ชั่วโมงหลัง เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง เน้นการส่งเสริม สนับสนุน สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง สรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีข้อจำกัดในการทำทำความสะอาดช่องปาก 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย 5) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาต และเกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค BP < 90/60 mmHg หรือได้รับยา

กระตุ้นความดันโลหิต 2) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง BP > 180/100 mmHg โดยแพทย์พิจารณาว่าอาจเกิดอันตรายจากการที่ผู้ป่วยปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมดูแลช่องปาก 3) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นรวมทั้งการติดเชื้อในช่องปาก 4) ผู้ป่วยมีแรงช่องปากที่ได้รับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดมาก่อน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้โปรแกรม *G power 3.1.9.7 power analysis มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ 0.775 จึงเลือกใช้ขนาดอิทธิพลการประมาณค่าอิทธิพลของ Cohen สำหรับขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.8 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.05 จำนวนขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 21 ราย ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) อีก 20% ในแต่ละกลุ่ม (กาญจนา สาใจ, และคณะ, 2561) ดังนั้นมีกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาบางส่วนจากแบบประเมินการดูแลช่องปากของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) และแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลช่องปากของกาญจนา สาใจและคณะ (2561) เช่น ในการเลือกใช้แปรงสีฟันในการทำสะอาดและการตรวจช่องปากด้วยตนเองวันละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย 7 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งหมด ตั้งแต่ 0 – 14 คะแนน⁽¹⁶⁾ มีความตรงของเนื้อหา(CVI)=1.0 แบ่งระดับค่าคะแนน 2 ระดับ ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองน้อย และ 8-14 คะแนน หมายถึง ความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองสูง 3) แบบประเมินสุขภาพช่องปาก(oral assessment tool [OHAT])⁽¹⁷⁾ ฉบับภาษาไทย ปี2563⁽¹⁸⁾ ซึ่งดัดแปลงมาจากChalmer และคณะ (2004) โดยนำมาใช้บางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก เช่น ในการประเมินความปวด (Pain score) และผู้วิจัยได้ตัดข้อที่ประเมินฟันปลอมออกเนื่องจาก ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไม่มีฟันปลอม

ความตรงของเนื้อหา(CVI)=0.85 ประกอบด้วย 7 หัวข้อ โดยคะแนนรวม 0 คะแนน หมายถึง ช่องปากปกติ คะแนนตั้งแต่ 1 – 7 หมายถึงช่องปากเริ่มผิดปกติ คะแนนตั้งแต่ 8 - 14 หมายถึง ช่องปากผิดปกติ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม 5) การประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก เป็นการประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากตามICD-10 โดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะประเมินแผลผ่าตัดของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องและหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตการประเมินระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยโดยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (inter-rater reliability) แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองได้ค่าเท่ากับ 1 และแบบประเมินประเมินสุขภาพช่องปาก=0.91

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย 1) วิดีทัศน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการค้นคว้าจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เนื้อหาแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งช่องปาก การผ่าตัด ขั้นตอนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ตอนที่ 2 การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและการดูแลช่องปากหลังผ่าตัด ตอนที่ 3 การตรวจช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย ความตรงของเนื้อหา (CVI) = 0.92 จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 10 รายพบว่าโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองสามารถนำไปใช้ได้จริงมีเนื้อหาที่มีความเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 652158 เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและสิทธิการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าจะเก็บเป็นความลับและนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมรังสี และหอผู้ป่วยพิเศษ ผู้วิจัยจะประเมินด้วยการใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลช่องปากและแบบประเมินสุขภาพช่องปาก จากนั้นให้ความรู้ข้อมูลชนิดที่ทัศน 3 ตอนได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเมะเร็งช่องปากและการดูแลช่องปากก่อนการผ่าตัด ตอนที่ 2 ความรู้และการดูแลช่องปากหลังผ่าตัด ตอนที่ 3 การตรวจช่องปากด้วยตนเอง และมอบแผ่นพับการดูแลช่องปากให้ผู้ป่วยใช้ทบทวนซ้ำได้

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้วิจัยนำระบบการพยาบาลทดแทนช่วยในการดูแลช่องปาก โดยแบ่งประเภทผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจจะใช้โซริงค์ฉีดล้างช่องปากด้วยน้ำเกลือร่วมกับสายยางดูดน้ำลายทุก 2 ชั่วโมงก่อนทำดูดเสมหะ ผู้ป่วยที่ไม่มีท่อช่วยหายใจใช้โซริงค์ฉีดล้างช่องปากด้วยน้ำเกลือทุก 4-6 ชั่วโมง งดการแปรงฟันใน 24 ชั่วโมงแรก โดยพยาบาลจะประเมินช่องปากก่อนเพื่อให้การดูแลช่องปากที่เหมาะสม เป็นต้น

ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลัง ผู้วิจัยจะนำระบบพยาบาลสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีฟันเริ่มแปรงฟัน ด้วยแปรงสีฟันขนาดเล็ก ขนอ่อนนุ่มร่วมกับยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ผู้ป่วยที่ไม่มีฟันใช้ไม้ฟันสำหรับใช้ผ้าก๊อสน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากตามแผนการรักษาของแพทย์ เช็ดทำความสะอาดคราบที่เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม และเพดานให้ทั่ววันละ 2 ครั้งเช้าเย็น พร้อมให้คำชี้แนะให้คำปรึกษาเพื่อช่วยส่งเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

ครั้งที่ 4 วันที่แพทย์จำหน่าย ผู้วิจัยจะดูจากบันทึกแผนการรักษาของแพทย์ การวินิจฉัยการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากภายหลังผ่าตัดจนถึงวันจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยหาค่าการแจกแจง ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา คะแนนสุขภาพช่องปาก และคะแนนความสามารถดูแลช่องปากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยร้อยละ การติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากด้วยสถิติ Fisher's Exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 40- 55 ปี เพศชาย (ร้อยละ 80) เพศหญิง (ร้อยละ 20) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์ (ร้อยละ 65) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,000-10,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 40) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60) และไม่มียาประจำ (ร้อยละ 60) การรับบริการทางสุขภาพ ส่วนใหญ่บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 84) มีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 65), ดื่มสุรา (ร้อยละ 55), ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดช่องปากเป็นครั้งแรก

2. การประเมินสุขภาพช่องปาก ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนสุขภาพอยู่ในช่วง 6-8 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 7.50 คะแนน (S.D.=1.29) แสดงว่าสุขภาพช่องปากมีปัญหาในระดับมาก หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสุขภาพมีคะแนนอยู่ในช่วง 3-5 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 4.64 คะแนน (S.D.=1.50) แสดงว่าคะแนนสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมีปัญหาน้อยลง สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คะแนนสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

CA oral (n)	Minimum		Maximum		Mean		Std. Deviation	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
25	6	3	8	5	7.50	4.64	1.29	1.50

$p < 0.05$

3. การประเมินสุขภาพช่องปากทั้ง 7 ข้อ ได้แก่ ริมฝีปาก ลิ้น เหงือกและเนื้อเยื่อช่องปาก น้ำลาย ฟันธรรมชาติ ความสะอาดภายในช่องปาก และ อาการเจ็บปวด พบว่า ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปากต่อสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ด้านอาการเจ็บปวด 23 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 รองลงมา ด้านความสะอาดภายในช่องปาก 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.00 และเกี่ยวกับน้ำลายในช่องปาก 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00 ตามลำดับ

หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปากต่อสุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพช่องปากลดลง ด้านอาการเจ็บปวด 4 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00 รองลงมา ด้านความสะอาดภายในช่องปาก 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 และเกี่ยวกับน้ำลายในช่องปาก 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88.00 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินสุขภาพช่องปากในแต่ละหัวข้อ โดยใช้จำนวน ร้อยละ

การประเมินสุขภาพช่องปาก	กลุ่มตัวอย่าง	ปกติ	เริ่มมีปัญหา	มีปัญหา
1) การประเมินสุขภาพริมฝีปาก				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	15(60%)	9(36%)	1(4%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	18(72%)	7(28%)	0(0%)
2) การประเมินสุขภาพลิ้น				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	6(24%)	12(48%)	7(28%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	10(40%)	12(48%)	3(12%)
3) การประเมินสุขภาพเหงือกและเนื้อเยื่อช่องปาก				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	3(12%)	20(80%)	2(8%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	4(16%)	20(80%)	1(4%)
4) การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับน้ำลาย				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	0(0%)	22(88%)	3(12%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	0(0%)	24(96%)	1(4%)
5) การประเมินสุขภาพฟัน				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	9(36%)	11(44%)	5(20%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	12(48%)	9(36%)	4(16%)
6) การประเมินความสะอาดภายในช่องปาก				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	2(8%)	22(88%)	1(4%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	9(36%)	16(64%)	0(0%)
7) การประเมินอาการเจ็บปวด				
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	2(8%)	23(92%)	0(0%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	21(84%)	4(16%)	0(0%)

3.การประเมินความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองอยู่ในช่วง1-5 คะแนน คะแนนเฉลี่ย2.27 คะแนน (S.D.=1.50) แสดงว่าความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองระดับน้อย หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองอยู่ในช่วง10-14 คะแนน คะแนนเฉลี่ย12.48 คะแนน (S.D.=1.49) แสดงว่าคะแนนความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองระดับสูง สรุปว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองได้สูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนความสามารถในการดูแลช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

CA oral	Minimum		Maximum		Mean		Std. Deviation	
(n)	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	ทดลอง
25	1	10	5	14	2.24	12.84	1.50	1.49

p <0.05

ความสามารถในการดูแลช่องปาก ได้แก่ วิธีการทำความสะอาดช่องปาก ระยะเวลาในการทำความสะอาดช่องปาก อุปกรณ์ในการทำความสะอาด การรับประทานอาหารหลังการแปรงฟัน การบ้วนปากระหว่างวัน การจัดการเมื่อมีน้ำลายในช่องปาก และการตรวจช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการตรวจช่องปาก หลังทำความสะอาดช่องปากตอนเช้า ทุกวันๆ ละ 1 ครั้ง ดังนี้ ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิบัติ 25 คน คิดเป็นร้อยละ100.00 หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และการบ้วนปากระหว่างวันด้วยน้ำเกลือทุก 4-6 ชั่วโมง และระหว่างวัน เช่น หลังอาหารเที่ยง ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปากกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิบัติ 25 คน คิดเป็นร้อยละ100.00 หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง 25 คน คิดเป็นร้อยละ100.00 และการจัดการเมื่อมีน้ำลายในช่องปากให้บ้วนออกหรือกลืนลงลำคอ ไม่ควรอมให้ค้างในปากนาน ก่อนใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยปฏิบัติ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00 ปฏิบัติถูกต้องเป็นบางครั้ง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.00 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเองหลังได้รับโปรแกรมการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสามารถในการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองจำนวน ร้อยละ

ความสามารถในการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง	กลุ่มตัวอย่าง N =25	ความสามารถดูแลช่องปากด้วยตนเอง ความสามารถน้อย	ความสามารถสูง
ก่อนใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	25(50%)	0(0%)
หลังใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก	CA oral	0(0%)	25(50%)

4.การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดี (ร้อยละ 60) และดีมาก (ร้อยละ 40) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถโผล่ชีวิตค้นไวดูทวนซ้ำได้ จึงใช้การศึกษาจากแผ่นพับแทน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มตัวอย่าง n (%)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ดี	15 (60%)	3.70	0.66
ดีมาก	10 (40%)	3.90	0.70

5.การติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก พบมีผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมไม่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัด 24 ราย (ร้อยละ 96) และมีการติดเชื้อแผลผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ4) มีการอักเสบบริเวณแผลผ่าตัด มีไข้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดเนื่องจากอายุมาก 70 ปี มีโรคเบาหวาน ตาราง ความสามารถในการดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการประเมินการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Fisher's

Exact test		
ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง n (%)	P-value
ไม่ติดเชื้อ	24 (96.0)	0.049*
ติดเชื้อ	1 (4.0)	
รวม	25 (100.0)	

สรุปและอภิปรายผล

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกัน และช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปากนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปาก เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด จึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด สรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1.การพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในแต่ละระยะของการผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัดเน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะตลอดจนสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ระยะหลังผ่าตัด24 ชั่วโมงแรก นำระบบการพยาบาลทดแทนและระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลัง นำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน เพื่อให้การดูแลช่องปากที่เหมาะสมตั้งแต่มีก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดและเตรียมพร้อมจำหน่าย

2.มีความเป็นไปได้ของโปรแกรมการดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปาก พบว่ามีสุขภาพช่องปากดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพช่องปากในระดับน้อยลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในระยะก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพช่องปากผิดปกติมาก เมื่อได้รับการให้ความรู้ ข้อมูล โดยใช้ชีวิตที่ศรัทธาและแผนพับคำแนะนำการดูแลช่องปาก ร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติใช้อุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่องปากอย่างถูกต้องต่อเนื่อง เกิดความมั่นใจในการดูแลช่องปาก จากการให้ความรู้ด้วยสื่อที่สามารถเห็นภาพการจำลองสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การฝึกทักษะปฏิบัติด้วยอุปกรณ์จริง และมีระบบการพยาบาลแบบทดแทน ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง และเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จะเป็นระบบพยาบาลแบบสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาของนงนภัส เต็กหลี่⁽¹⁹⁾ เมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลจะให้การเสริมแรง สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยลดลงและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีภายหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา สาใจ⁽¹⁶⁾ ภาวะสุขภาพอนามัยช่องปากมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการอักเสบของแผลภายในช่องปาก ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกทักษะ การดูแลช่องปาก การเลือกอุปกรณ์ การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และจากการศึกษาของ Sannikorn⁽²⁰⁾ จากการติดตามรอยโรคของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก พบว่าการมีสุขภาพอนามัยช่องปากไม่ดี เนื่องมาจากไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากได้ดีพอ ดังนั้นการดูแลช่องปากที่ถูกต้องสม่ำเสมอในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัดจะช่วยลดปัญหาสุขภาพช่องปากและช่วยให้สุขภาพอนามัยช่องปากดี สอดคล้องกับ Mohamed Rahill⁽²¹⁾ ที่ศึกษาแนวทางการดูแลสุขวิทยาในช่องปากเพื่อให้เกิดสุขอนามัยช่องปากโดยเน้นความสำคัญของการดูแลช่องปากและฟันด้วยการให้ความรู้หรือสุศึกษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ดังนั้นผู้ป่วยที่รับโปรแกรมมีสุขภาพช่องปากลดลงแสดงถึงภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองดีขึ้น เนื่องจากการได้รับการให้ความรู้ ฝึกทักษะปฏิบัติในการดูแลช่องปากตลอดการรักษา และในช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่องปากได้ด้วยตนเอง มีระบบการพยาบาลทดแทนจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎี

การดูแลตนเองของโอเริ่มตามโปรแกรมดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งการรักษาสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้นภายหลังผ่าตัด

ในด้านความสามารถในการดูแลช่องปากที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลช่องปากที่เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะและการติดตามภายหลังผ่าตัด สอดคล้องกับความต้องการในการดูแลในระยะหลังผ่าตัด ต้องใช้ระบบการพยาบาลทดแทน เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น จะใช้ระบบให้การสนับสนุนซึ่งในโปรแกรมจะเป็นระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงหลังพยาบาลจะให้การสนับสนุน กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากด้วยตนเองโดยในผู้ป่วยที่มีฟันต้องเริ่มแปรงฟัน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีฟันใช้ไม้ฟันสาลีหรือผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาด จากการศึกษาของ อัมไพวรรณ พวงกำหยาด⁽²²⁾ เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้กระตุ้นในการทำทำความสะอาดช่องปาก ด้วยการเลือกแปรงที่อ่อนนุ่ม แปรงฟันวันละ 2 ครั้งร่วมกับการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ทุก 2-4 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา สาใจ⁽¹⁶⁾ ผู้ที่ไม่มีฟันใช้สาลีหรือผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาด การตรวจช่องปากอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง กนกพรรณ งามมุข⁽¹³⁾ ซึ่งในการดูแลช่องปากควรเริ่มโดยเร็วตามสภาพช่องปาก และประเมินช่องปากทุกวันด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปากของตนเองในแต่ละวัน ผลการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่มที่เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยตนเอง เนื่องจากโปรแกรมการดูแลช่องปาก ประกอบด้วย วิถีทัศน์ 3 ตอน 1) ความรู้และการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 2) การดูแลช่องปากและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 3) การตรวจช่องปาก ผ่านพบการดูแลความสะอาดช่องปาก การสาธิตใช้อุปกรณ์จริงที่จำเป็นสำหรับการดูแลช่องปาก ได้แก่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ สายยางดูดน้ำลาย ไชริงค์ขนาด 10 มิลลิเมตร น้ำเกลือ กระบอกไฟฉาย เป็นต้น จากการศึกษาของสุภาพร พลายนบุญ⁽¹⁸⁾ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และอ้าปากได้น้อย ต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลในการดูแลช่องปาก เพื่อขจัดคราบสะสมในช่องปากและยับยั้งการเติบโตของจุลินทรีย์ในช่องปาก⁽²³⁾ ด้วยการใช้ไชริงค์ค่อยๆ ฝัดน้ำล่างและใช้สายยางดูดน้ำลายออกตลอดเวลา^(18, 24) ผู้ป่วยจะได้รับระบบพยาบาลแบบทดแทนในช่วงวันที่ 1, วันที่ 3 และเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลช่องปากด้วยตนเอง ทำให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองร่วมกับการเสริมแรงบวกจากพยาบาล ทำให้มีประสิทธิภาพในการดูแลช่องปากด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์ นครชัย⁽²⁵⁾ และด้านความพึงพอใจในโปรแกรมของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดี (ร้อยละ 60) และดีมาก (ร้อยละ 40) เนื่องจากผู้ป่วยสามารถโหลดวิถีทัศน์ไว้ดูทวนซ้ำได้ หรือใช้แผ่นพับไว้ทบทวนความรู้ในการดูแลช่องปาก เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการดูแลช่องปากด้วยตนเองดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมไปใช้ในการเตรียมช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพช่องปากมาก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการผ่าตัดช่องปาก อาจเกิดความพร่องในการดูแลช่องปากภายหลังผ่าตัด ทำให้ปัญหาสุขภาพช่องปากมีมากขึ้น ส่งผลต่อแผลผ่าตัดในช่องปากติดเชื้อ แผลแยก ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน อาจรุนแรงจนเกิดการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ผู้ป่วยควรได้รับเตรียมพร้อมในการดูแลช่องปากและสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ นอกจากนี้สามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีแผลในช่องปากหรือมีปัญหาสุขภาพช่องปากเช่นกัน

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเป็น 2 กลุ่มระหว่างการพยาบาลตามมาตรฐานและการใช้โปรแกรมการดูแลช่องปาก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The Global Cancer 2020. [Internet]. [สืบค้นวันที่ 2021 March]. เข้าถึงได้จาก: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
2. Thailand-Global Cancer Observatory. The Global Cancer 2020. [Internet]. [สืบค้นวันที่ 2021 March]. เข้าถึงได้จาก: <http://gco.iarc.fr/764-thailand-fact-sheets>
3. Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. Surg Oncol Clin N Am. 2015;24:491-508.

4. Rashid A, Warnakulasuriya S. The use of light-based (optical) detection systems as adjuncts in the detection of oral cancer and oral potentially malignant disorders: a systematic review. J Oral Pathol Med. 2015;44:307-28.
5. สุทธิณี สุดใจ. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
6. Coyle MJ, Main B, Hughes C, Craven R, Alexander R, Porter G, Thomas S. Enhanced recovery after surgery (ERAS) for head and neck oncology patients. Clin Otolaryngol 2016;41:118-26.
7. Ellis MA, Graboyes EM, Wahlquist AE, Neskey DM, Kaczmar JM, Schopper HK, Sharma AK, Morgan PF, Nguyen SA, Day TA. Primary Surgery vs Radiotherapy for Early Stage Oral Cavity Cancer. Otolaryngol Head Neck Surg 2018;158:649-65.
8. ภัทรุณี วัฒนศัพท์. มะเร็งช่องปาก. ขอนแก่น: ภาควิชาโสตศอนาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
9. Nair D, Singhvi H, Mair M, Qayyumi B, Deshmukh A, Pantvaidya G, Nair S, Chaturvedi P, Laskar SG, Prabhash K, DCruz A. Outcomes of surgically treated oral cancer patients at a tertiary cancer center in India. Indian J Cancer 2017;54:616-20.
10. ชัชสุตา ธนอมรพงศ์, สุวิมล กิมปี, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, เกศศิริ วงษ์คงคำ, ภาวิน เกษกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลด้านมะเร็ง สภาพของลิ้น ภาวะโรคร่วม กับภาวะการทำหน้าที่ในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งลิ้นและพื้นปากหลังผ่าตัด. ว. สภาการพยาบาล 2557;29: 67–81.
11. วันทกานต์ ราชวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
12. Huang BS, Wu SC, Lin CY, Fan KH, Chang JT, Chen SC. The effectiveness of a saline mouth rinse regimen and education programme on radiation-induced oral mucositis and quality of life in oral cavity cancer patients: A randomised controlled trial. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27:e12819.
13. กนกพรรณ งามมุข, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การดูแลความสะอาดช่องปากในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วชิรสารการพยาบาล 2559;12: 1–11.
14. งานเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี . สถิติรายงานประจำปี 2561-2562 [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: งานเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.udch.go.th/thai>
15. Orem, DE, Taylor, SG, Renpenning, KM. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001
16. กาญจนา साใจ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, เบญญพร บรรณสาร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ว.โรงพยาบาลสกลนคร 2561;21:42-56.
17. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนะนำการแปรงฟันแบบ 2-2-2 ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/funyoungdee-brushing-2-2-2/>

18. สุภาพร พลายบุญ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, จินตนา คำเกลี้ยง. การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะฟังกพา. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ 2560;40: 37–47.
19. นงนภัส เด็กหลี่, ชนกวพร จิตปัญญา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการอมกลั้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือร่วมกับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. ว. มฉก.วิชาการ 2559;20: 81–95.
20. Sannilom, P. Management of oral cavity cancer [Document]. Bangkok: Rajavithi Hospital, Rangsit University; 2019.
21. Mohamed R. Evidence-based practice in nursing & Health care: Guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams; 2016.
22. อัมไพวรรณ พวงคำหยาด, รัชนี นามจันทรา, วารินทร์ บินโฮเซ็น. ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อความสามารถในการดูแลช่องปากและภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสภากาชาดไทย 2560;10: 57–73.
23. Winn DM, Lee YC, Hashibe M, Boffetta P; INHANCE consortium. The INHANCE consortium: toward a better understanding of the causes and mechanisms of head and neck cancer. Oral Dis. 2015;21:685-93
24. Shi M, Han Z, Qin L, Su M, Liu Y, Li M, Cheng L, Huang X, Sun Z. Risk factors for surgical site infection after major oral oncological surgery: the experience of a tertiary referral hospital in China. J Int Med Res. 2020;48:300060520944072. doi: 10.1177/0300060520944072.
25. ทรศณีย์ นครชัย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.

บทความวิจัย

ต้นทุนการบริการการส่องกล้องโพรงจมูกเพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

Received: 4 December 2023
 Revised: 21 December 2023
 Accepted: 28 December 2023

สิทธิ เชวณชีน พบ.ว.สาขาโสต ศอ นาสิก¹

พรทิพย์ กิระพงษ์ วท.ม.^{2,3*}

อรรถสิทธิ์ ศรีสุปติ พบ. วว.สาขากุมารเวชกรรม⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการให้บริการในบริการการส่องกล้องโพรงจมูกในผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูก เพื่อประเมินสถานะของมะเร็งโพรงจมูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมในมุมมองของผู้ให้บริการ รวมถึงเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยกับค่าบริการที่เรียกเก็บตามสิทธิการรักษา เก็บข้อมูลระยะเวลา กิจกรรมการส่องกล้องแบบไปข้างหน้า และใช้ฐานข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาล ทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 ตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่นัดเข้ามารับการส่องกล้องโพรงจมูกเพื่อประเมินรอยโรค มีผลขึ้นเนื่อยืนยันว่าเป็นมะเร็งชนิดเยื่อ มะเร็งเม็ดสี จำนวน 103 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยพจนานุกรมกิจกรรม แบบบันทึกเวลา แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยมีค่าความตรงของแบบบันทึกเท่ากับ 0.97 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย อัตราส่วน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ One sample t-test สำหรับทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยต้นทุนกับอัตราค่าบริการที่โรงพยาบาลใช้อ้างอิงในการเรียกเก็บ

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนทางตรงของกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูกคือ 41,774.79 บาท เป็นค่าแรงบุคลากร 25,671.30 บาท ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ 11,795.70 บาท และค่าเสื่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์ 4,307.79 บาท ส่วนต้นทุนทางอ้อมคือ 20,867.15 บาท เป็นค่าเสื่อมอาคาร 12,618.04 บาท ค่าสาธารณูปโภค 7,666.13 บาท และค่าเสื่อมครุภัณฑ์สำนักงาน 582.98 บาท ต้นทุนรวมของกิจกรรมบริการการส่องกล้องโพรงจมูกคือ 62,641.93 บาท อัตราส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 40.98 : 18.83 : 40.19 ต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูกคือ 608.17 บาท และ (3) รายได้ที่โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บจากแต่ละกองทุนตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยในราคา 800 บาทต่อราย เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูกที่คำนวณได้จากการศึกษานี้ คือ 608.17 บาท เป็นจำนวนเงินที่มีความเหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการจัดบริการดังกล่าว

คำสำคัญ: ต้นทุนการบริการการส่องกล้องโพรงจมูก, การส่องกล้องโพรงจมูก, มะเร็งโพรงจมูก

Activity-based Cost Analysis of Nasal Endoscopic Services for

¹ นักศึกษาลัทธิสุตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^{3*} Corresponding author: Email: tipgeerapong@gmail.com

⁴ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

evaluation Nasal cancer patient in Udonthani Cancer Hospital

Received: 4 December 2023

Revised: 21 December 2023

Accepted: 28 December 2023

Sitthi Chaowchuen Dip.Thai Board of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery¹Phonthip Geerapong M.S.^{2,3*}Attasit Srisubat Dip., Thai Board of Pediatric⁴**Abstract**

This activity-based costing research from a provider perspective in Nasal endoscopic services in nasal cancer patients who underwent nasal endoscopy for evaluating nasal cancer conditions in the Otorhinolaryngology Unit at Udonthani Cancer Hospital. Data were collected during 1 January to 31 March 2021. The population were 103 nasal cancer patients aged 18 years which had tissue diagnosis with carcinoma and melanoma. The research tools, based on a nasal endoscopy dictionary, were a time recording form, investment and operating cost recording forms and a cancer demographic data form. The collected data were then analyzed to determine frequency, percentage, mean, ratio, standard deviation and one-sample t-test.

Results showed that, for nasal endoscopic services, the direct cost was 41,774.79 baht including labor cost (25,671.30 bath), medical material cost (11,795.70 bath) and equipment depreciation cost (4,307.79 baht). The indirect cost was 20,867.15 baht, including building depreciation cost (12,618.04 baht), utility cost (7,666.13 bath) and office supplies depreciation cost (582.98 baht). The total cost of nasal endoscopic was 62,641.93 baht. The ratio of labor/material/capital costs was 40.98: 18.83: 40.19. The unit cost of nasal endoscopic service was 608.17 baht. The reimbursable cost from each funding source was 800 bath per patient, while the total cost of nasal endoscopy was 608.17 baht per person that is a reasonable price to get reimbursed for nasal endoscopy.

Keywords: Activity-based Cost Analysis of Nasal Endoscopic Services, Nasal Endoscopic Services, Nasal cancer.

¹ Health Science student, Major in Hospital Administration, Sukhothai Thammathirat Open University

² Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

^{3*} Corresponding author: Email: tipgeerapong@gmail.com

⁴ Medical Physician, Advisory Level, Department of Medical Services, Ministry of Public Health

บทนำ

มะเร็งเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable disease) ที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของประชากรโลกตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันปีละกว่าสิบล้านคน⁽¹⁾ และมีแนวโน้มของอัตราการตายจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น สูงขึ้น กว่า 19.3 ล้านคนในปี 2020⁽²⁾ ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพของประเทศที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาก ถึง 25.2 ล้านล้านบาทหรือสหรัฐ⁽³⁾ สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งของประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด ของประชากรไทย⁽⁴⁾ โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็ง เต้านม และมะเร็ง ปากมดลูก ส่วนมะเร็งโพรงจมูก ไซนัส และหลังโพรงจมูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยใน 10 อันดับแรกของ มะเร็งหูดอกจมูกทั้งหมด และมีปัญหาทางด้านการตรวจวินิจฉัยและ การรักษาพยาบาล⁽⁵⁻⁷⁾ ถึงแม้ว่ามะเร็งโพรงจมูก เป็นมะเร็งที่พบอัตราอุบัติการณ์ของโรคต่ำกว่า 1 รายต่อ 100,000 ประชากรต่อปี^(8,9) แต่ผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกมักมาพบ แพทย์ในระยะ ลุกลาม หรือระยะที่ 3-4 ขึ้นไป ทำให้อัตราการรอดชีวิตต่ำลงมาก การส่องกล้องโพรงจมูก จึงเป็นเครื่องมือ หลักในการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งในตำแหน่งดังกล่าว ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง^(10,11) และเป็น เครื่องมือที่สำคัญที่ผู้ป่วยมะเร็ง โพรงจมูกทุกราย จะต้องได้รับการตรวจตามมาตรฐานสากล^(10,12) โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 120 เตียง ให้ บริการการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการเคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา และ ประคับประคอง จากข้อมูลของ แผนกผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ ที่มา เข้ารับการส่องกล้อง โพรงจมูกในปี 2561 - 2563 จำนวน 58 69 และ 102 ราย ตามลำดับ ซึ่งกิจกรรมการส่องกล้อง โพรงจมูก ยังไม่เคยมีการศึกษาต้นทุน การให้บริการมาก่อน นอกจากนี้การส่องกล้องโพรงจมูกถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตรวจประเมินทั้งก่อนและหลังการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาต้นทุนการบริการการส่องกล้องโพรง จมูกเพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูก ในโรงพยาบาล มะเร็งอุดรธานี เพื่อนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบ ต้นทุนของการส่องกล้อง เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ เพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับอัตราค่าบริการการส่อง กล้องโพรงจมูกให้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการการส่องกล้อง โพรงจมูกเพื่อตรวจผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกใน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนค่าบริการกับค่าบริการที่เรียกเก็บตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่เข้ารับการ ส่องกล้องโพรงจมูก เพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกในงานผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มีกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยตามแนวทางการศึกษาต้นทุนกิจกรรม คำนวณต้นทุนทาง ตรง ประกอบด้วยค่าแรง (Labor cost; LC) ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ (Material cost; MC) และค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (Capital cost; CC) กระจายจากต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ไปสู่ต้นทุนทางตรง (Direct cost) และหาต้นทุนรวม (Total cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)¹³

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบต้นทุนกิจกรรม (Activity-based Costing) ในการ วิเคราะห์หาต้นทุนบริการในมุมมองของผู้ให้บริการ (Healthcare provider prospective) โดยใช้วิธีการคำนวณ ต้นทุนแบบมาตรฐาน ที่อิงวิธีการพื้นฐานของการคำนวณหาต้นทุนงานบริการของกรมบัญชีกลาง¹⁴ และเปรียบเทียบ ต้นทุนของการบริการโดยใช้การเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2564

แหล่งข้อมูลในการศึกษา การศึกษานี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนทางตรง (Direct cost) จากการจับเวลาในการให้บริการการส่องกล้องโพรงจมูกแบบไปข้างหน้า และข้อมูลทางอ้อม (Indirect cost) จากข้อมูลของงานการเงินและพัสดุ งานนโยบายและแผน รวมถึงกลุ่มงานบริหารทั่วไปในช่วงที่ทำการการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้ฐานข้อมูลการให้บริการการส่องกล้องโพรงจมูกของแผนกผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม 2564 ซึ่งกระทำกิจกรรมบริการโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบริการการส่องกล้องโพรงจมูก 9 คน ประกอบด้วย โสต ศอ นาสิกแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน เก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีผลชิ้นเนื้อยืนยันว่าเป็นมะเร็งชนิดเยื่อบุ (Carcinoma) มะเร็งเม็ดสี (Melanoma) โดยใช้วิธีแบบเจาะจงจำนวน 103 คน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกที่นัดมาเข้ารับการส่องกล้องทั้งหมด 121 ราย คัดผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีข้อห้ามในการส่องกล้องออกจากการศึกษา 18 ราย เนื่องจากผลชิ้นเนื้อไม่เข้าเกณฑ์ 11 ราย ไม่สมัครใจเข้าร่วม 7 ราย

เครื่องมือในการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนการจัดบริการการส่องกล้องโพรงจมูกแยกตามระยะกิจกรรมการส่องกล้อง 3 ระยะ โดยใช้เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกเวลา ที่จับเวลาตั้งแต่เริ่มทำกิจกรรมจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม หน่วยเป็นนาที 2) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าแรง โดยใช้ข้อมูลค่าตอบแทนบุคลากรทุกรูปแบบ ได้แก่ เงินเดือน ค่าตอบแทน รวมถึงสวัสดิการต่างๆ ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์และจำนวนชิ้นที่ใช้ ค่าลงทุนได้แก่ ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ อาคารสถานที่ และครุภัณฑ์สำนักงาน รวมถึงสัดส่วนค่าสาธารณูปโภคที่ใช้ไปในกิจกรรม

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เลขที่ UCH_IRB 005/2563 ลงวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 จัดเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยมีขั้นตอนดังนี้ 1) วิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการ (Activity analysis) โดยการศึกษาโครงสร้างลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบของกิจกรรมบริการ และงานสนับสนุน 2) หาดต้นทุนทางตรงของแต่ละกิจกรรม (Direct cost determination) ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (LC) ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ (MC) และค่าครุภัณฑ์ (CC) 3) กำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน โดยการศึกษาที่ใช้การกระจายแบบลำดับขั้น (Step-Down Allocation) โดยการกระจายต้นทุนงานบริหารลงไปยังกิจกรรมการให้บริการโดยใช้เกณฑ์ปริมาณงานของแต่ละกิจกรรม 4) คำนวณต้นทุนรวมทางตรง (Total direct cost) 5) คำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost)

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของการลงข้อมูล และดำเนินการแก้ไขหากผิดพลาด

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของข้อมูลที่บันทึกกับผลลัพธ์โดยรวมของการบันทึก

ขั้นที่ 4 สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนกิจกรรมด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2019 โดยใช้สถิติจำนวนและร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูกกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บใช้สถิติ One Sample t-test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA โดยมีรายละเอียดการคำนวณดังนี้

1. ต้นทุนค่าแรง เกิดจากผลรวมของเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงิน พ.ต.ส. เงินไม่ทำเวช เงินค่าเบี้ยประชุม เงิน P4P เงินค่าสนับสนุนการศึกษานูตริชันและสวัสดิการอื่นๆ ในช่วง 1 ปีงบประมาณก่อนทำการศึกษา หารด้วยจำนวนนาฬิกาหนึ่งปี

2. ต้นทุนค่าเสื่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์ต่อปี ได้จากนำมูลค่าเริ่มต้นลบด้วยราคาซากหารด้วยอายุการใช้งานตามกรมบัญชีกลาง $\text{Depreciation cost} = \text{Price} / (\text{Useful life})$

3. ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ ได้จากมูลค่าของวัสดุสิ้นเปลืองด้วยจำนวนชิ้นที่ใช้จริง

4. ต้นทุนค่าเสื่อมอาคารต่อปี ได้จากการนำมูลค่าเริ่มต้นของอาคารลบด้วยราคาซากหารอายุการใช้งานเป็นปี จากนั้น มาคำนวณหาพื้นที่ใช้สอย ว่าคิดเป็นสัดส่วนเท่าไรของพื้นที่ตึกทั้งหมด

5. ต้นทุนทางอ้อม หมายถึงต้นทุนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการบริการส่องกล้องโพรงจมูก เช่น ต้นทุนค่าวัสดุของหน่วยงานรวม ต้นทุนค่าแรงในการบริหารจัดการ ต้นทุนค่าสาธารณูปโภค และต้นทุนครุภัณฑ์อื่นๆ คำนวณหาสัดส่วนต้นทุนทางอ้อมแยกตาม LC, MC และ CC ต่อต้นทุนทางตรง หลังจากนั้นนำสัดส่วนที่ได้ไปคูณด้วยต้นทุนทั้งหมด

6. คำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการการส่องกล้องโพรงจมูก ได้จากผลรวมของต้นทุนทางตรงและทางอ้อมหารด้วยจำนวนผู้มารับบริการการส่องกล้อง $\text{Unit cost} = (\text{Total cost}) / (\text{Amount of services})$

ส่วนการเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูกกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA โดยนำค่าเฉลี่ยต้นทุนของผู้ป่วยรายคนลบด้วยอัตราค่าบริการสาธารณสุข 800 บาท จากนั้นนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ One Sample t-test เพื่อหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและค่า P-value

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่าส่วนมากเป็นเพศชาย 76 ราย (ร้อยละ 73.79) อายุตั้งแต่ 18 – 81 ปี อายุเฉลี่ย 53.69 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.81 ไม่มีโรคประจำตัว 57 คน (ร้อยละ 55.34) โรคประจำตัวที่พบได้บ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 20 ราย (ร้อยละ 19.42) เบาหวาน 11 ราย (ร้อยละ 10.68) และไขมันโลหิตสูง 5 ราย (ร้อยละ 5.83) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 72 ราย (ร้อยละ 69.90) สวัสดิการข้าราชการ 21 ราย (ร้อยละ 20.39) ประกันสังคม 5 ราย (ร้อยละ 4.85) และสิทธิการรักษาอื่นๆ 5 ราย (ร้อยละ 4.85) ผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกมาเข้ารับการรักษา ส่วนมากอยู่ในระยะที่ 4 จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 52.43) ระยะที่ 3 จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 36.89) ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ Nonkeratinizing carcinoma 39 ราย (ร้อยละ 37.86) Undifferentiated carcinoma 32 ราย (ร้อยละ 31.07) และ Squamous cell carcinoma, poorly differentiated 20 ราย (ร้อยละ 19.42) วิธีการรักษามะเร็งโพรงจมูก 3 อันดับแรก ได้แก่ Neoadjuvant chemotherapy with Concurrent chemoradiation 42 ราย (ร้อยละ 40.78) Concurrent chemoradiation with adjuvant Chemotherapy 32 ราย (ร้อยละ 31.07) และ Concurrent chemoradiation 12 ราย (ร้อยละ 11.65) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละข้อมูลส่วนทั่วไป และข้อมูลโรคมะเร็งโพรงจมูก

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	76	73.79
	หญิง	27	26.21
อายุ (ปี) (mean±SD)		53.69 ± 12.81	
ภูมิลำเนา	อุดรธานี	45	43.69
	หนองคาย	20	19.42
	เลย	12	11.65
	บึงกาฬ	10	9.71
	หนองบัวลำภู	8	7.77
	อื่นๆ	8	7.77
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	31	30.10
	มัธยมศึกษาตอนต้น	22	21.36
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	10.68
	อนุปริญญา	19	18.45
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	20	19.42
ตำแหน่งโรคมะเร็ง	หลังโพรงจมูก	94	91.26
	โพรงจมูก	4	3.88
	ไซนัส	5	4.84
ระยะโรคมะเร็ง	1	1	0.97
	2	10	9.71
	3	38	36.89
	4	54	52.43
ชนิดผลชิ้นเนื้อ	Nonkeratinizing carcinoma	39	37.86
	Undifferentiated carcinoma	31	31.07
	Squamous cell carcinoma, PD	20	19.42
	Squamous cell carcinoma, MD	3	2.91
	Squamous cell carcinoma, WD	2	1.94
	Adenocarcinoma	3	2.91
	Neuroendocrine carcinoma	2	1.94
วิธีการรักษา	Neoadjuvant CMT* - CCRT**	42	40.78
	CCRT** – Adjuvant CMT*	32	31.07
	Definite CCRT**	12	11.65
	Surgery - Radiation	8	7.77
	Palliative CMT*	6	5.83
	Best supportive care	2	1.94

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	72	69.90
	ข้าราชการ กรมบัญชีกลาง	21	20.39
	ประกันสังคม	5	4.85
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3	2.91
	ชำระเงินเอง	2	1.94

*CMT – Chemotherapy, **CCRT – Concurrent chemoradiation

ระยะเวลารวมในการทำกิจกรรมส่องกล้องโพรงจมูก เริ่มจับเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยกลุ่มที่นัดมาส่องกล้องโพรงจมูก มาถึงพื้นที่ในแผนกผู้ป่วยนอก จนกระทั่งเสร็จสิ้นกิจกรรมย่อยทุกกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูกในการศึกษานี้ ใช้เวลาไปทั้งสิ้น 10,585.61 นาที เฉลี่ย 110.59 นาทีต่อราย โดยในช่วงระยะก่อนการส่องกล้องโพรงจมูก ใช้เวลาเฉลี่ย 2,341.22 นาที เฉลี่ย 24.06 นาทีต่อราย ช่วงส่องกล้องโพรงจมูก 901.94 นาที เฉลี่ย 15.25 นาทีต่อราย และระยะหลังการส่องกล้องโพรงจมูก 7,342.45 นาที เฉลี่ย 71.29 นาทีต่อราย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลรวมของเวลาและเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการส่องกล้องโพรงจมูก

กิจกรรม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(ราย)	ผลรวมของเวลา (นาที)	ค่าเฉลี่ยเวลา(นาที)
ระยะก่อนการส่องกล้องโพรงจมูก	103	2,341.22	24.06
ระยะการส่องกล้องโพรงจมูก	103	901.94	15.25
ระยะหลังการส่องกล้องโพรงจมูก	103	7,342.45	71.29
ผลรวมเวลาการทำกิจกรรม	103	10,585.61	110.59

2. วิเคราะห์ต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม ต้นทุนรวม และต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการการส่องกล้องโพรงจมูกเพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่า

2.1 ต้นทุนรวมในระยะก่อนการส่องกล้อง โพรงจมูกมีต้นทุน 12,844.06 บาท ได้แก่ ต้นทุนทางตรง 8,228.86 บาท ประกอบด้วยค่าแรงบุคลากร 7,619.71 บาท ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ 609.15 บาท และต้นทุนทางอ้อม 4,615.20 บาท

2.2 ต้นทุนรวมในระยะส่องกล้องโพรงจมูกมีต้นทุน 21,772.73 บาท ได้แก่ ต้นทุนทางตรง 19,989.77 บาท ประกอบด้วยค่าแรงบุคลากร 5,020.89 บาท ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ 11,585.58 บาทและค่าเสื่อมราคา ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ 3,383.30 บาท ส่วนต้นทุนทางอ้อมคิดเป็น 1,777.96 บาท

2.3 ต้นทุนรวมในระยะหลังการส่องกล้องโพรงจมูกมีต้นทุน 21,772.73 บาท ได้แก่ ต้นทุนทางตรง 13,551.15 บาท ประกอบด้วยค่าแรงบุคลากร 13,030.70 บาท ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ 210.12 บาท และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ 310.33 บาท ส่วนต้นทุนทางอ้อมในระยะนี้มีต้นทุน 14,473.99 บาท

ต้นทุนรวมของกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูกเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมะเร็ง โพรงจมูก 103 ราย มีต้นทุนรวมอยู่ที่ 62,641.93 บาท คิดเป็นต้นทุนต่อหน่วย 608.17 บาทต่อคน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการแจกแจงต้นทุนทางตรงและทางอ้อมในการส่งกล้องโพรงจุม

ระยะของกิจกรรม	ต้นทุนทางตรง (บาท)				ต้นทุนทางอ้อม (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)
	ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุสิ้นเปลือง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุภัณฑ์ (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)			
ระยะก่อนการส่งกล้องโพรงจุม	7,619.71 (92.60)	0.00 (0)	609.15 (7.40)	8,228.15 (100.00)	4,615.20	12,843.35	124.69
ระยะการส่งกล้องโพรงจุม	5,020.89 (25.11)	11,585.58 (57.94)	3,388.30 (16.95)	19,994.77 (100.00)	1,777.96	21,772.73	211.39
ระยะหลังการส่งกล้องโพรงจุม	13,030.70 (96.16)	210.12 (1.55)	310.33 (2.29)	13,551.15 (100.00)	14,473.99	28,025.14	272.09
รวม	25,671.30	11,795.70	4,307.78	41,774.78	20,867.15	62,641.93	608.17

ต้นทุนรวมของกิจกรรมการส่งกล้องโพรงจุม เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมะเร็ง โพรงจุม 103 ราย มีต้นทุนรวมของการให้บริการอยู่ที่ 62,641.93 บาท ซึ่งเกิดจากการส่งกล้อง โพรงจุมซึ่งเป็นกิจกรรมหลัก 57,718.25 บาท และกิจกรรมเสริม ได้แก่ การตัดชิ้นเนื้อ-การห้ามเลือด ในโพรงจุม 4,923.68 บาท คิดเป็นต้นทุนต่อหน่วย 608.17 บาทต่อคน

3. เปรียบเทียบการบริการกับค่าบริการที่เรียกเก็บตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่งกล้อง โพรงจุม พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมการส่งกล้อง โพรงจุมเพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจุมอยู่ที่ 608.17 บาท ซึ่งน้อยกว่ากับเงินที่ได้ชดเชยจากกรมบัญชีกลางที่ 800 บาท ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยต้นทุนการส่งกล้องกับค่าบริการที่เรียกเก็บตามสิทธิการรักษา

ตัวแปร	จำนวนประชากร (Observation)	$\bar{X}$	SE	SD	95%CI
ค่าเฉลี่ยต้นทุนการส่งกล้อง	93*	574.4214	9.0475	87.251	556.4523 – 592.3905

T = -24.93, P-value < 0.000 *จำนวนลดลงเหลือ 93 ราย ภายหลังจากการตัด Outlier ออก 10 ราย

อภิปราย

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการการส่งกล้องโพรงจุม เพื่อตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจุมในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการ ส่งกล้องโพรงจุม เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมะเร็ง โพรงจุม มีต้นทุนทางตรงสูงสุดเท่ากับ 19,994.77 บาท แม้ว่าระยะเวลา รวมในการทำกิจกรรมในช่วงนี้สั้นที่สุดที่ 901.94 นาที แต่มีการใช้วัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ มากที่สุดถึง 11,585.58 บาท ทำให้ต้นทุนทางตรงในช่วงส่งกล้องมีสัดส่วน สูงที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมช่วง ภายหลังการส่งกล้องโพรงจุม เป็นกิจกรรมที่ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมสูงที่สุดที่ 7,342.45 นาที ซึ่งเป็นต้นทุน ค่าแรงบุคลากรสูงถึง 13,030.70 บาท ส่วนช่วงกิจกรรมก่อนการส่งกล้อง เป็นช่วงที่ไม่มีการใช้ วัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ ทำให้ต้นทุน ทางตรงในระยะก่อนส่งกล้องมีต้นทุนเพียง 8,228.86 บาทเท่านั้น

เมื่อพิจารณาต้นทุนค่าแรงบุคลากร พบว่าค่าแรงของโสต ศอ นาสิกแพทย์มีค่าแรงเฉลี่ย 8.44 บาทต่อนาที ค่าแรง พยาบาลวิชาชีพ 4.91 บาทต่อนาที และค่าแรงผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1.28 บาทต่อนาที จากลักษณะดังกล่าว กิจกรรมที่แพทย์ ใช้เวลาทำกิจกรรมนาน ทำให้ต้นทุนทางตรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความแตกต่างกันของเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง และ ค่าตอบแทน ทำให้กิจกรรมหลังการส่งกล้อง มีต้นทุนค่าแรงบุคลากรมากที่สุดถึง 13,030.70 บาท

สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกจำเป็นต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล ซึ่งเป็นการดูแลด้วยบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและทักษะเฉพาะโรค ทำให้พบว่ามีต้นทุนค่าแรงบุคลากรมีสัดส่วนที่สูง กว่าต้นทุนทางตรงประเภทอื่น⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาภูมิแพ้⁽¹⁶⁾ ที่ห้องตรวจโรคหุ คอ จมูก โรงพยาบาลตำรวจปี 2551 พบว่าต้นทุนค่าแรงเจ้าหน้าที่เป็นต้นทุนสูงที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 56.69 เนื่องจากบุคลากรทำงานแบบ เฉพาะทาง อายุงานมาก จึงมีค่าตอบแทนการทำงานที่สูง เช่นเดียวกับการศึกษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาล อุดรดิตถ์⁽¹⁷⁾ ที่มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงมากที่สุดที่ร้อยละ 58.40 และ การศึกษาวิเคราะห์ ต้นทุนกิจกรรมการบริการตรวจวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อมโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่⁽¹⁸⁾ ที่มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน 95.41 : 4.23 : 0.36 ในช่วงกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูก เป็นช่วงที่มีการใช้วัสดุสิ้นเปลืองสูงที่สุดที่ 11,795.70 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.83 ของต้นทุนทั้งหมด เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวมีการใช้วัสดุห้ามเลือดและวัสดุสำหรับการเตรียมตัวเพื่อส่องกล้อง สอดคล้องกับการศึกษา ต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับ ประคอง โรงพยาบาล นางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีต้นทุนต้นทุนค่าแรง 13,163.73 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ 2,206.21 บาทและต้นทุนค่าลงทุน 1,057.79 บาท แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่มีการใช้วัสดุสิ้นเปลือง จะมีต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าแรงสูงขึ้นด้วย 2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาล พบว่า มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด เท่ากับ 16,486.77 บาทต่อราย โดยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงมากที่สุด 9,285.20 บาท ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทาง อ้อม 2,491.50 บาท ต้นทุนกิจกรรมการเขียนบันทึกต่างๆ 1,409.88 บาท ส่วนต้นทุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานน้อยที่สุด 1,077.34 บาท⁽¹⁹⁾ สำหรับการเปรียบเทียบการบริการกับค่าบริการที่เรียกเก็บตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง โพรงจมูก พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่เกิดขึ้นจริงในการส่องกล้องโพรงจมูก สำหรับกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูก พบว่ามีค่าใช้จ่ายทั้งหมด 62,641.91 บาท คิดค่าใช้จ่ายจริงต่อราย 608.17 บาท แต่โรงพยาบาลสามารถเบิกได้ 800 บาท ตามรายการ Nasal endoscope รหัสกรมบัญชีกลาง 71250 ทำให้โรงพยาบาลมีต้นทุนน้อยกว่าค่าบริการที่เรียกเก็บจากกองทุนต่างๆ เนื่องจากโครงการ Cancer Anywhere เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการยกระดับผู้ป่วยมะเร็ง ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งได้รวดเร็วขึ้น โดยไม่ต้องมีหนังสือรับรองสิทธิเหมือนในอดีต ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 (20) สถาบันมะเร็งแห่งชาติในสังกัดกรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว ผ่านโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคมะเร็งกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศ 192 โรงพยาบาล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการจ่ายชดเชยสำหรับการรักษา โรคมะเร็งแบบผู้ป่วยนอก ครอบคลุมเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และการรักษา เพื่อให้โรงพยาบาลที่รักษาได้รับการจ่ายชดเชยที่ เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งเดิมที่การเบิกจ่ายต่อครั้งในสิทธิสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเบิกจ่ายต่อครั้ง ได้ตามจริง แต่ไม่เกิน 450 - 700 บาท⁽¹⁸⁾

ระบบการให้บริการสุขภาพและกองทุนสวัสดิการของประเทศไทย ประกอบด้วย 3 กองทุนหลัก ได้แก่ 1) กองทุนสวัสดิการข้าราชการ โดยกรมบัญชีกลาง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยดูแลกลุ่มข้าราชการและญาติสายตรง 2) กองทุนประกันสังคม ดูแลลูกจ้างและผู้ประกันตน สำหรับกลุ่มวัยทำงานและผู้ใช้แรงงานในระบบนอกเหนือจากกลุ่มข้าราชการ 3) กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดูแลประชากรไทยส่วนใหญ่ที่ไม่มีสวัสดิการอื่น ๆ ซึ่งกลุ่มนี้มีจำนวนประชากรมากที่สุด 4) กองทุนของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ สำหรับพนักงานในหน่วยของรัฐวิสาหกิจของประเทศไทย สำหรับระบบการเบิกจ่ายและการเรียกเก็บของแต่ละกองทุนในแต่ละรายการตรวจจะมีความแตกต่างกันในแต่ละกองทุน โดยทุกกองทุนจะแบ่งการเบิกจ่ายเป็นประเภทผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) สำหรับกิจกรรมการส่องกล้องโพรงจมูกนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเท่านั้น โดยไม่ได้ทำการศึกษาในกรณีที่ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน

กองทุนสวัสดิการข้าราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการเบิกจ่ายโดยใช้รหัสกรมบัญชีกลาง เบิกได้ตามจำนวนที่กรมบัญชีกลางประกาศเพื่อจ่ายชดเชยแก่หน่วยบริการ โดยการส่งกล้องโพรงจมูก ชื่อรายการ Nasal endoscope ใช้รหัสกรมบัญชีกลาง 71250 ตามประกาศหนังสือกรมบัญชีกลางด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว 177 ลว. 24 พ.ย.49⁽²⁰⁾ ราคา 800 บาท ส่วนกองทุนประกันสังคม หากผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยลงทะเบียนเอาไว้ จะต้องมิใบส่งต่อการรักษามาที่โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ โดยโรงพยาบาลต้นสังกัดเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย และดำเนินการจ่ายค่ารักษาแก่ผู้ป่วยตามที่โรงพยาบาลที่รับรักษาต่อเรียกเก็บไป สำหรับกองทุนหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ 2 แบบ คือ 1) เรียกเก็บโดยตรงกับองค์กรรัฐวิสาหกิจนั้นๆ หากผู้ป่วยมีหนังสือรับรองการรักษาจากหน่วย งานต้นสังกัด 2) ให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล จากนั้นให้ผู้ป่วยไปทำตั้งเบิกกับหน่วยงานต้นสังกัด ซึ่งสามารถเบิกได้เต็มจำนวน

สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายใช้สิทธิการรักษาในโครงการมะเร็งรักษาทุกที่ (Cancer Anywhere) โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องขอใบส่งตัวมารักษาต่อ และไม่ได้กำหนดเขตแดนการเบิกจ่ายหรือเรียกเก็บ โดยสามารถทำการเรียกเก็บผ่านระบบ e-claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพโดยตรง ซึ่งกิจกรรมการส่งกล้องโพรงจมูก ใช้ชื่อรายการ Nasal endoscope รหัสกรมบัญชีกลาง 71250 ราคา 800 บาท ซึ่งนโยบาย Cancer Anywhere หรือโรค มะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม เป็นนโยบายของท่านรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการยกระดับผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งได้รวดเร็วขึ้น ไม่ต้องมีหนังสือรับรองสิทธิ และไม่จำกัดเขตแดนการเบิกจากเหมือนในอดีต โดยมีวัตถุประสงค์คือ ต้องการให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้าถึงการรักษาได้มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิมเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564¹⁸ โดยมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่ายชดเชยสำหรับการรักษาโรคมะเร็งแบบผู้ป่วยนอก ครอบคลุมเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย การรักษา จนกระทั่งการตรวจติดตาม เพื่อให้โรงพยาบาลที่รักษาได้รับการจ่ายชดเชยที่เหมาะสม ซึ่งเดิมที่การเบิกจ่ายต่อครั้งในสิทธิสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเบิกจ่ายต่อครั้งได้ตามจริงแต่ไม่เกิน 450 - 700 บาท¹⁶ เมื่อเปลี่ยนการเบิกจ่ายของผู้ป่วยเป็นสิทธิการรักษาแบบ Cancer anywhere ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในการศึกษานี้ถึงร้อยละ 69.90 ทำให้เขตแดนการเรียกเก็บของการบริการดังกล่าว ตามอัตราค่าบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถเบิกได้ครั้งละ 800 บาทต่อราย ซึ่งสูงกว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของการศึกษานี้ที่ 608.17 บาทต่อราย ซึ่งถือว่าเป็นการชดเชยที่เหมาะสม

สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการส่งกล้องช่วงการระบาดของโควิด 19 ทำให้ค่าใช้จ่ายบางชนิดสูงกว่าความเป็นจริง เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปกติ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการหาต้นทุนทางอ้อมแบบเป็นส่วนจากแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมถึงแผนกสนับสนุน นอกจากนี้ ซึ่ง แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ ใกล้เคียงกับทุนและอาจมีแนวโน้มขาดทุนในอนาคต เนื่องจากจะมีต้นทุนด้านบุคลากรที่สูงขึ้นตามอัตราเงินเดือน ค่าจ้างค่าตอบแทน รวมถึงค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นจึงมีการบริหารจัดการลดต้นทุนที่ไม่จำเป็นออกเช่น วัสดุการแพทย์บางชนิด รวมถึงการยืดระยะอายุการใช้งานของกล้องให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลมะเร็งที่มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องส่งกล้องโพรงจมูกเป็นจำนวนมาก และมีกระบวนการการบำรุงรักษาดูแลกล้องส่งเป็นอย่างดี ตามมาตรฐานไม่ซ้ำรูดง่าย ส่งผลให้ต้นทุนค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ลดลงอีกทาง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำต้นทุนที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาว่า มีขั้นตอนและกระบวนการใดมากที่มีต้นทุนสูงผิดปกติ และสามารถปรับลดได้ รวมถึงเป็นพื้นฐานในการต่อยอดเพื่อหาต้นทุนกิจกรรมอื่นในโรงพยาบาล
2. ต้นทุนที่ได้จากการส่งกล้องโพรงจมูกเป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในช่วง ปี 2564 เมื่อนำข้อมูลไปใช้อาจต้องมีการแปลงเงินจากอดีตให้เป็นไปตามอัตราเงินในปัจจุบัน รวมถึงพิจารณาด้าน Customer price index ด้วย

3. ต้นทุนค่าแรงบุคลากรวัดจากค่าแรงของบุคลากรคนนั้นที่ขับเคลื่อนกิจกรรม ผลักดันให้เกิดต้นทุน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว วิชาชีพเดียวกันสามารถทำกิจกรรมทดแทนวิชาชีพตนเองได้ ต้นทุนค่าแรงบุคลากรที่ได้จากการศึกษานี้ จึงขึ้นกับผู้ทำกิจกรรมและเวลาที่ทำกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาต้นทุนด้านการรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับมะเร็งโพรงจมูกมากขึ้น เช่น การผ่าตัด โพรงจมูก การฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม โดยเฉพาะเกี่ยวกับต้นทุนค่ายาเคมีบำบัด และ เทคนิคการฉายรังสีบริเวณดังกล่าวที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และมีราคาค่อนข้างสูง และใช้ทรัพยากร ในการรักษาค่อนข้างมาก
2. ควรศึกษาต้นทุนการตรวจประเมินผู้ป่วยมะเร็งโพรงจมูกในมุมมองของผู้รับบริการเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Wei C, Hong-Da C, Yi-Wen Y, Ni L, Wan-Qing C. Changing profiles of cancer burden worldwide and in China: a secondary analysis of the global cancer statistics 2020. Chin Med J (Engl) [Internet]. 2021 Apr 5 [วันที่สืบค้น 2023 Apr 30]; สืบค้นจาก: <https://mednexus.org/doi/10.1097/CM9.0000000000001474>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin [Internet]. 2021 May 1 [วันที่สืบค้น 2023 Apr 30];71(3):209–49. สืบค้นจาก: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660>
3. Chen S, Cao Z, Prettnner K, Kuhn M, Yang J, Jiao L, et al. Estimates and Projections of the Global Economic Cost of 29 Cancers in 204 Countries and Territories From 2020 to 2050. JAMA Oncol [Internet]. 2023 Apr 1 [วันที่สืบค้น 2023 Apr 30];9(4):465–72. สืบค้นจาก: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2801798>
4. ศรีวณิชชากร ส. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ โรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). Dis Control J [Internet]. 2017 Dec 29 [วันที่สืบค้น 2023 Apr 24];43(4):379–90. สืบค้นจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/151715>
5. Vatanasapt P, Suwanrungruang K, Kamsa-Ard S, Promthet S, Parkin MDM. Epidemiology of oral and pharyngeal cancers in Khon Kaen, Thailand: a high incidence in females. Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2011;12(10):2505–8.
6. Kamsa-ard S, Tangvorapongchai V, Kamsa-ard S, Phomthet SS. Factors Affecting Survival of Nasopharynx Cancer (NPC) Patients in Northeast Thailand after Radiation Treatment. Srinagarind Med J [Internet]. 2010 [วันที่สืบค้น 2023 Apr 30];25(2):131–64. สืบค้นจาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/12864>
7. Bhattacharyya N. Cancer of the Nasal Cavity: Survival and Factors Influencing Prognosis. Arch Otolaryngol Neck Surg [Internet]. 2002 Sep 1 [วันที่สืบค้น 2019 Jan 29];128(9):1079–83. สืบค้นจาก: <https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/483046>
8. Brennan B. Nasopharyngeal carcinoma. Orphanet J Rare Dis [Internet]. 2006 Jun 26 [วันที่สืบค้น 2017 May 25];1:23. สืบค้นจาก: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1559589/>
9. Ho JY, Ting SH, Podin Y. Nasopharyngeal Cancer in Malaysia: Perceived Severity, Susceptibility, and Barriers in Risk Messages. Hum Behav Dev Soc [Internet]. 2022 Aug 18 [วันที่สืบค้น 2023 Apr 16];23(2):94–104. สืบค้นจาก: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/hbds/article/view/254838>

10. Colevas AD, Yom SS, Pfister DG, Spencer S, Adelstein D, Adkins D, et al. NCCN Guidelines Insights: Head and Neck Cancers, Version 1.2018. J Natl Compr Canc Netw [Internet]. 2018 May 1 [วันที่สืบค้น 2019 Jan 29];16(5):479–90. สืบค้นจาก: <http://www.jnccn.org/content/16/5/479>
11. Wenig BM. Nasopharyngeal carcinoma. Ann Diagn Pathol [Internet]. 1999 Dec 1 [วันที่สืบค้น 2019 Jan 29];3(6):374–85. สืบค้นจาก: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1092913499800173>
12. Binazzi A, Ferrante P, Marinaccio A. Occupational exposure and sinonasal cancer: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer [Internet]. 2015 Feb 13 [วันที่สืบค้น 2019 Jan 29];15. สืบค้นจาก: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339645/>
13. Riewpaiboon A. Cost analysis in health systems. Bangkok: Saksopa; 2018. (in Thai).
14. Chanjaruporn F, Riewpaiboon A, Singweratham N, Bunpean A, Sawatwipachai B, Khunboonchan T. A unit cost analysis of Thai Traditional Medicine Service Activities for health promotion and disease prevention. The southern colleague network journal of nursing and public health. 2021;8(1): 11-26. (in Thai).
15. Khamho M, Wanitkun N, Danaidutsadeekul S, Thephamongkhon K. โมเดลการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษา. Nurs Sci J Thai [Internet]. 2018 Jun 30 [วันที่สืบค้น 2023 Apr 16];36(2):54–66. สืบค้นจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/146586>
16. เจริญปรีดี ม. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยภูมิแพ้โดยการฉีดวัคซีนที่คลินิกภูมิแพ้ ห้องตรวจโรคหอบหืด โรงพยาบาลตำรวจ. R Thai Army Med J [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 31];221–8. สืบค้นจาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/view/11512>
17. อ่ำพล ศ, เพ็ญศิริรักษา น, กิระพงษ์ พ. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน [Internet]. 2564 [cited 2023 Apr 23];7(02): 62-62. สืบค้นจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/248779>
18. ศุภสาร ป, วิเศษฤทธิ์ ว. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. J R Thai Army Nurses [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 6];19:158–65. สืบค้นจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/164669>
19. Institute N cancer. มะเร็งรักษาได้ทุกที่ ที่มีความพร้อม. J Dep Med Serv [Internet]. 2022 Dec 28 [cited 2023 Apr 23];47(4):5–9. สืบค้นจาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/260375>
20. อัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ (ใช้บังคับวันที่ 1 ธันวาคม 2549) [Internet]. [วันที่สืบค้น 2023 Oct 16]. สืบค้นจาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/3421>

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8

Received: 13 November 2023

Revised: 17 December 2023

Accepted: 20 December 2023

ชญานันท์ ศรีหาบุตร¹, วีระพงษ์ เรียบพร², อารยา ศรีสาพันธ์^{3*},
น้ำทิพย์ รัตนนิมิต⁴, เกศรา เชิงคำ⁵, สุพัฒชัย ปราบศัตร์⁶, ณัฏฐนันท์ โปธิ⁷

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ต่อดัชนีความสุขและความพึงพอใจของผู้สูงอายุติดบ้าน อ.หนองวัวซอ จ.อุดรธานี มีกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 222 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เชิงคุณภาพ คือ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ 204 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านส่วนใหญ่พบปัญหาร่างกายไม่แข็งแรง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต จึงควรเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ระยะที่ 2 ปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ดำเนินการคิดและขับเคลื่อนให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เกิดเป็นรูปแบบ“จิตสไต หัวใจ 4 ดวง” ระยะที่ 3 หลังใช้รูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หลังการเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโครงการในระดับดีและดีมาก

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพจิต, ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุติดบ้าน

¹ นักจิตวิทยา ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

² นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

³ นักจิตวิทยา ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 Corresponding author: Email: a.srisapun@gmail.com

⁴ นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

⁵ นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

⁶ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำโนะแดง,

⁷ นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

Development a Mental Health Prevention and Promotion in Elderly of Home Bound at Regional Health 8

Received: 25 October 2023

Revised: 17 December 2023

Accepted: 20 December 2023

Chayanun Srihabot¹, Veerapong Riabporn², Araya Srisapun^{3*}, Namthip Rattananimit⁴
Kadsara Cheangkha⁵, Supatchai Prabsatru⁶, Natthanant Pothei⁷

Abstract

The purposes of participatory action research are to 1) study situation of care for mental health in elderly, 2) develop a model for promoting mental health and prevention of mental health problems for the elderly in the homebound group, and 3) evaluate models for promoting mental health and preventing mental health problems among homebound elderly on the happiness index and the satisfaction, Nong Wua So District, Udon Thani Province. The quantitative sample consisted of 222 homebound elderly selected purposively. The qualitative sample consisted of 204 health network associates. Quantitative data was collected using questionnaires and interviews, and qualitative data was collected through a participatory planning process.

The result showed that in Phase 1: most of the health problems of homebound elderly were physical conditions that cause a risk of mental health problems, and the promotion and prevention of mental health problems activities should be increased based on consistent with the community. Phase 2: Develop a model for promoting and preventing mental health of homebound elderly with the participation of the community that drives for continuity and sustainability, as a pattern called “Bright mind of 4 hearts.” Phase 3: after using the model to promote and prevent the mental health of elderly in the homebound group. In Health District 8, the mental health of elderly increased after participating in the project with statistical significance (p -value < 0.05), and the participants were satisfied after participating in the project at a good and very good level.

Keywords: Mental Health Promotion, Prevention of Mental Health Problems, Home bound elders, participatory action research

¹ Psychologist , Mental Health Center 8

² Public Health Technical Officer, Mental Health Center 8

³ Psychologist, Mental Health Center 8 Corresponding author: Email: a.srisapun@gmail.com

⁴ Public Health Technical Officer, Mental Health Center 8

⁵ Public Health Technical Officer, Mental Health Center 8

⁶ Public Health Technical Officer, Damneonsaduak District Public Health Office

⁷ Public Health Technical Officer Mental Health Center 1

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ทบทวนสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2017 พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ในปี ค.ศ. 2050⁽¹⁾ ส่วนประเทศไทย ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุล่าสุด ปี 2562 ณ วันที่ 28 ก.พ. 2562 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ ภาพรวมทั้งประเทศ จำนวน 11,303,287 คน ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงให้เห็นว่าโลกของผู้สูงอายุเติบโตขึ้นท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยี⁽²⁾ อย่างไรก็ตามประชากรผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง เนื่องจากต้องเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ หรือปรับตัวไม่ได้ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของการเสื่อมมากกว่าเจริญเติบโต ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจและบทบาททางสังคม จากเคยเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้ติดตามหรือผู้อาศัย ภาระหน้าที่ทางสังคมลดลง มีความสามารถและสมรรถภาพลดลง มีการเกษียณอายุการทำงานทำให้มีรายได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ การสมาคมกับเพื่อนและการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดน้อยลง ผู้สูงอายุบางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ขาดการดูแลก่อให้เกิดความเหงาและว้าเหว่ อีกทั้งวัฒนธรรมทางสังคมที่เปลี่ยนตามยุคสมัยที่เห็นคุณค่าทางวัตถุมากกว่าจิตใจ ทำให้ทัศนคติผู้สูงอายุเปลี่ยนไป การเห็นคุณค่า ความกตัญญู การให้ความเคารพนับถือ การมีปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ในครอบครัวจึงเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่ปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงไม่ได้อาจทำให้ขาดความสุขเกิดความรู้สึกเครียด มีความขัดแย้งในตนเองกับครอบครัว ลูกหลาน และคนใกล้ชิด นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ และความคิดฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ ตามลำดับ⁽³⁾ นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยแบบคัดกรองความทุกข์ฉบับ 15 ข้อ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางทางจิตใจและมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง⁽⁴⁾ จากที่กล่าวมาเป็นการยืนยันว่าจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข จนวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจะต้องมีรูปแบบที่อาศัยกลยุทธ์การมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอมให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ในการพัฒนาอย่างแท้จริง⁽⁵⁾

เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ อุตรดิตถ์ สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และบึงกาฬ มีประชากรทั้งหมด 5,539,394 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 825,666 คน คิดเป็นร้อยละ 14.90 และเมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยคัดกรองด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนบาร์เธล (Barthel ADL Index) จำนวน 656,916 คน คิดเป็นร้อยละ 79.56 ของผู้สูงอายุทั้งหมดของเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 637,614 คน กลุ่มติดบ้าน 7,531 คน และกลุ่มติดเตียง 2,581 คน และได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) จำนวน 443,156 คน คิดเป็นร้อยละ 53.67 ผลการคัดกรองพบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 1,663 คน คิดเป็นร้อยละ 0.37 มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า และผู้สูงอายุจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 0.02 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยพบมากที่สุด ในจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวนทั้งสิ้น 734 คน สำหรับกลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือจิตใจจนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน⁽⁶⁾ และเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น⁽⁷⁾

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านต้องเผชิญกับปัญหาทางร่างกายและจิตใจ จึงมีความจำเป็นต้องแสวงหาแนวทางในการส่งเสริมเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้านทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่จากการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 8 ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินการ และการประเมินผลที่ชัดเจน และความต่อเนื่อง การดำเนินที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นในรูปแบบการดำเนินการตามนโยบายของส่วนกลางที่กำหนดให้ใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สุขสนุก และสุขสว่าง ในผู้สูงอายุติดบ้าน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงบุคลากรทำให้ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการขยายผลได้รับผลกระทบเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย รวมถึงการขาดการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องและขาดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ ที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานในชุมชน

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 ได้มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมด้วยเครื่องมือความสุข 5 มิติ แต่ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนากิจกรรมสร้างสุข ให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบความสุขในผู้สูงอายุทั้ง 5 มิติ ตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 ในพื้นที่อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี เป็นพื้นที่นำร่องความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ภาคประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ร่วมคิด ร่วมดำเนินการและเป็นเจ้าของร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพ อย่างมีความสุข และเปลี่ยนผู้สูงอายุจาก “ภาระ” ไปเป็น “พลัง” ของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 222 คน (ฐานข้อมูลการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต HDC ผู้สูงอายุประมวลผลวันที่ 7 กันยายน 2562) โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน หมายถึงผู้สูงอายุติดบ้าน 2) สามารถสื่อสารและช่วยเหลือตัวเองได้ 3) เป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่ยินดีและเห็นเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผู้นำชุมชน

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับหมู่บ้าน ตัวแทน ผู้สูงอายุติดบ้าน ตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้าน ในอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี รวมทั้งสิ้น คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับหมู่บ้าน ตัวแทน ผู้สูงอายุติดบ้าน ตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้าน ในอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี รวมทั้งสิ้น 204 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งเกณฑ์มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ออกตามกลุ่มศักยภาพดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (ติดสังคม) มีผลรวม 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

1.2 แบบวัดความพึงพอใจต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งคำถามเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ลักษณะมีตัวเลือกประเมินค่า ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) มี 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

1.3 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ แหล่งรายได้หลัก

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด และลักษณะมีตัวเลือกประเมินค่า ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) มี 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประเด็นข้อค้นพบ ความรู้สึก ความคิดเห็น และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP MODEL)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน

1. การประเมินสถานการณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 222 คน ในพื้นที่ อ.หนองวัวซอ จ.อุดรธานี โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุติดบ้านทุกคนใน อ.หนองวัวซอ จ.อุดรธานี จำนวน 222 คน (อ้างอิงจาก HDC ผู้สูงอายุ ประมวลผลวันที่ 7 ก.ย.2562)

2. การสัมภาษณ์ครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้าน (ผู้สูงอายุติดบ้านทุกคนใน อ.หนองวัวซอ จ.อุดรธานี) จำนวน 222 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ความต้องการในด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่คณะวิจัยพัฒนาขึ้น โดยการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง

3. การทบทวนเอกสารและผลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุติดบ้านที่ผ่านมา ตลอดจนศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสังเคราะห์ให้ได้องค์ความรู้ต่างๆ

4. วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 222 คน

5. ค้นข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และความต้องการในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมกับสอบถามความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการ ประสานความร่วมมือ สร้างความสัมพันธ์อันดี สร้างความไว้วางใจและการยอมรับ รวมแนวคิดหลักการ ความสำคัญของขั้นตอนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม พอสังเขป ผ่านเวทีประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต ตำบลละ 1 วัน รวมจำนวนวันจัดกิจกรรม 8 วัน รวม 8 ตำบล กลุ่มเป้าหมายเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 204 คน ได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุติดบ้าน (เป็นตัวแทนประจำตำบล) คัดเลือกจากเป็นผู้ที่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน กล้าแสดงออกและชอบแสดงความคิดเห็น ตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้าน คัดเลือกจากญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านที่สมัครใจ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ รพสต., อปท., สสอ., ประธาน อสม.ระดับตำบล, ผู้นำชุมชน ใน อ.หนองวัวซอ จ.อุดรธานี ด้วยการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ ศึกษาประเด็น ข้อค้นพบ ความรู้สึก ความคิดเห็น และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการสัมภาษณ์ผู้วิจัยบันทึกข้อความโดยใช้สมุดจดบันทึกและบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และข้อมูลเสียงสัมภาษณ์ที่ได้รับกลับคืนถอดเทป บันทึกข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคณะผู้วิจัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับระยะที่ 1 ข้อที่ 5 และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมพื้นที่ละ 1 ตำบล ร่วมกันวิเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์ ความรู้ที่ศึกษา เพื่อลงสรุปให้เป็นภาพของแนวคิด หลักการ กระบวนการ วิธีการ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ประชาคมจัดทำรูปแบบ จัดทำแผนการทำงานของชุมชน โดยการมีส่วนร่วม และสรุปแนวทาง วิธีการกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบ เพื่อหาประเด็นและแนวทางประชาคมโดยการมีส่วนร่วม (Top Model) ผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับระยะที่ 1 ข้อที่ 5 รวมจำนวนวันจัดกิจกรรม 8 วัน ตำบลละ 1 วัน รวม 8 ตำบล ตามแนวคำถาม ดังนี้

2.1 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชนที่ผ่านมาคืออะไรบ้าง

2.2 กิจกรรมที่ผ่านมาเพียงพอต่อความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านหรือไม่

2.3 ชุมชนต้องการให้มีแนวทางหรือกิจกรรมอะไรเพิ่มเติมในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านหรือไม่

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอและอภิปรายรูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบรูปแบบ ได้แก่ ชื่อรูปแบบ ความเป็นมาและความสำคัญของรูปแบบ แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานของรูปแบบ หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการ สื่อและแหล่งเรียนรู้ การวัดและประเมินผลของรูปแบบ เพื่อสรุปและปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ ผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับระยะที่ 1 ข้อที่ 5 ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมในพื้นที่วันละ 1 ตำบล

4. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้าน

5. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 4 ครั้ง กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 222 คน เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของรูปแบบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุติดบ้าน 222 คน ญาติหรือผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดบ้าน 222 คน ซึ่งผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมแยกตามตำบลที่ตนอาศัยอยู่ และมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจาก สสอ. 1 คน รพสต. 1-2 คน อปท. 1-2 คน ประธาน อสม.ระดับตำบล 1 คน คณะผู้วิจัยแยกทีมกันไปส่วนวัน เวลา สถานที่จัดกิจกรรม ทางพื้นที่เป็นคนกำหนด

6. Inclusion criteria :

6.1 ประชาชนที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุติดบ้าน ซึ่งได้ผู้สูงอายุติดบ้าน อ.หนองวัวซอ จ.อุดรธานี จำนวน 222 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุติดบ้านทุกคนใน อ.หนองวัวซอ จ.อุดรธานี

6.2 ผู้สูงอายุติดบ้านที่สามารถสื่อสารและช่วยเหลือตัวเองได้

6.3 เป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้สูงอายุมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบใดๆ

6.4 ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อ.หนองวัวซอ จ.อุดรธานี จำนวน 222 คน

7. เครื่องมือในการวิจัย

7.1 ใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุติดบ้าน

7.2 ใช้แบบวัดความพึงพอใจต่อการอบรม/สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามโครงการกรมสุขภาพจิตในการวัดผลลัพธ์ความพึงพอใจ ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย

7.3 ใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) ค่าความตรงเหมือนความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

1. จัดทำแผนการติดตามและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิต โดยกำหนดกรอบการติดตามและวัตถุประสงค์ของการติดตามและประเมินผล ระบุชนิด ประเภทของข้อมูลที่จะใช้ในการประเมินผล ระบุแหล่งข้อมูล กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ กำหนดวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลข้อมูล

2. ประชุมชี้แจงเกี่ยวกับแผนการติดตามและประเมินผลแก่ทีมการประเมินผล

3. กำหนดเพื่อจัดทำเครื่องมือติดตามการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วย 1) แบบวัดความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายต่อรูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตฯ ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพจิต และผู้สูงอายุติดบ้าน ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและทดสอบความตรง ความเที่ยงของแบบประเมิน (โดยนำผลจากกิจกรรมวิจัยระยะที่ 1 เข้ามาประกอบในการสร้างแบบประเมิน) 2) แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15)

4. ดำเนินการประเมินผลตามแผนการประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูล

5. สรุป อภิปรายผล และจัดทำรายงานการวิจัย จัดทำเผยแพร่ผลงานวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 027/2564 วันที่ 14 ตุลาคม 2564 และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP: E6 (R2)) วันที่ 23 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ที่ได้จากผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนข้อมูล เอกสารผลการปฏิบัติงาน ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ได้ผลสรุปดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ร้อยละ 64.41 และ 35.59 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย รองลงมาคือสมรสและโสด ร้อยละ 54.05 38.74 และ 6.30 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ เรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 87.84 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.86 และมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอร้อยละ 85.59 รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ร้อยละ 96.85 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ไขมัน เบาหวานและความดัน ร้อยละ 36.93 35.10 และ 30.63 ตามลำดับ สิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้บัตรทองร้อยละ 79.27 ส่วนความพิการทางกายที่พบมากที่สุดคือการมองเห็นเลือนราง หูตึง และพูดซ้ำ ร้อยละ 34.23 23.42 และ 16.67 ตามลำดับ มีประวัติการรักษาทางสุขภาพจิตร้อยละ 64.53 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมในชุมชน ร้อยละ 83.74 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 73.67 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (มีค่าตอบแทน) คู่สมรส และบุตร ร้อยละ 38.50 32.43 และ 9.46 ตามลำดับ

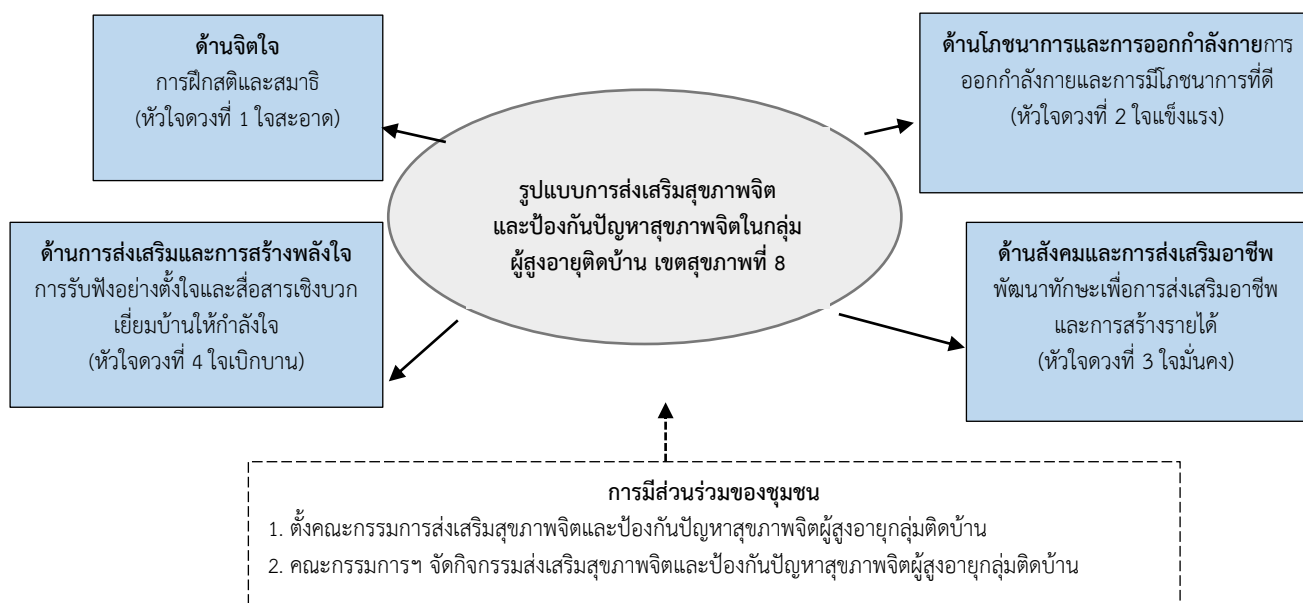
ผลการศึกษาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีความหมายอยู่ในระดับมาก ระดับมากที่สุด และระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 68.0 22.5 และ 9.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณค่าชีวิตมีความสุขอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.0 มีความรู้สึกกังวลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.7 มีการผูกมิตรเข้ากับคนอื่นในสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.80 มีสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.1 เห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ท่านสามารถแก้ไขได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.1 สามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.1 รู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.8 รู้สึกเห็นใจเมื่อเห็นคนอื่นมีทุกข์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.5 พึงพอใจกับความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.8 รู้สึกภูมิใจในตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.5 มีเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคมคอยช่วยเหลือท่านเมื่อท่านต้องการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.9 ครอบครัวมีความรักความผูกพันต่อกัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.0 ป่วยมันใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแล เป็นอย่างดี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.0 สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก 53.6 จำนวนและร้อยละสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษา ระดับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบกว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติมากที่สุด รองลงมาสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ 42 หรือน้อยกว่า และมีสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 53.60 40.99 และ 5.41 ตามลำดับ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปผลจากการวิจัย พบว่า สภาพปัญหาและสถานการณ์สุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตในพื้นที่อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านส่วนใหญ่ มีร่างกายไม่แข็งแรง เคลื่อนไหวไม่สะดวก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และควรเพิ่มเติมกิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน เนื่องจากปัญหาการเดินทางและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน โดยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานราชการในพื้นที่อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานีร่วมกันจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและสร้างความเข้มแข็งทางใจ การออกกำลังกาย การรวมกลุ่มส่งเสริมสร้างอาชีพและรายได้ ตามโซนของหมู่บ้านที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกัน เพื่อความสะดวกในการเดินทางของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเกิดจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการวางแผน โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีและวิธีการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 2) ขั้นปฏิบัติการ ร่วมกันสร้างแนวทางในการพัฒนาและปรับใช้รูปแบบ 3) ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติงาน โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึก และ 4) ขั้นการสะท้อนผล โดยการมีส่วนร่วมของตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุติดบ้าน ตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้าน รวมทั้งสิ้น 204 คน สรุปผลการวิจัยได้รูปแบบกิจกรรม

การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และได้ร่างคู่มือในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทั้งนี้รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 4 ด้าน เกิดเป็นรูปแบบการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ดำเนินการคิดและขับเคลื่อนให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน คือรูปแบบที่ชื่อว่า “จิตสดใส หัวใจ 4 ดวง” ดังนี้ (1) การส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มพบปะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อเป็นพื้นที่ในการปรึกษาหารือด้านสุขภาพ การใช้ชีวิตประจำวัน แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ การให้กำลังใจ คำแนะนำ ซึ่งกันและกัน จะช่วยในการการส่งเสริมสุขภาพจิต ผ่อนคลายความเครียดและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้อย่างดี (2) การส่งเสริมกิจกรรมด้านอาหารและโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพร่างกาย โดยจัดกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อได้ตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (3) การส่งเสริมกิจกรรมส่งเสริมฝีมือสร้างอาชีพ สร้างรายได้ ที่เหมาะสม โดยใช้เวลาวางให้เป็นประโยชน์เช่น ดอกไม้จันทน์ ไม้กวาด พานพุ่มดอกไม้บูชาในพิธีกรรมและบูชาพระรัตนตรัย และ (4) การส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในชุมชน การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เจ็บป่วยหรือมีอายุมาก หรือที่ไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมได้

ระยะที่ 3 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ต่อดัชนีความสุขในผู้สูงอายุติดบ้านและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยมีการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเขตสุขภาพที่ 8 ไปใช้ในพื้นที่อำเภอหนองวัวซอ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ต.หมากหญ้า ต.หนองอ้อ ต.อุบมุง ต.กุดหมากไฟ ต.น้ำพัน ต.หนองบัวบาน ต.โนนหวาย ต.หนองวัวซอ โดยการมีส่วนร่วมของตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุติดบ้าน ตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้าน รวมทั้งสิ้น 204 คน ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 พัฒนาขึ้นมาโดยให้ตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีส่วนร่วม ภายใต้การสนับสนุนจากตัวแทนชุมชนที่เกี่ยวข้องได้สร้างมุมมองการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้เปลี่ยนไปจากการเป็นผู้รอรับบริการเพียงอย่างเดียว โดยได้ร่วมกันเสนอวิธีการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองและชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดบ้านมีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น และควรมีผู้รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในรูปแบบคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี โดยมีตัวแทนจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลตัวแทนของชุมชน และตัวแทนจากหน่วยงานราชการในอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ให้ข้อเสนอแนะร่วมกันปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับความต้องการ ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพตามรูปแบบที่กำหนดขึ้นและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยให้ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ผู้นำชมรมผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ดำเนินการในชุมชนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืนตลอดไป ระยะประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หลังการเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโครงการในระดับดีและดีมาก จากการดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วมทั้ง 3 ระยะ พบว่า การขับเคลื่อนผ่านชุมชนแกนนำด้วยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่มาร่วมกันดำเนินการจัดกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มวัยผู้สูงอายุติดบ้านและสอดคล้องกับวิถีชีวิตตามบริบทของชุมชน และมีจัดการอย่างเป็นระบบของชุมชนที่ยั่งยืนอย่างมีประสิทธิภาพ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8

อภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1 อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า สภาพปัญหาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ก่อนการพัฒนา พบว่า สถานการณ์สุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตในพื้นที่อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ยังไม่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ชัดเจน ถึงแม้จะมีชมรมผู้สูงอายุแต่มาสามารถไปเข้าร่วมได้ เนื่องจากปัญหาการเดินทางและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน โดยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานราชการในพื้นที่อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ร่วมกันจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและสร้างความเข้มแข็งทางใจ การออกกำลังกาย การรวมกลุ่มส่งเสริมสร้างอาชีพและรายได้ ตามโซนของหมู่บ้านที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกัน เพื่อความสะดวกในการเดินทางของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของ เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และคณะ (2554)⁽⁸⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีความร่วมมือกันในชุมชนและหน่วยงานของรัฐ และการมีส่วนร่วมของชุมชนจะตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 อภิปรายผลการวิจัยได้ว่ากระบวนการพัฒนาและปรับใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน พบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่มาของชุมชน ด้วยการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ผู้นำชุมชน สมาชิกในครอบครัว ร่วมกันดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา สุกัญญา วัฒนประไพจิตร (2561)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองแสง ตำบลเวียงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กระบวนการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเวียงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยการวางแผนจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้ Focus Group เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะถูกปล่อยทิ้งให้อยู่คนเดียวในช่วงกลางวันที่ถูกหลานไปทำงานจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมือโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการเป็นการดำเนินการวิจัยและการกำหนดกิจกรรม โดยการประชุมระดมสมองจากการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ดูแล ตัวแทนของชุมชน และตัวแทนจากหน่วยงานราชการใน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ร่วมกันสร้างแนวทางในการพัฒนาและปรับใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมกลุ่มพบปะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) กิจกรรมส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการ กิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพร่างกาย 3) กิจกรรมส่งเสริมฝีมือสร้างอาชีพ สร้างรายได้ 4) กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในชุมชน การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เจ็บป่วยหรือมีอายุมาก หรือที่ไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธี วงศ์วีระพันธุ์ (2559) ⁽⁹⁾ ซึ่งศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตต้นแบบสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมด้านร่างกาย คือ การรับประทาน อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสม 2) กิจกรรมด้านจิตใจ คือ กิจกรรมการพัฒนาจิตใจ เช่น การนั่งสมาธิ การสวนมนต์ และการส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนการอยู่ร่วมกับ บุคคลวัยอื่นในสังคมอย่างมีความสุข 3) กิจกรรมด้านสังคม คือ การพัฒนาชมรมและเครือข่ายผู้สูงอายุ ให้มีความยั่งยืน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายสังคมดูแลกันและกัน และการส่งเสริมครอบครัวให้มีบทบาท ในการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม ซึ่งเป็นเครื่องมือโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนเช่นกัน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตผลการปฏิบัติงาน โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึก และติดตาม พบว่ากิจกรรมที่ 1 กลุ่มพบปะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผลลัพธ์มีความพึงพอใจมากเนื่องจากมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการพูดคุยกับเพื่อนในชุมชนมากขึ้น ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้เป็นอย่างดี กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความรู้ในการบริโภคอาหารมากขึ้น ตระหนักและให้ความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมด้านสุขภาพร่างกายพบว่ามีความพอใจมากที่สุดที่ได้เคลื่อนไหวร่างกายและเป็นการได้ยืดเหยียดกล้ามเนื้อผ่านกิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมฝีมือสร้างอาชีพ สร้างรายได้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้มีโอกาสแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ โดยได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาในการดองไม้จันทน์ ไม้กวาด พานพุ่มดอกไม้บูชาในพิธีกรรมให้กับลูกหลานในชุมชน ได้ร่วมสร้างอาชีพไปกับลูกหลาน คนในครอบครัว กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในชุมชน ได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนจากคนในชุมชนและหมู่บ้านใกล้เคียง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การสร้างอาชีพในชุมชน และการดูแลสุขภาพร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการสะท้อนผล พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 เกิดจากภาคีเครือข่ายมีความเข้าใจการปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นผู้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจและความสามารถของตนเองตามวิถีชีวิตของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโชติ ผ่าผิวดิ (2556) ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาไว้เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัย พบว่า ต้องมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามาดำเนินการร่วมกันโดยกำหนดกลวิธีดำเนินงานจัดตั้งเครือข่ายกำหนดผู้รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ และร่วมเป็นผู้รับประโยชน์ในฐานะสมาชิกของชุมชน โดยชุมชนสามารถหากวิถีได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองและให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุ ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการ พบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ระยะที่ 3 อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดและมุมมองให้ภาคีเครือข่ายมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รวมถึงตัวของ ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีขึ้น โดยเครือข่ายสุขภาพสามารถนำรูปแบบไปใช้ได้กับในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความยั่งยืนและสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ เนื่องจากวิธีการคิดรูปแบบมาจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน สอดคล้องกับ

การศึกษาของ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ (2554) ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาจังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีความร่วมมือกันในกลุ่มชุมชนและหน่วยงานของรัฐ และการมีส่วนร่วมของชุมชนจะตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี สามารถนำข้อมูลจากการศึกษาวิจัยไปวางแผนบูรณาการการทำงานในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับกลุ่มวัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ได้
- 1.3 ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่สามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านที่ผ่านกระบวนการวิจัยไปใช้ดำเนินการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่ได้
- 1.4 เชิงการศึกษา เป็นรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้าน ที่สามารถให้ผู้วิจัยท่านอื่นนำไปทดลองใช้และวัดประสิทธิผลของรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อื่นต่อไป
- 1.5 เชิงนโยบาย ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 การวิจัยครั้งนี้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยมีส่วนร่วมของชุมชน คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำในกระบวนการเป็นบุคลากรภาครัฐกระทรวงสาธารณสุข ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในบริบทที่ผู้นำในกระบวนการวิจัยเป็นบุคลากรที่มาจากภาคส่วนอื่นๆ เช่น คณะกรรมการระดับท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ชุมชน กองทุน ในระดับพื้นที่ หรืออื่นๆ เพื่อให้เกิดรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่หลากหลายจากการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- 2.2 ควรมีการศึกษาและติดตามผลหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8 โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสรุปผลถึงปัจจัยที่ส่งเสริมหรือปัญหาอุปสรรค ไปใช้ในการพัฒนาวิจัยได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations.Word Population Prospects: The 2017 Revision, Key Finding and Advance Table. New York: Department of Economic and Social Affairs/Population Division. 2017.
2. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 เขตสุขภาพที่ 8. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก <https://kku.world/0axkc>
3. นริสา วงศ์พนารักษ์. การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตใจในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556; 6(2), 160-164.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น. 2555.
5. วสุธร ตันวัฒนกุล. สุขภาพอนามัยชุมชนและกระบวนการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.
6. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชมนัญญ์, และพรณี ภาณุวัฒน์สุข. คู่มือ “ความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ”. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2556.

7. อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทศน์. 2590; 17(3), 235-243.
8. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาจังหวัดสงขลา. รายงานการวิจัย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลาราชครินทร์. 2544.
9. สุกัญญา วัฒนประไพจิตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองเส้ง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ปรินญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
10. ทรงยศ แจ้งเจริญ. โปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.
11. วิโชติ ภาพพิวดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข ไม่บรรณานุกรมอีก อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
12. วิโชติ ภาพพิวดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข ไม่บรรณานุกรมอีก อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.

บทความวิจัย

การประเมินผลนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม

Received: 10 October 2023
 Revised: 28 December 2023
 Accepted: 29 December 2023

วิราวรรณ คชสาร วท.ม.¹, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ ปร.ด.^{2*}
 ประเสริฐ ไหลหาโคตร ส.ม.³ ยลธิดา หีบแก้ว ส.บ.⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อประเมินผลนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 พัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกให้เหมาะกับบริบทของ รพ.สต. ขั้นตอนที่ 2 นำนวัตกรรมไปใช้ ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก 35 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในจังหวัดมหาสารคาม 15 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน- มิถุนายน 2566 เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเด็กของเจ้าหน้าที่ แบบประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจของการนำนวัตกรรมไปใช้

ผลการวิจัยพบว่าได้นวัตกรรม 1) แผ่นอ่านผล Tourniquet test 2) สื่อความรู้เฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก 3) แผ่นพับโรคไข้เลือดออก 4) แบบบันทึกของเจ้าหน้าที่ เมื่อนำนวัตกรรมไปใช้ อาการที่พบมากที่สุดคือ มีไข้ หน้าแดง ปวดศีรษะ ร้อยละ 61.82 การตรวจ Tourniquet test วันแรกของการมีไข้ พบผลเป็นบวกร้อยละ 20 มีอาการขาดน้ำร้อยละ 58.33 จำเป็นต้องให้ดื่ม ORS เพื่อป้องกันขาดน้ำร้อยละ 40 ดื่ม ORS ได้ตามกำหนดร้อยละ 100 จำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลร้อยละ 71.43 การวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับโรงพยาบาลร้อยละ 100 ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 100 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนการประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$ $SD = 0.91$ และ $\bar{X} = 4.70$ $SD = 0.72$)

คำสำคัญ : การประเมินผล, นวัตกรรมการดูแลโรคไข้เลือดออก, ผู้ป่วยเด็ก, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

² * อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: E-mail: atchara@smnc.ac.th

³ สาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

Evaluation of innovation to care for pediatric dengue patients in Subdistrict Health Promoting Hospital, Mahasarakham Province.

Received: 10 October 2023
Revised: 28 December 2023
Accepted: 29 December 2023

Wirawan Chodchasarn M.Sc.¹ Atchara Meenasantirak Ph.D^{2*}
Prasert laihakhot M.P.H.³ Yonlida Heepkaew B.P.H.⁴

Abstract

This research and development aimed to evaluate the innovation in caring for pediatric patients with dengue fever at the Subdistrict Health Promoting Hospital through a three-step process. Step 1 involved adapting the pediatric dengue care innovation to fit the context of the Subdistrict Health Promoting Hospital. Step 2 was implemented of this innovation, and Step 3 encompassed evaluating the outcomes. The sample consisted of 35 pediatric patients suspected of having dengue fever and 15 healthcare personnel from Subdistrict Health Promoting Hospitals in Mahasarakham Province. Data collection took place between April and June 2023. Research tools included a pediatric patient data collection form for healthcare providers and an assessment form for the feasibility and satisfaction of utilizing the innovations.

The results of the research showed that the innovation was 1) Tourniquet test result reading sheet, 2) Dengue surveillance knowledge media (Infographic), 3) Dengue leaflet, 4) Staff record. Upon implementing these innovations, common symptoms observed were fever, facial flushing, and headache, accounting for 61.82%. Tourniquet test results showed positivity at 20% from the first day of fever onset. Dehydration symptoms were prevalent at 58.33%, requiring Oral Rehydration Solution intake to prevent dehydration at 40%. Compliance with ORS intake reached 100%. Additionally, 71.43% of patients needed referral to a hospital, and the diagnosis correlated 100% with hospital findings. Hospitalization was unnecessary for 100% of cases, and there were no complications. Overall feasibility and satisfaction assessments were rated at the highest level ($\bar{x} = 4.60$ SD = 0.91 and $\bar{x} = 4.70$ SD = 0.72).

Keywords: evaluation, innovation, dengue care, pediatric patients, subdistrict health promotion hospital

¹ Register nurse, Mahasarakham Hospital

² Lecturer, Simahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

³ Public Health Executive, Kantharawichai District Public Health Office

⁴ Public Health Technical Officer, Kantharawichai Hospital, Mahasarakham

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) มียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค ยุงลายตัวเมียที่กัดและดูดเลือดของผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกเชื้อจะเข้าไปฟักตัวและเพิ่มจำนวนในตัวยุงประมาณ 1-2 เดือน แล้วแพร่เชื้อเมื่อกัดผู้ที่อยู่ใกล้เคียง⁽¹⁾ ผู้ป่วยจะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกล็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมาจากสาเหตุหลอดเลือดฝอยเปราะแตกง่าย การรั่วของพลาสมาระยะรั่วจะพบประมาณ 24–48 ชั่วโมง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีจะมีอาการรุนแรงเพราะมีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว⁽²⁾ โดยน้ำและเกลือแร่จะซึมออกจากหลอดเลือดเข้าไปอยู่ในเนื้อเยื่อหรือช่องต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้น้ำและเกลือแร่ในหลอดเลือดลดปริมาณลง อวัยวะต่างๆ จะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เกลือแร่ที่สำคัญจะไม่สมดุล⁽³⁾ ผู้ป่วยจึงมีอาการเลวลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่จะรู้สึกตัวดี พูดจารู้เรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรม (acute abdomen) ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีภาวะรู้สึกตัวเปลี่ยนไปและจะเสียชีวิตภายใน 12–24 ชั่วโมง หลังจากมีภาวะช็อก การควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ได้ผลดีที่สุดคือการป้องกันการเกิดโรค หากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องรวดเร็วและมีการแจ้งประสานงานเครือข่ายควบคุมโรคในพื้นที่ให้เร่งดำเนินการ ความเป็นไปได้ในการควบคุมการระบาดจะมีมาก⁽²⁾ การทดสอบ Tourniquet test โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตรัดแขนทิ้งไว้ประมาณ 5 นาที หากมีจุดเลือดออกบริเวณแขนมากกว่า 10 จุดต่อ 1 ตารางนิ้ว แสดงว่าผลการทดสอบให้ผลบวก ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนี้⁽⁴⁾

ในปี 2556 หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลมหาสารคาม พบมีการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกติดต่อกัน 2 ราย สาเหตุของการเสียชีวิตรายแรกเกิดจากการการคัดกรองล่าช้า รายที่ 2 เกิดจากการดูแลในระยะ Shock ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 0.2 ซึ่งเกินเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ ร้อยละ 0.13⁽⁵⁾ หลังจากนั้นหอผู้ป่วยได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 1 ชิ้นงานและนวัตกรรมจำนวน 9 ชิ้นงาน ประกอบด้วย 1) Flow chart 2) ธง 4 สี 3) ป้ายเตือนเพื่อการเฝ้าระวังโรค 4) แผ่นพับโรคไข้เลือดออก 5) แผ่นอ่านผล Tourniquet test 6) ใบ force ORS 7) แถบสติ๊กเกอร์วัดปริมาณสารน้ำแบบกระดาก 8) วงล้อช่วยปรับระดับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและ 9) ใบส่งต่อสารน้ำ ได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ผลลัพธ์ในปี 2558 ไม่พบการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 83.4 เป็นร้อยละ 64.0 ภาวะน้ำเกินลดลงจากร้อยละ 12.38 เป็นร้อยละ 3.4 ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ส่งตัวมาโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 32.55 เป็นร้อยละ 16.7 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรค⁽⁶⁾ โดยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโรคไข้เลือดออกทำให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันและนวัตกรรมทั้ง 10 ชิ้นงาน ได้รับรางวัลนวัตกรรมดีเด่นระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2559 ได้ดำเนินในรูปแบบการวิจัย เรื่อง การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและนวัตกรรมทางการพยาบาล⁽⁷⁾ หลังจากนั้นในปี 2558-2562 1) ไม่พบอัตราการตาย 2) แก้ไขภาวะช็อกภายใน 2 ชั่วโมงในผู้ป่วยมารักษาด้วยตนเองได้ ร้อยละ 100 แก้ไขช็อกในผู้ป่วยส่งตัวมาโรงพยาบาลได้ร้อยละ 100 3) ไม่พบภาวะแทรกซ้อน 4) ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มา รักษาด้วยตนเองลดลงจากร้อยละ 3.4 เป็นร้อยละ 0 ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ส่งตัวมาโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 16.7 เป็น ร้อยละ 0⁽⁸⁾ หลังจากนั้นในปี 2563 พยาบาลจึงได้นำแนวปฏิบัติและนวัตกรรมดังกล่าวไปเผยแพร่ให้กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคามที่พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย จากสถิติ ในปี 2563-2566 1) ไม่พบอัตราการตาย 2) แก้ไขภาวะช็อกภายใน 2 ชั่วโมงได้ร้อยละ 100 3) ไม่พบภาวะแทรกซ้อน 4) ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มา รักษาด้วยตนเองและส่งตัวมาโรงพยาบาล พบร้อยละ 0⁽⁹⁾

การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2556-2566 เป็นระยะเวลา 10 ปี ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกได้จริง เป็นการใช้ในบริบทของโรงพยาบาล ตติยภูมิและทุติยภูมิในจังหวัดมหาสารคาม จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำนวัตกรรมไปใช้ใน บริบทปฐมภูมิ การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกให้ถูกต้องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสำคัญเพราะจะช่วย ควบคุมการระบาดช่วยลดความรุนแรง ป้องกันภาวะช็อกและการเสียชีวิตได้ แต่จากการตามรอยไปที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหลายแห่งพบว่า จำนวนเด็กไข้เลือดออกที่พบในชุมชนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นชนิดที่รุนแรงมีความ จำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลทุติยภูมิและขาดอุปกรณ์ เช่น ผ้าพันแขนสำหรับวัดความดันโลหิต (cuff BP) ขนาดที่ใช้กับ เด็กเล็กและเด็กโตและเครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอทและจึงทำให้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มเป้าหมายในเขตอำเภอที่พบ ปัญหา นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นก่อนการวิจัยนี้จะนำไปใช้มี 1 ชิ้น คือ แผ่นอ่านผล Tourniquet test ซึ่งผู้ช่วยผลิต คือ ช่างภาพการแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้โปรแกรม corel draw⁽¹⁰⁾ กำหนด ขนาดของช่องในแผ่นอ่าน Tourniquet test ให้มีขนาด 1 ตารางนิ้วโดยและใช้เลเซอร์ในการตัดขนาด⁽¹¹⁾ จึงทำให้ทุกแผ่น มีขนาดของช่องในแผ่นอ่าน Tourniquet test เท่าเดิมทุกชิ้นในการตัดขนาดเพราะใช้วิธีการตัดด้วยลำแสงเลเซอร์ขนาด 0.1-0.5 มม.ซึ่งมีขนาดเล็ก งานจึงมีความละเอียดและมุมที่คมชัด มีความแม่นยำสูง ± 0.05 มิลลิเมตร และใช้พลาสติก PVC แผ่นอ่านจึงไม่หักพังอ มีความทนทานและสามารถกันน้ำได้ จึงมั่นใจได้ว่าเครื่องมือวัดให้ค่าการวัดที่ถูกต้องและแม่นยำ สำหรับนวัตกรรมชิ้นอื่นที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นและ ประเมินผลลัพธ์จากการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มสงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก คาดหวังว่านวัตกรรม ดังกล่าวจะช่วยวินิจฉัยแยกโรคไข้เลือดออกได้รวดเร็ว แม่นยำ ควบคุมการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่พบอัตราการตายหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด มหาสารคาม

นิยามตัวแปร

นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก หมายถึง 1) แผ่นพับโรคไข้เลือดออกสำหรับผู้รับบริการของ รพ.สต.และแบบบันทึกปริมาณน้ำเกลือแร่ (ORS) ที่ควรดื่ม 2) สื่อให้ความรู้เพื่อเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (Infographic) เป็นสื่อประชาสัมพันธ์ที่จะช่วยให้บุคคลทั่วไปได้เข้าใจสัญญาณเตือนและช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรีบมาคัด กรองโรคไข้เลือดออก การใช้อักษรย่อทำให้สามารถจดจำได้รวดเร็วและปฏิบัติตามได้ โดยนำมาติดไว้ในจุดที่สามารถ สื่อสารได้ง่าย 3) แผ่นอ่านผล Tourniquet test 4) แบบบันทึกโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 พัฒนา นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขั้นตอนที่ 2 นำนวัตกรรมฯ ไปใช้ และขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยเด็กของรพ.สต.ในเขตจังหวัดมหาสารคามที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกในปี 2566 และเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ซึ่งเป็นผู้ใช้นวัตกรรม

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้จะนำนวัตกรรมไปใช้ในผู้ป่วยเด็กที่เจ้าหน้าที่ของรพ.สต.ในเขตจังหวัดมหาสารคาม สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออก แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก คำนวณ จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis version 3.1.9.7⁽¹²⁾ ใช้ Test Family เลือก t-test, กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นขนาดกลาง ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า

Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน แต่ในการดำเนินการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนจากการวิจัย จึงมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 35 คน โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเด็ก คือ 1) ผู้ป่วยเด็กอายุ 3-15 ปีขึ้นไป พุดคุยรู้เรื่อง 2) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงตามแผ่นพับโรคไข้เลือดออก คือ มีอาการ ไข้สูง หน้าแดง มีผื่นแดง ชีพ อ่อนเพลีย ปวดหัว ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามตัว อาเจียน ปากแห้ง กินได้น้อยและผลการตรวจเป็นบวกเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) สำหรับผู้ดูแล 1) ผู้ดูแลอ่านออกหรือตอบคำถามแบบสัมภาษณ์ได้ 2) ผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) สำหรับผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่าย ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โรคเกล็ดเลือดต่ำในเด็ก (ITP) โรคตับ โรคเกี่ยวกับไขกระดูก โรคกระดูกพรุน โรคหัวใจ โรคไต โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื้องอกหลอดเลือดมีผลติดเชื้อที่แขน เช่น ตุ่มน้ำพองหรือมีแผลทำให้ไม่สามารถปิดรัดแขนด้วยเครื่องวัดความดันได้ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) สำหรับผู้ดูแล คือ ไม่ยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย กลุ่มที่ 2 คือผู้นำนวัตกรรมไปใช้ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. 5 แห่ง จำนวนทั้งหมด 15 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกมากกว่า 3 ปี

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่ใช้ในรพ.สต. ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของรพ.สต.และการพยาบาลปฐมภูมิ แล้วคัดเลือกขึ้นงานนวัตกรรมโดยวิเคราะห์ความเหมาะสมของชิ้นงานจากงานวิจัยในระยะต้น ซึ่งมีจำนวน 10 ชิ้นงานของชูวงศ์ (วิราวรรณ) คชสาร⁽³⁾ โดยนวัตกรรมดังกล่าวได้รับรางวัลนวัตกรรมดีเด่นกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 หลังจากทีมแพทย์ พยาบาล ได้นำนวัตกรรมมาใช้อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยเด็กโตโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกมาเป็นระยะเวลา 10 ปี และผู้วิจัยได้พัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต. และได้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคือ กุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลเฉพาะทางด้านเด็ก พิจารณาความเหมาะสม จึงได้นวัตกรรม 4 ชิ้นงาน ประกอบด้วย 1) แผ่นอ่านผล Tourniquet test ซึ่งได้จากงานวิจัยก่อนนี้ 2) สื่อให้ความรู้เพื่อเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (Infographic) เพื่อเป็นสัญญาณเตือนและช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับมาตรการป้องกันโรค 3) แผ่นพับโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต.และแบบบันทึกปริมาณน้ำเกลือแร่ (ORS) ที่ควรดื่ม 4) แบบบันทึกของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. โดยมีรูปแบบการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เรื่องวิธีการสังเกตอาการ การคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยทุกระยะของโรคโดยใช้แผ่นพับโรคไข้เลือดออก รพ.สต. มาประกอบการสอนซึ่งมีการคำนวณปริมาณน้ำ ORS ที่ผู้ป่วยควรดื่มเพื่อป้องกันการขาดน้ำ ตามสูตรการคำนวณของ Holiday & segar⁽¹³⁾ ดังภาพที่ 1 และ 2

อาการโรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยเด็ก

1. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีอาการไข้หรืออาการอื่นที่ผิดปกติ
2. คัดกรองอาการ
3. ปวดศีรษะ
4. มีผื่นแดง เช่น ผื่นแดงเล็ก ผื่นแดงใหญ่
5. มีอาการอื่นที่ผิดปกติ
6. การตรวจพบเชื้อไวรัส
7. การตรวจพบเชื้อไวรัส
8. การตรวจพบเชื้อไวรัส
9. การตรวจพบเชื้อไวรัส
10. การตรวจพบเชื้อไวรัส

การดูแลเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

1. เมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลพบผู้ป่วยสงสัยว่าป่วยโรคไข้เลือดออกให้รีบแจ้งแพทย์ โดยกรณีสองไข้เลือดออก หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการอื่นที่ผิดปกติให้รีบแจ้งแพทย์

นำแผ่นพับโรคไข้เลือดออกไปติดบนผนังของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นสัญญาณเตือน

นำแผ่นพับโรคไข้เลือดออกไปติดบนผนังของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นสัญญาณเตือน

นำแผ่นพับโรคไข้เลือดออกไปติดบนผนังของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นสัญญาณเตือน

“คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย”

ไข้เลือดออก

อาการ

ไข้สูง

ปวดศีรษะ

ปวดท้อง

ปวดเมื่อยตามตัว

ผื่นแดง

อาการอื่นที่ผิดปกติ

การตรวจพบเชื้อไวรัส

การตรวจพบเชื้อไวรัส

การตรวจพบเชื้อไวรัส

ทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

อาการ

ไข้สูง

ปวดศีรษะ

ปวดท้อง

ปวดเมื่อยตามตัว

ผื่นแดง

อาการอื่นที่ผิดปกติ

การตรวจพบเชื้อไวรัส

การตรวจพบเชื้อไวรัส

การตรวจพบเชื้อไวรัส

การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

1. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีอาการไข้หรืออาการอื่นที่ผิดปกติ

2. คัดกรองอาการ

3. ปวดศีรษะ

4. มีผื่นแดง เช่น ผื่นแดงเล็ก ผื่นแดงใหญ่

5. มีอาการอื่นที่ผิดปกติ

6. การตรวจพบเชื้อไวรัส

7. การตรวจพบเชื้อไวรัส

8. การตรวจพบเชื้อไวรัส

9. การตรวจพบเชื้อไวรัส

10. การตรวจพบเชื้อไวรัส

3. นำแผ่นพับโรคไข้เลือดออกไปติดบนผนังของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นสัญญาณเตือน

นำแผ่นพับโรคไข้เลือดออกไปติดบนผนังของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นสัญญาณเตือน

นำแผ่นพับโรคไข้เลือดออกไปติดบนผนังของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเป็นสัญญาณเตือน

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.โดยใช้สื่อให้ความรู้เพื่อเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (Infographic) เป็นสื่อประชาสัมพันธ์ที่จะช่วยให้บุคคลทั่วไปได้เข้าใจสัญญาณเตือนและช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับมาคัดกรองโรคไข้เลือดออก การใช้อักษรย่อทำให้สามารถจดจำได้รวดเร็วและปฏิบัติตามได้ โดยนำมาติดไว้ในจุดที่สามารถสื่อสารได้ง่าย ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 สื่อให้ความรู้เพื่อเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (Infographic)

ขั้นตอนที่ 3 สอนการรัดแขนและอ่านผล Tourniquet test เมื่อพบเด็กมีอาการและอาการแสดงคล้ายไข้เลือดออกหรือพบเด็กที่มีไข้วันที่ 1 เป็นต้นไปเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.จะทำการรัดแขนและอ่านผล Tourniquet test ซึ่งแผ่นอ่าน Tourniquet test มีการแสดงวิธีการตรวจและวิธีการอ่านผล โดยมีช่องขนาด 1 ตารางนิ้ว แผ่นดังกล่าวสามารถวางทาบบนผิวหนังของเด็กได้ หากเส้นเลือดฝอยมีการเปราะแตกง่ายจะเกิดจุดเลือดออกใต้ผิวหนังมากกว่าหรือเท่ากับ 10 จุดใน 1 ตารางนิ้ว ให้สงสัยว่าเด็กคนนั้นน่าจะเป็นโรคไข้เลือดออก หากผลเป็นลบให้นัดผู้ดูแลนำเด็กมาประเมินซ้ำทุกวันจนครบ 4 วัน ดังภาพที่ 4 และ 5



ภาพที่ 4 แผ่นอ่านผล Tourniquet test



ภาพที่ 5 วิธีการตรวจและวิธีการอ่านผล Tourniquet test

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยสอนการคำนวณปริมาณน้ำ ORS ที่ผู้ป่วยควรดื่มลงในแบบบันทึกของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำ ORS ในปริมาณที่กำหนดตามสูตรของ Holliday & Segar ลงในแบบบันทึกให้ครบถ้วนทุกวัน

ขั้นตอนที่ 5 ให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ได้ฝึกทักษะในการรัดแขนการอ่านผลด้วยแผ่นอ่านผล Tourniquet test การคำนวณปริมาณน้ำ ORS ที่ผู้ป่วยควรดื่ม และการลงบันทึกในแบบบันทึกจนเกิดความมั่นใจ

แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ	ชื่อผู้ป่วย	อายุ	อาการ/อาการแสดง	ผลการตรวจ TT-test	การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น	จำนวนครั้งที่ได้รับ ORS	ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลใด	เบอร์โทรศัพท์ของญาติผู้ป่วย	ความสอดคล้องของการวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้นระหว่างการปรึกษาผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาล	หมายเหตุ
						จำนวน	ไม่จำนวน		สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ประกอบด้วย เพศ อายุ อาการ ผล Tourniquet test การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ความจำเป็นต้องกระตุ้นให้ดื่ม ORS ปริมาณ ORS ที่ควรดื่มในแต่ละวัน การดื่ม ORS ได้ตามกำหนด มีอาการขาดน้ำมีอาการผิปกติหรือจำเป็นต้องส่งต่อความจำเป็นต้องติดตามการระบาดของโรค ความสอดคล้องของการวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้นของ รพ.สต.กับ รพ. อัตราตาย ภาวะแทรกซ้อนจากไข้เลือดออกและการบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมอื่นๆ

2.2 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำนวัตกรรมไปใช้ มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้การนำนวัตกรรมไปใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.จำนวน 6 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของการนำนวัตกรรมไปใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. มี 2 ส่วนส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลเฉพาะทางด้านเด็ก คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence [IOC]) ได้เท่ากับ 0.67-1.00 และนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Tryout) กับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. อื่นในเขตมหาสารคาม จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำนวัตกรรมไปใช้ และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ผลของค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กตามขั้นตอนข้างต้น หลังการนำนวัตกรรมไปใช้ทำการประเมินผล ประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจของการนำนวัตกรรมไปใช้ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และประเมินผลลัพธ์จากการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มสงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 08/2566 และโรงพยาบาลมหาสารคาม หมายเลขเอกสาร MSKH_ 66-01-007 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการเข้าร่วมและการถอนตัวออกจากการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และจะทำการปกปิดข้อมูลเป็นความลับโดยนำเสนอข้อมูลการศึกษาในภาพรวม

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่รพ.สต.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 อายุ 31 – 50 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 80 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 86.7 เป็นผู้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 11-20 ปี ร้อยละ 46.7

2. ผลลัพธ์จากการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มสงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกและประสิทธิภาพการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต.จากการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.พบว่า 1) ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.10 2) อายุ อายุ 6 – 10 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 35.72 3) อาการที่พบมากที่สุด คือ มีไข้ หน้าแดง ปวดศีรษะ ร้อยละ 61.82 อาเจียน ร้อยละ 16.36 ซึม อ่อนเพลีย ร้อยละ 12.73 กินได้น้อย ปากแห้ง ร้อยละ 5.35ปวดเมื่อยและมีผื่นแดงตามตัว ร้อยละ 1.82 และไม่พบอาการปวดท้อง 4) ผลการตรวจ Tourniquet test พบผลบวก ร้อยละ 20 พบผลลบ ร้อยละ 80 5) สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก ร้อยละ 22.86 6) สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกมีอาการ

ขาดน้ำ ร้อยละ 58.33 7) ความจำเป็นต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ORS เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ร้อยละ 40 8) สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกและสามารถดื่มน้ำ ORS ได้ตามกำหนด ร้อยละ 100 9) สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกจำเป็นต้องส่งตัวไปโรงพยาบาล ร้อยละ 71.43 10) การวินิจฉัยโรคของ รพ.สต.โดยใช้ผล Tourniquet test มีความสอดคล้องกับโรงพยาบาล ร้อยละ 100 11) สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกมีผล Tourniquet test ที่ รพ.สต.เป็นบวกต้องรีบควบคุมการระบาด ร้อยละ 81.82 ผู้ป่วยมีผล Tourniquet test เป็นลบแต่ รพ.สต.สงสัยว่ามีอาการคล้ายไข้เลือดออกต้องส่งตัวผู้ป่วย หลังแพทย์วินิจฉัยพบว่าเป็นไข้เลือดออกจริงต้องควบคุมการระบาด ร้อยละ 18.18 12) สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกแพทย์วินิจฉัยว่าไม่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 13) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากไข้เลือดออกและ 14) ไม่มีอัตราการตายจากไข้เลือดออก

3. การประเมินความเป็นไปได้ของการนำนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ใน รพ.สต. จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมของค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.60, SD = 0.91) ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินความเป็นไปได้ของการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต.

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		แปลผล
	$\bar{X}$	SD	
1. นวัตกรรมสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้	4.60	0.91	มากที่สุด
2. มีความเป็นไปได้ที่นวัตกรรมจะได้รับการยอมรับ	4.47	0.93	มากที่สุด
3. มีความเป็นไปได้ที่หน่วยงานเกี่ยวข้องจะนำนวัตกรรมไปใช้	4.60	0.93	มากที่สุด
4. นวัตกรรมสามารถทำความเข้าใจได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน	4.73	0.91	มากที่สุด
5. มีความเป็นไปได้ที่จะนำนวัตกรรมไปใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค	4.67	0.89	มากที่สุด
6. ผลที่ได้จากการใช้นวัตกรรมมีความคุ้มค่าทั้งในด้านงบประมาณและเวลา	4.73	0.87	มากที่สุด
รวม	4.60	0.91	มากที่สุด

4. การประเมินความพึงพอใจต่อการนำนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ใน รพ.สต. จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมของค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นความพึงพอใจของการนำนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.70, SD = 0.72) ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของการนำนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไปใช้ใน รพ.สต.

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		แปลผล
	$\bar{X}$	SD	
1. นวัตกรรมมีความสอดคล้องและตอบสนองนโยบาย	4.73	0.77	มากที่สุด
2. นวัตกรรมมีขั้นตอนเหมาะสมกับการปฏิบัติ	4.73	0.75	มากที่สุด
3. นวัตกรรมมีความเหมาะสมกับบริบทของ รพ.สต.	4.67	0.73	มากที่สุด
4. นวัตกรรมมีความครอบคลุมเพียงพอต่อตัดสินใจใช้	4.73	0.71	มากที่สุด
5. นวัตกรรมใช้เทคนิคการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม	4.73	0.69	มากที่สุด
6. การใช้นวัตกรรมมีขั้นตอนที่มีลักษณะที่เป็นระบบ น่าเชื่อถือ	4.60	0.68	มากที่สุด
รวม	4.70	0.72	มากที่สุด

อภิปรายผล

1) ผลลัพธ์จากการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มสงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกและประสิทธิภาพการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต.พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก อายุที่พบมากที่สุด คือ 6 – 10 ปี ร้อยละ 35.72 สอดคล้องกับข้อมูลกรมควบคุมโรค⁽¹⁴⁾ พบว่ากลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยมากที่สุด 3 อันดับ คือ 5-14 ปี อาการที่พบมากที่สุด คือ มีไข้ หน้าแดง ปวดศีรษะ ร้อยละ 61.82 อาเจียน ร้อยละ 16.36 อาการดังกล่าวเป็นอาการและอาการแสดงทาง

คลินิกของโรคไข้เลือดออก ได้แก่ มีไข้ อาเจียน ปวดท้อง ตับโต เลือดออกในช่องท้อง และความดันเลือดต่ำ^(2,15) ผลการใช้แผ่นอ่านTourniquet test พบผลบวก ร้อยละ 20 แต่พบผลลบมากกว่า คือ ร้อยละ 80 แสดงถึงผลของการคัดกรองที่มีความละเอียดทุกวันตั้งแต่วันที่ 1-4 ทำให้พบผู้ป่วยที่ไม่ได้สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก มีมากกว่า คือ ร้อยละ 77.14 แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการระบาดของโรคคาดว่าจะไม่เพิ่มขึ้นเพราะผล Tourniquet test เป็นลบติดต่อกันทุกวัน ซึ่งการทำTourniquet test เมื่อพบผลบวกในวันที่ 1 โอกาสเป็นไข้เลือดออกมากเพราะมีความจำเพาะต่อโรค (specificity) 75.8 และ ความสามารถในการแยกบุคคลเป็นโรคได้(sensitivity) 53.3 เมื่อพบผลบวกในวันที่ 2 โอกาสเป็นไข้เลือดออกมากขึ้นเพราะมีความจำเพาะ (specificity) 77.8 และ ความสามารถในการแยกบุคคลเป็นโรคได้ (sensitivity) 90.6 เมื่อพบผลบวกในวันที่ 3 โอกาสเป็นไข้เลือดออกมากที่สุดเพราะมีความจำเพาะ (specificity) 74.2 และ ความสามารถในการแยกบุคคลเป็นโรคได้ (sensitivity) 98.7 ดังนั้นการทำ Tourniquet test จะมีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีไข้ น้อยกว่า 3 วันซึ่งจะช่วยวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอื่นได้ หากมีการทำ Tourniquet test ในวันที่ 4 ความสามารถในการแยกบุคคลเป็นโรคจะมีมากกว่า 98.7 ร่วมกับการรณรงค์ของ รพ.สต. ตามนโยบายและการปฏิบัติตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566⁽¹⁶⁾ และข้อมูลจากการลงประเมินพื้นที่ของผู้วิจัยไม่พบผู้ป่วยเด็กเพิ่มในระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม – 15 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลา 35 วันถือว่าโรคในพื้นที่สงบเพราะสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 ของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขต 9⁽¹⁷⁾

พบว่าหากมีการควบคุมโรคได้ใน 28 วันถือว่าโรคไข้เลือดออกสงบ กรณีผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกและมีอาการขาดน้ำ พบร้อยละ 58.33 จำเป็นต้องกระตุ้นให้ดื่มน้ำORS ซึ่งเป็นผงเกลือแร่ผสมในน้ำ⁽¹⁸⁾ พบร้อยละ 40 ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกสามารถดื่มน้ำ ORS ได้ตามกำหนด ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กที่ป่วยนี้มีความเข้าใจตามแผนพับให้ความรู้และเห็นความสำคัญของการป้อนให้บุตรหลานดื่มน้ำORS จึงปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ประกอบกับ ORS ในปัจจุบันมีรสชาติดีแตกต่างกลิ่นส่น่ารับประทาน การป้อนน้ำ ORS จึงทำได้ง่ายและเมื่อผู้ป่วยได้ดื่มน้ำ ORS เพียงพอตามตามสูตรของ Holliday & Segar แม้เป็นโรคไข้เลือดออกและพลาสมาในร่างกายจะมีการซึมออกนอกหลอดเลือดและเข้าไปอยู่ในเนื้อเยื่อหรือในช่องต่างๆ ของร่างกายก็ไม่ส่งผลให้น้ำและเกลือแร่ในหลอดเลือดลดลงในปริมาณมาก อวัยวะต่างๆ จึงยังทำงานได้ตามปกติ เกลือแร่ที่สำคัญจึงยังมีความสมดุล⁽³⁾ ผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องส่งตัวไปโรงพยาบาล พบร้อยละ 71.43 เนื่องจากโรคไข้เลือดออกยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่สามารถรักษาโรคได้และพบอัตราการตายในหลายพื้นที่ ทำให้เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยเด็กไปรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กจะปลอดภัย การวินิจฉัยโรคของ รพ.สต. พบมีผล Tourniquet test เป็นบวกและลบพบมีความสอดคล้องกับโรงพยาบาล ร้อยละ 100 ซึ่งการวินิจฉัยดังกล่าวทำให้เจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในวิธีการคัดกรองไข้เลือดออกของตามนวัตกรรมจากงานวิจัยครั้งนี้มากขึ้น มีข้อมูลสนับสนุนจากการสอบถามเจ้าหน้าที่ รพ.สต.พบว่า นวัตกรรม “ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ตรวจจับหาโรคไข้เลือดออกได้รวดเร็ว แม่นยำ ยิ่งขึ้น” “ช่วยให้วินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ ควรจะมีในจุดคัดกรองทุกสถานบริการ” “สามารถคัดกรองโรคเบื้องต้นได้ดี” “นำไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยได้จริงและมีประสิทธิภาพ” ผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกมีผล Tourniquet test ที่ รพ.สต.เป็นบวก และต้องควบคุมการระบาดของโรค พบร้อยละ 18.18 เนื่องจาก รพ.สต.สามารถวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกได้รวดเร็วทำให้การลงสอบสวนโรค การเข้าปฎิบัติและควบคุมโรคในพื้นที่เสี่ยงทำได้ จากข้อมูลของผู้ใช้นวัตกรรมที่บอกว่า “นำไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยได้จริง หลังจากพบผู้ป่วยในวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 และรีบลงควบคุมการระบาด วันที่ 30 มิถุนายน 2566 ยังไม่พบผู้ป่วยอีก” และจากการลงประเมินพื้นที่ผู้วิจัยไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มอีกหลังจากวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลา 35 วัน กรณีผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกและได้ส่งตัวจาก รพ.สต. แพทย์วินิจฉัยว่าไม่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 สืบเนื่องจากผู้ป่วยเด็กสามารถดื่มน้ำ ORS เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำได้ ร้อยละ 100 และเมื่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทำให้ไม่พบอาการขาดน้ำจึงทำให้แพทย์มั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลและให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านและได้แนะนำให้ดื่มน้ำ ORS โดยมีเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.คอยดูแลเมื่อต้องกลับมารักษาตัวต่อที่

บ้าน ในส่วนของโรงพยาบาลยังคงนัดติดตามอาการและจากการลงพื้นที่ พบว่าผู้ป่วยเด็กทุกคนมีความปลอดภัยและจากการรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของพื้นที่วิจัย ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีอัตราตายจากโรคไข้เลือดออก

2) ความเป็นไปได้ของการนำนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก 4 ชิ้นงานไปใช้ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.พบว่านวัตกรรมไข้เลือดออกสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ เห็นด้วยระดับมากที่สุด (mean =4.60, S.D. =0.91) เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะนำนวัตกรรมชิ้นใดชิ้นหนึ่งมาใช้กับผู้ป่วยจะต้องมีการพิจารณาและรับรู้ถึงประโยชน์มองเห็นคุณค่าของชิ้นงานนั้นๆว่าจะเกิดประโยชน์จริงกับผู้ป่วยหรือไม่หรือถ้าชิ้นงานใดผ่านการวิจัยหรือมีการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีการทดลองใช้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง นวัตกรรมดังกล่าวจึงจะถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์และคุ้มค่ากับเวลาและงบประมาณที่ได้สูญเสียไป นวัตกรรมแผ่นอ่านผล Tourniquet test การศึกษาของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์⁽¹⁹⁾พบว่าหากผู้ป่วยมีไข้ ≥ 48 ชั่วโมง ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องทดสอบ Tourniquet test สอดคล้องกับ โรส ภักดีโต, จุไร ภัยจักรรัตน์⁽²⁰⁾ พบว่าบทบาทสำคัญของพยาบาลในการประเมินอาการเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระยะช็อก การดูแลอย่างใกล้ชิดช่วยลดการเสียชีวิตจากไข้เลือดออกได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO)⁽²¹⁾ ได้เสนอเกณฑ์การวินิจฉัยไข้เลือดออกไว้ ได้แก่ อาการไข้สูง ผลการทดสอบ Tourniquet test ได้ผลบวก เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำและพบมีการรั่วของพลาสมา นอกจากนี้สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ⁽¹⁶⁾ กำหนดให้ใช้เครื่องวัดความดันแบบปรอทในการทำ Tourniquet test สอดคล้องกับ วาริณีย์ แสนยศ, วิดา ยืนยง, นวรัตน์ กล้าทองกุล⁽²²⁾ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่สงสัยภาวะไข้เลือดออกที่แผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ การวัดไข้ ทำการทดสอบ Tourniquet test การเจาะ CBC ให้การดูแลตามอาการ ให้คำแนะนำแจกเอกสารแผ่นพับโรคไข้เลือดออก และสื่อสารข้อมูลโรคไข้เลือดออกให้ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจการดูแลตนเอง ดังนั้นในการคัดกรองโรคไข้เลือดออกและเมื่อมีนวัตกรรมแผ่นอ่านผล Tourniquet test จึงทำให้การคัดกรองสะดวกขึ้น ง่ายขึ้นและอ่านผลได้แม่นยำ ในส่วนที่สอดคล้องและสนับสนุนนวัตกรรมแผ่นพับและสื่อให้ความรู้เพื่อเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (Infographic) นั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Nino Hasanica et al.⁽²³⁾ พบว่าประสิทธิผลของแผ่นพับและโปสเตอร์เป็นวิธีการแสวงหาความรู้และทักษะเพื่อปรับปรุงสุขภาพของแต่ละบุคคลและชุมชน ถือเป็นด้านที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุดและมีเหตุผลมากที่สุดของการดูแลสุขภาพ ดังนั้นควรเสริมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. สอดคล้องกับสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ⁽¹⁶⁾ พบว่า การให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ประกอบไปด้วย ผลการวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค แผนการรักษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพ รวมทั้งวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ดังนั้นการสื่อสารให้ความรู้ความเข้าใจโรคไข้เลือดออกและการปฏิบัติตัวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จากการที่โรคไข้เลือดออกทำให้พลาสมารั่วออกนอกหลอดเลือด ส่งผลให้น้ำและเกลือแร่ลดปริมาณลงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยพบปัญหาการขาดน้ำ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า การวินิจฉัยโรคให้รวดเร็วอย่างเดียวยังไม่เพียงพอเพราะไข้เลือดออกเกิดจากการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำต้องป้องกันอาการขาดน้ำด้วย⁽²⁴⁾ ในระยะไข้การเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุณหภูมิห้องนาน 15-20 นาที การให้สารน้ำตามแผนการรักษา การให้ยาลดไข้ตามแพทย์สั่งไว้ รวมทั้งมีการประเมินภาวะขาดน้ำและการกระตุ้นให้ดื่ม ORS โดยเฉพาะไม่ควรดื่มน้ำเปล่า⁽²²⁾ การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะไข้ ผู้ป่วยควรดื่มน้ำให้พลังงานแทนน้ำเปล่า เช่น น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้⁽²⁵⁾ การมีภาวะผิดปกติบางอย่างหรือบางโรคที่ทำให้ น้ำและเกลือแร่ในร่างกายซึมออกจากหลอดเลือดเข้าไปอยู่ในเนื้อเยื่อหรือในช่องต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้น้ำและเกลือแร่ในหลอดเลือดลดปริมาณลง จนส่งผลต่อเนื่องให้ความดันโลหิตต่ำจนก่อให้เกิดการขาดน้ำ คือ โรคไข้เลือดออกระยะรุนแรง การแก้ไข คือ ให้ร่างกายมีน้ำเพียงพอและให้เกลือแร่สำคัญต่างๆ กลับมาสมดุลได้ตามปกติ⁽³⁾ สอดคล้องกับวินัย รัตนสุวรรณ⁽²⁶⁾ การปฏิบัติตัวขณะป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก มีวิธีการ คือ ดื่มน้ำหรือน้ำเกลือแร่ให้เพียงพอและวิธีสังเกตว่าดื่มน้ำเพียงพอหรือไม่ คือ ให้สังเกตปัสสาวะจะต้องเป็นสีเหลืองอ่อน หากเป็นสีเหลืองเข้มหรือสีชา แสดงว่าร่างกายยังขาดน้ำอยู่ นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว 1) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนๆอย่างง่าย รสไม่จัด 2) แนะนำให้ดื่มน้ำเกลือแร่ตามแผนการรักษา⁽²⁷⁾

ดังนั้นการนำนวัตกรรมใช้เลือดออกทั้ง 4 ชิ้นงานมาใช้ใน รพ.สต. คือ 1) แผ่นอ่านผล Tourniquet test 2) สื่อให้ความรู้เพื่อเฝ้าระวังโรคใช้เลือดออก (Infographic) 3) แผ่นพับโรคใช้เลือดออก 4) แบบบันทึกของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. สามารถนำนวัตกรรมไปใช้ได้จริงและได้รับการยอมรับ นวัตกรรมสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ผู้ใช้นวัตกรรมเห็นด้วยระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ สีน งามประโคน, เกษม แสงนนท์, พระมหาสมบัติ ธนปัญญา²⁸ พบว่าการนำนวัตกรรมการศึกษาไปใช้ 1) เป็นนวัตกรรมที่ไม่ซับซ้อนและยุ่งยากจนเกินไป ใช้งานง่าย ใช้สะดวก 2) เป็นนวัตกรรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายเยอะเกินไป 3) เป็นนวัตกรรมที่สำเร็จรูปอำนวยความสะดวกในการใช้งาน ในรายข้อคำถาม มีความเป็นไปได้ที่จะนำนวัตกรรมไปใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคและดูแลผู้ป่วยเด็กโรคใช้เลือดออก ก่อนเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ผู้ใช้นวัตกรรมเห็นด้วยระดับมากที่สุด การดูแลผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. จังหวัดมหาสารคาม ได้ทำการประเมินผล Tourniquet test ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคใช้เลือดออก พบผลการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทั้งผู้ป่วยที่ผลเป็นบวกและเป็นลบมีความสอดคล้องตรงกับการวินิจฉัยของแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 100 สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการคล้ายใช้เลือดออก รพ.สต. ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นใช้เลือดออก พบว่ามีความสอดคล้องตรงกับการวินิจฉัยของแพทย์ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 100 ในรายข้อคำถาม ผลที่ได้จากการใช้นวัตกรรมมีความคุ้มค่าทั้งในด้านงบประมาณและเวลา ผู้ใช้นวัตกรรมเห็นด้วยระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ ชวงค์ คชสาร, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลแนวปฏิบัติและนวัตกรรมทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคใช้เลือดออก โดยนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนวัตกรรมไปใช้กับผู้ป่วยเด็กใช้เลือดออก ความเป็นไปได้โดยรวมต่อแผ่นบันทึกน้ำเกลือแร่ของแพทย์อยู่ในระดับมาก พยาบาลและผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด การประเมินความพึงพอใจโดยรวมของแพทย์อยู่ในระดับมาก พยาบาลและผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำ ORS ให้เพียงพอตามสูตรของ Holliday & Segar จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำได้เป็นอย่างดีสำหรับนวัตกรรมแผ่นอ่านผลใช้เลือดออกช่วยให้ประหยัดเวลาในการอ่านผลเพราะปกติต้องใช้เวลาในการคำนวณขนาด 1 ตารางนิ้วแต่แผ่นอ่านสามารถวางตาไปบนผิวหนังแล้วอ่านผลได้ในทันที จึงคุ้มค่าทั้งงบประมาณและเวลาและมีข้อเสนอแนะจากผู้ตอบแบบสอบถาม ที่กล่าวว่า “เป็นนวัตกรรมใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก” “นวัตกรรมนี้ช่วยให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นได้ ควรจะมีในจุดคัดกรองทุกสถานบริการ” “นำไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยได้จริงและมีประสิทธิภาพ”

3) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.ของการนำนวัตกรรม 4 ชิ้นงานไปใช้ นวัตกรรมมีความสอดคล้องและตอบสนองนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด (mean = 4.73 S.D. 0.77) สอดคล้องกับกรมควบคุมโรค⁽¹⁴⁾ จากสถิติผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกรายเดือนในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2565 พบว่า ในเดือนมกราคมมีผู้ป่วยมากกว่าปีที่แล้ว 6.6 เท่า การพยากรณ์โรคคาดว่าจะมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น กรมควบคุมโรค จึงแนะนำประชาชน ให้ดำเนินการป้องกันโรคได้แก่ นอนในมุ้งหรืออยู่ในห้องติดมุ้งลวด ใส่เสื้อผ้ามิดชิด และปฏิบัติตามมาตรการ 3 เก็บ ได้แก่ เก็บบ้านให้ปลอดโปร่ง เก็บน้ำปัดแหล่งน้ำให้มิดชิด เปลี่ยนถ่ายน้ำทุกสัปดาห์ไม่ให้ยุงลายวางไข่ ภาชนะที่มีน้ำขังขนาดเล็กหมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน ประชาชนควรสังเกตอาการของตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มเด็กเล็กผู้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัวหรือผู้สูงอายุและกรมควบคุมโรคได้มีการรณรงค์ป้องกันโรคใช้เลือดออกทุกปีดังนั้นนวัตกรรมจึงมีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในรายข้อคำถาม นวัตกรรมมีขั้นตอนเหมาะสม ใช้เทคนิคการดูแลที่ถูกต้องเป็นระบบ น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการนำไปใช้หรือไม่ ผู้ใช้นวัตกรรมเห็นด้วยระดับมากที่สุด การผลิตแผ่นอ่าน Tourniquet test งานช่างภาพการแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้กำหนดขนาดของช่องในแผ่นอ่าน Tourniquet test ให้มีขนาด 1 ตารางนิ้วโดยใช้โปรแกรม corel draw ของ Muy computer⁽¹⁰⁾ ในการคำนวณและใช้เลเซอร์ของ A1 Blog⁽¹¹⁾ ในการตัดขนาดมีความแม่นยำ ± 0.05 มิลลิเมตร ทำให้ทุกชิ้นงานมีขนาดของช่องในแผ่นอ่านเท่าเดิมทุกครั้งที่การใช้ลำแสงเลเซอร์ตัดสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการไหม้ได้และการเลือกใช้พลาสติก PVC ทำให้แผ่นอ่านไม่หักพังงอทนทานกันน้ำได้จากข้อมูลแบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะจากผู้ตอบแบบสอบถาม ที่กล่าวว่า “นวัตกรรมดีแล้วครับ ใช้ในเด็ก ถ้าทำเป็นลายการ์ตูน น่ารัก ให้ดูน่าสนใจเพิ่มมากขึ้น” “นวัตกรรมดีมากค่ะ ถ้าตัวหนังสือตัว

ใหญ่กว่านี้จะชัดเจน” “ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ตรวจจับหาโรคไข้เลือดออกได้รวดเร็ว แม่นยำ ยิ่งขึ้น” “สามารถคัดกรองโรคเบื้องต้นได้ดี” “ควรมีไว้ในตึกผู้ป่วยใน ด้วยค่ะ” “สะดวกขึ้น” ส่วนข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม มีดังนี้ “ควรมีการชี้แจงข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการใช้นวัตกรรมนี้ เมื่อนำไปใช้งานจริง”

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรนำนวัตกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกในบริบทของ รพ.สต. ในจังหวัดมหาสารคามหรือทั่วประเทศเพื่อช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้รวดเร็วและแม่นยำ
2. การใช้นวัตกรรม เมื่อ รพ.สต. คัดกรองโรคไข้เลือดออกได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือแร่ ตามสูตรของ Holliday & Segar ให้ได้เพียงพอ จึงจะไม่พบอาการขาดน้ำในผู้ป่วย
3. ในการทำการตรวจ Tourniquet test ให้ได้ผลดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งควรมี Cuff BP ขนาดเด็กทารก/ เด็กเล็ก/ เด็กโต/ ผู้ใหญ่และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอทสำรองไว้ BP manual และ Cuff BP ต้องผ่านการสอบเทียบเครื่องมือให้ได้ตามมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริเพ็ญ ภัฏยานรจ, มุกดา หวังวิวงศ์, วารุณี วัชรเสวี. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กระทรวงสาธารณสุข;2556.
2. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือวิชาการโรคติดต่อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์;2558.
3. พวงทอง ไกรพิบูลย์.ภาวะขาดน้ำ[อินเทอร์เน็ต] 2563[เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม1]. เข้าถึงได้จาก: <https://haamor.com>
4. หามอโรคไข้เลือดออก. [อินเทอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม5]. Dengue hemorrhagic fever - หามอ.com (haamor.com) เข้าถึงได้จากโรคไข้เลือดออก Dengue hemorrhagic fever - หามอ.com (haamor.com)
5. โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานผลการดำเนินการหอผู้ป่วยเด็กโตประจำปี 2558. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2558.
6. ชวงค์ คชสาร. ประสิทธิภาพของนวัตกรรมการ scale IV และวงล้อการปรับระดับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560;14(2):11-21.
7. ชวงค์ คชสาร, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนวัตกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(2):299-312.
8. โรงพยาบาลมหาสารคาม.รายงานผลการดำเนินการหอผู้ป่วยเด็กโตประจำปี 2562. มหาสารคาม:โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2562.
9. โรงพยาบาลมหาสารคาม.รายงานผลการดำเนินการหอผู้ป่วยเด็กโตประจำปี 2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2566.
10. Muy Computer. Corel draw คืออะไร: มีไว้เพื่ออะไรและข้อกำหนด. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม4]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.creativosonline.org/th/corel-draw-%>
11. A1 Blog.การตัดด้วยเลเซอร์คืออะไร[อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม4]. เข้าถึงได้จาก: <https://a1w.in.th/th/blog/tutorial/2103-Laser/>
12. Mac and Windows. G*Power Statistical Power Analysis version 3.1.9.7 [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar. 10]. Available from: <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower>

13. Holliday MA, Segar WE. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. *Pediatrics* 1957;19(5):823-32.
14. กรมควบคุมโรค. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ฉบับที่ 8 ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม 10] เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27198>
15. Siddharth Bhawe, C. Rajput, Sudha Bhawe. Clinical profile and outcome of Dengue fever and dengue hemorrhagic fever in pediatric age group with special reference to WHO guideline on fluid management of dengue fever. *International Journal of Advanced Research* 2015;3(4):196-201
16. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรส่งเสริมการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึกษาในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565
17. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการ 3-3-1. นครราชสีมา: เขตสุขภาพที่ 9; 2558.
18. Medthai. ผงเกลือแร่โออาร์เอส (ORS) สรรพคุณวิธีใช้ผลข้างเคียง [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม 4]. เข้าถึงได้จาก: <https://medthai.com/ผงเกลือแร่โออาร์เอส/>
19. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน : กรณีความร่วมมือของอำเภอลานสกาและหน่วยวิจัยและบริการวิชาการโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2556-2560. [อินเทอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม 9] เข้าถึงได้จาก: <https://www.wu.ac.th/th/news/12391>
20. โรส ภักดีโต, จุไร อภัยจิรรัตน์. โรคไข้เลือดออกเด็งกีในเด็ก : บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2560;10(1):55-65.
21. WHO SEARO. Comprehensive Guidelines for the Prevention and Control of Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever. Revised and Expanded Edition; 2011.
22. วารุณี นัย, แสนยศ, วนิดา ยืนยง, นวรัตน์ กล้าทองกุล. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก. *วารสารพยาบาล* 2564;70(3):49-56.
23. Nino Hasanica et al. The Effectiveness of Leaflets and Posters as a Health Education Method. *Journal of the academy of medical sciences of Bosnia and Herzegovina*. 2020;32(2):135–9.
24. รุ่งวิภาสพร เอื้อวกฤตยากร, ภาวิดา วิภาวณต์, อรกมล จิรกิจประภา, ศรีสุมดา เกษศรี, ธนวิทย์ ยอดวารี, ผกาทิพย์ ทองพลา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์*. 2561; 32(2):1105-14
25. กมลวิช เลาสระสพวัฒนา. การติดเชื้อไวรัสเดงกีจากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ. สงขลา : ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
26. วินัย รัตนสุวรรณ. ไข้เลือดออกป้องกันได้แต่ถ้าเป็นแล้วละ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล [อินเทอร์เน็ต] 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม 9] เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=780>
27. สุภาภรณ์ พรหมอยู่. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก : กรณีศึกษา. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*. 2563;1(1): 86-90.
28. ลิน งามประโคน, เกษม แสงนนท์, พระมหาสมบัติ ธนปัญญา. นวัตกรรมจัดการเรียนรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2561.

บทความวิจัย

ผลของการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา
เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู

พิมพ์ณัฐชา สุไลมาน พย.ม.^{1*} สุพรรณษา สุวรรณชาติ ปร.ด.²
ปาลิดา สายรัตน์ทอง พัฒนพิชัย ปร.ด.³ ญาดา ชีระจินต์ วท.บ.⁴

Received: 10 October 2023
Revised: 28 December 2023
Accepted: 29 December 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม ทดลองใช้ และประเมินหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู โดยใช้กรอบแนวคิดของทาบา 1) การศึกษาสภาพและความต้องการในการพัฒนาหลักสูตร เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 คน 2) การกำหนดจุดมุ่งหมายของการฝึกอบรมหลังจากวิเคราะห์ความต้องการ 3) การเลือกเนื้อหาสาระ 4) การจัดรวบรวมเนื้อหา 5) การคัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ ให้สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร 6) การจัดประสบการณ์ และ 7) การกำหนดการประเมินผล

ผลการวิจัย พบว่า หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ประกอบด้วย หลักการและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร โครงสร้างเนื้อหา จำนวน 3 หน่วยการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ เครื่องมือวัดและประเมินผล โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรก่อนนำไปใช้ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองใช้หลักสูตรกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า 1) ค่าคะแนนความรู้หลังผ่านหลักสูตรฝึกอบรม ($\bar{X} = 16.17$, $SD = 1.44$) สูงกว่าก่อนผ่านหลักสูตรฝึกอบรม ($\bar{X} = 9.90$, $SD = 1.54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถหลังผ่านหลักสูตรฝึกอบรม ($\bar{X} = 40.36$, $SD = 2.35$) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($\bar{X} = 15.60$, $SD = 3.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: หลักสูตรฝึกอบรม การให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด วัยรุ่น นักศึกษาวิชาชีพครู

¹ * อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author: E-mail: pimnatcha.sulaiman@gmail.com

² อาจารย์, คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³ อาจารย์, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

⁴ อาจารย์, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Effect of developing training courses on improving contraceptive counseling ability of teachers' professional students

Received: 10 October 2023
Revised: 28 December 2023
Accepted: 29 December 2023

Pimnatcha Sulaiman M.N.S.^{1*} Supansa Suvanchatree Ph.D.²
Palida Sairatthong Patanapichai Ph.D.³ Yada Cherajin B.S.⁴

Abstract

The objective of this research is to investigate the necessary requirements for developing a training curriculum, develop the training curriculum, implement it, and evaluate the training program to enhance the ability to provide contraception counseling for adolescents among pre-service teacher students using the Taba framework. The research objectives include: 1) Studying the situation and necessary requirements for curriculum development by collecting data from 15 participants. 2) Defining the training objectives after studying and analyzing the requirements. 3) Selecting content. 4) Organizing and compiling content. 5) Choosing learning experiences that align with the course content and objectives. 6) Structuring the learning experiences and 7) Defining what will be assessed and the assessment methods.

The research findings indicate that the training program for enhancing the ability to provide contraception counseling for adolescents among pre-service teacher students includes curriculum principles, curriculum objectives, content structure, three learning units, instructional media, measurement tools, and evaluation. The curriculum's quality was checked and found to be highly suitable for actual implementation, based on expert opinions. Furthermore, the results of the experimental use of the curriculum with a sample group of 30 participants revealed that students who participated in the training program scored significantly higher in knowledge about contraception counseling for adolescents after completing the training program ($\bar{X} = 16.17$, $SD = 1.44$) compared to before the training ($\bar{X} = 9.90$, $SD = 1.54$), with statistical significance at the 0.001 level. and higher contraception counseling for adolescents' ability after completing the training program ($\bar{X} = 40.36$, $SD = 2.35$) compared to before the training ($\bar{X} = 15.60$, $SD = 3.47$), with statistical significance at the 0.001.

Keywords: training courses, contraceptive counseling, adolescents, teachers' professional students

^{1*} Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Yala ,Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Corresponding author: E-mail: pimnatcha.sulaiman@gmail.com

² Instructor, Faculty of Education, Prince of Songkla University

³ Instructor, Faculty of Education, Prince of Songkla University

⁴ Instructor, Faculty of Education, Prince of Songkla University

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง ตามข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นในหญิงกลุ่มอายุ 15-19 ปี ลดลงจากเดิม โดยในปีงบประมาณ 2543 จาก 64.5 ต่อพันประชากร ลดลงเหลือ 41.3 ต่อพันประชากร ⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรมีชีพในหญิงกลุ่มอายุ 15-19 ปีต่อพันประชากร ในปีงบประมาณ 2561-2565 คือ 35.42, 28.53, 29.04, 25.34 และ 23.52 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมาย 34) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดบุตรมีชีพมีจำนวนลดลง แต่ในทางกลับกันกลับพบว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นกลับพบในเด็กที่มีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ อย่างเห็นได้ชัด ⁽²⁾ ด้วยเหตุนี้การตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งเพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงอย่างมากทางสุขภาพ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือเป็นการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เกิดความเครียดจากการขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรและบางรายอาจต้องหยุดเรียน ⁽²⁾ ด้วยเหตุนี้จึงได้มีการออกนโยบายการวางแผนครอบครัว นโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พร้อมทั้งออกพระราชบัญญัติการป้องกันและการแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อบังคับใช้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งและให้การช่วยเหลือในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และจากนโยบายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการปรับบทบาทของสถานศึกษาในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นเชิงรุกมากขึ้น อีกทั้งมีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาไว้ในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ⁽⁴⁾ ทั้งในรูปแบบของการระบุเพศวิถีศึกษาเป็นสาระการเรียนรู้สำคัญในรายวิชาอื่น และแยกเป็นรายวิชาเพศวิถีศึกษา ⁽⁵⁾ แต่ก็ยังพบว่าการจัดการศึกษาเรื่องเพศวิถีศึกษายังไม่เหมาะสม ^(4,6) โดยพบว่าครูผู้สอนเพศวิถีศึกษายังมีการจัดการเรียนการสอนไม่ครอบคลุมทุกประเด็นของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น บางรายไม่ได้รับการอบรมการสอนเพศวิถีศึกษา ⁽⁷⁾ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาและนักเรียนไม่ได้รับความกระจ่างมากนัก ⁽⁴⁾ อีกทั้งการสอนของครูยังไม่เอื้อให้นักเรียนนำความรู้ไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน ⁽⁷⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าครูคือบุคลากรที่มีบทบาทอย่างยิ่งในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้นการพัฒนาครูให้มีความรู้ ความสามารถในการสอน และการให้คำปรึกษาแก่นักเรียน จึงถือเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ด้วยเหตุนี้การพัฒนานักศึกษาวิชาชีพครูให้มีความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดจึงถือเป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาวิชาชีพครูเพื่อเข้าสู่สถาบันการศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งที่มุ่งผลิตครูสู่สถานศึกษาต่าง ๆ จากการศึกษารายละเอียดของรายวิชาเรียนทั้งหมดของแขนงวิชาสุขศึกษา หลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิตเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนพบว่า มีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาเพศศึกษา โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวโน้มในการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนทั้งในปัจจุบันและอนาคต ปัญหาเกี่ยวกับเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การป้องกันปัญหาเกี่ยวกับเพศ พระราชบัญญัติการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จึงเห็นได้ว่าเนื้อหาส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่ยังไม่ลงลึกในส่วนของการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาในข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู แขนงวิชาสุขศึกษา เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ นักศึกษาวิชาชีพครูในเรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นก่อนการออกปฏิบัติการสอนในสถานศึกษา เพื่อให้มีความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู

2. เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู

3. เพื่อทดลองใช้ และประเมินหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มทดลองเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยแบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพและความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู เป็นขั้นการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายจนข้อมูลอิ่มตัว และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) เป็นการตรวจสอบด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทำการสรุปการสัมภาษณ์ และให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้อง รวมทั้งยืนยันข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู มีขั้นตอนในการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาร่างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู โดยการกำหนดจุดมุ่งหมายของการฝึกอบรมหลังจากได้ศึกษาวิเคราะห์ความต้องการ จากนั้นจึงเลือกเนื้อหาสาระให้เหมาะสม จัดลำดับของเนื้อหาโดยคำนึงถึงความต่อเนื่อง ความยากง่ายของเนื้อหาสาระ คัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับเนื้อหาวิชาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และการกำหนดสิ่งที่จะประเมินและวิธีการประเมินผล 2) การประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของร่างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู

ระยะที่ 3 เพื่อใช้หลักสูตรและประเมินหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ

1. การศึกษาสภาพและความต้องการ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนวิชาสุศึกษา จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานวัยรุ่นในโรงเรียน จำนวน 2 คน และนักศึกษาศึกษาศาสตร์บัณฑิตชั้นปี 3 แผนกวิชาสุศึกษา จำนวน 10 คน การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling method) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ที่กำหนด คือ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการสอน/การเรียนรู้เรื่องการคุมกำเนิด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการสอน/การเรียนรู้เรื่องการคุมกำเนิด หรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล และในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยใช้วิธีบอกต่อ (snowball)

2. การทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาศึกษาศาสตรบัณฑิตชั้นปี 3 แผนกวิชาสุศึกษา จำนวน 30 คน กำหนดเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ นักศึกษาศึกษาศาสตรบัณฑิตชั้นปี 3 แผนกวิชาสุศึกษา และเกณฑ์คัดออก คือ นักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมขั้นตอนการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นการศึกษา จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ประกอบด้วย โครงสร้างหลักสูตรการสอน แผนการสอน และสื่อการสอนที่ใช้ในการฝึกอบรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์การสำรวจสภาพและความต้องการในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นจำนวน 3 ชุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ชุดที่ 1 สำหรับหัวหน้ากลุ่มสาระและอาจารย์ผู้สอนสาขาสุศึกษา เท่ากับ 1.00 ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เท่ากับ 0.83 และชุดที่ 3 สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครูวิชาเอกสุศึกษา เท่ากับ 0.92

2) แบบประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครูที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ ซึ่งมีคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยมีค่า Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.89

3) แบบประเมินความสามารถในการให้คำปรึกษาของนักศึกษาวิชาชีพครูผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินความสามารถในการให้คำปรึกษา มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ซึ่งมีคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยมีค่า Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพและความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลโดยตรงเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง จำนวน 1- 2 ครั้ง จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว และทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการส่งคืนข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูล สรุปผลการสัมภาษณ์ ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพว่าตรงกันหรือไม่ รวมทั้งการยืนยันข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการออกแบบและพัฒนาหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน จำนวน 2 ท่าน

ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ดำเนินการโดยการรวบรวมข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย อาจารย์ผู้สอนสุศึกษาในโรงเรียน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ และสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครูโดยการปฏิบัติการสอนตามหลักสูตรที่กำหนดและเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมฝึกอบรม (One-group Pretest-Posttest) และแบบประเมินทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูล (Content Analysis) นับความถี่ของคำ หรือข้อความ จำแนกแล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมโยงและสรุปบรรยายผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การตรวจสอบร่างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู โดยการหาค่าความเหมาะสมและความสอดคล้องของโครงร่างหลักสูตรโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ประสิทธิภาพของหลักสูตรเป็น 2 ส่วน คือ

- ด้านความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น โดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังใช้ค่าสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งการเปรียบเทียบค่าคะแนนด้านความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดโดยใช้ pair t-test

- ด้านความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น โดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังใช้ค่าสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งการเปรียบเทียบค่าคะแนนด้านความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นโดยใช้ pair t-test

ผลการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลการวิจัยได้ทั้งสิ้น 3 ส่วน ดังนี้

ผลการวิจัยในระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพและความต้องการในการพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่อง การคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนสุขศึกษา จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานวัยรุ่นในโรงเรียน จำนวน 2 คน นักศึกษาแขนงวิชาสุขศึกษา จำนวน 10 คน สามารถสรุปสภาพและความต้องการ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

ผลการวิจัยในระยะที่ 1 ผลการศึกษาสภาพและความต้องการจำเป็นในการพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนสุขศึกษา จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานวัยรุ่นในโรงเรียน จำนวน 2 คน นักศึกษาแขนงวิชาสุขศึกษา จำนวน 10 คน ได้ผลการศึกษาสภาพและความต้องการในการพัฒนาความสามารถของนักศึกษาวิชาชีพครูทั้งสิ้น 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 สภาพเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น จำแนกเป็นประเด็นย่อย ๆ ดังนี้

1. สภาพการจัดการในโรงเรียนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่า ลักษณะของโรงเรียนมีผลทำให้การจัดการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นแตกต่างกันในแต่ละโรงเรียน กล่าวคือ ภาพรวมของโรงเรียนส่วนใหญ่บุคลากรในโรงเรียน เช่น ผู้บริหารโรงเรียนและครู โดยมากมองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะโรงเรียนสอนศาสนา ทำให้การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหาร นอกจากนี้ในส่วนของผู้สอนที่ไม่เห็นปัญหาอย่างแท้จริงส่งผลให้มีการจัดการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นไม่ได้รับการแก้ไขที่ตรงประเด็นปัญหาที่แท้จริง เช่น มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดอยู่ในคาบเรียนสุขศึกษาเท่านั้น ขาดการคัดกรองในเชิงรุก เช่น การคัดกรองนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ทำให้รับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในโรงเรียนเมื่อมีปัญหาไปแล้ว

2. สภาพการจัดการเรียนการสอนของครูในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นของครู พบว่า

2.1 ด้านเนื้อหาที่สอนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ยังไม่ครอบคลุมถึงขั้นการนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงขององค์ความรู้ด้านการคุมกำเนิดที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เรื่องกฎหมายที่มีการให้เสรีภาพเด็กในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดด้วยตนเองมากขึ้น อีกทั้งองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดมีการเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ในอดีตจะเป็นการใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด แต่ในปัจจุบันมีการเพิ่มชนิดของการคุมกำเนิดในวัยรุ่นมากขึ้นทั้งห่วงอนามัย หรือการฝังยาคุมกำเนิด ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ครูขาดความมั่นใจในการสอนเรื่องการคุมกำเนิด ทำให้การสอนของครูในโรงเรียนส่วนใหญ่จะเป็นการบอกเฉพาะวิธีการใช้ แต่ไม่ได้บอกข้อจำกัดทำให้ผู้เข้า

อบรมไม่สามารถเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสม และเนื้อหาที่ใช้สอนส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำในเรื่องถุงยางอนามัย การนับวันเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งไม่ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดในการสอนเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น

2.2 ลักษณะส่วนบุคคลและทัศนคติของครู ครูสุขศึกษาส่วนมากมีการสอนในเรื่องคุมกำเนิด แต่การสอนไม่มีเจาะลึกถึงการนำไปใช้ตามสภาพจริงของปัญหา ซึ่งเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ ครูผู้สอนเป็นเพศตรงข้าม และทัศนคติของครูต่อการสอนเรื่องเพศศึกษา กล่าวคือ ครูเพศชายไม่กล้าสอนนักเรียนหญิง และครูผู้หญิงไม่กล้าสอนนักเรียนชาย และด้านทัศนคติของครู พบว่า ครูโดยมากมีทัศนคติว่าในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่าควรสอนเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ เพราะมีแนวคิดว่าการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ถือเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่ต้นทาง ส่วนการคุมกำเนิดในวัยรุ่นนั้น ถือเป็นการป้องกันปลายทาง อีกทั้งยังคิดว่าการสอนเรื่องการคุมกำเนิดนั้น ถือเป็นการชี้แนะให้เด็กมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนมากขึ้น อาจทำให้เด็กไม่ตระหนักว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องที่ควรหยุด เพราะสามารถป้องกันตนเองได้ ทำให้เนื้อหาการสอนของครูเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้น้ำหนักของชั่วโมงโดยมากเน้นในเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่งผลให้การสอนเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นไม่เจาะลึกมากนัก และมีการจำกัดเนื้อหาบางส่วนไว้

2.3 บทบาทของครูในการสอนการคุมกำเนิดในวัยรุ่น โดยมากการสอนของครูเป็นในลักษณะของการสอนมากกว่าการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้เรียนขาดความไว้วางใจในการขอคำปรึกษาในเรื่องการคุมกำเนิด

2.4 ความรู้ด้านการประเมินกลุ่มเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ และทักษะการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง พบว่า โดยมากครูที่ทำงานเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ในโรงเรียนส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้ในเรื่องการประเมินกลุ่มเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และไม่ทราบว่าประเมินอย่างไร โดยมากจะเป็นการพูดรวม ๆ ในห้องเรียน ในกรณีที่ทราบว่านักเรียนคนใดเป็นกลุ่มเสี่ยงก็ไม่ทราบว่าเข้าถึงผู้เรียนกลุ่มเสี่ยงอย่างไร เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความไว้วางใจ

ประเด็นที่ 2 ด้านความต้องการในการอบรมการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น จำแนกเป็นประเด็นย่อย ๆ ได้แก่ ความต้องการด้านความรู้ ด้านเนื้อหา สื่อการสอน และการปฏิบัติการให้คำปรึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ด้านความต้องการในการพัฒนาความรู้เรื่องการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่า ความรู้ความสามารถที่นักศึกษาวิชาชีพครูควรมีก่อนจบการศึกษา ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น การประเมินนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ทักษะการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษาและการสร้างความไว้วางใจ รวมทั้งการส่งต่อผู้เรียนที่มีความเสี่ยง

2. เนื้อหา ระยะเวลา และสื่อที่ต้องการในการอบรมการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ประกอบด้วย

- ด้านเนื้อหาสาระ : ควรครอบคลุมในเรื่องหลักการเลือกวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่น วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ใช้ระยะเวลา ประมาณ 4 ชั่วโมง การใช้แบบประเมินวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ การส่งต่อวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ใช้ระยะเวลา ประมาณ 3 ชั่วโมง และการให้คำปรึกษา ประมาณ 2-3 ชั่วโมง ส่วนในภาคปฏิบัติในเรื่องการให้คำปรึกษาและการสร้างความไว้วางใจ ใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 วัน

- ด้านวิธีการในการจัดอบรม/ กิจกรรมการเรียนรู้ : ในเรื่องการคุมกำเนิดควรเป็นการบรรยายแบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดในวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในวัยรุ่น จากนั้นควรมีการใช้บทบาทสมมติในเรื่องการประเมินกลุ่มเสี่ยง การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง ส่วนการให้คำปรึกษาและการส่งต่อกรณีมีปัญหา ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมการสาธิตการให้คำปรึกษา และให้ผู้เข้าอบรมฝึกโดยการสาธิตย้อนกลับ หรืออาจเป็นการสอนโดยการ角色扮演สมมติ

- ด้านสื่อประกอบการอบรมในหลักสูตร: ในเรื่องการคุมกำเนิดต้องการสื่อการสอนที่ต้องการเป็นสื่อที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปรวมทั้งโรงเรียนทั่วไปและโรงเรียนที่มีผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม เรื่องการให้ความรู้ในเรื่องการประเมินกลุ่มเสี่ยง การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งการส่งต่อ ต้องการเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของ

กลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และการแนะนำแหล่งบริการที่ใช้ในการส่งต่อ ส่วนเรื่องการให้คำปรึกษาและการสร้างความไว้วางใจ ต้องการใช้เป็นใบงานสถานการณ์ที่ต้องใช้ในการฝึกอบรมที่หลากหลาย

ผลการวิจัยในระยะที่ 2 ผลการพัฒนาร่างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู พบว่า หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ประกอบด้วย หน่วยการเรียนรู้ทั้งหมด 3 หน่วย ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำแนกเป็นหน่วยที่ 1 การคุมกำเนิดในวัยรุ่น ประกอบด้วย การใช้แบบประเมินวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ หลักการเลือกวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่น วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น และการส่งต่อวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ จำนวน 4 ชั่วโมง (ภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 1 ชั่วโมง) หน่วยที่ 2 การให้คำปรึกษา ประกอบด้วย หลักการและกระบวนการให้คำปรึกษา คุณลักษณะของครูผู้ให้คำปรึกษา ขั้นตอนการให้คำปรึกษา และทักษะการให้คำปรึกษา จำนวน 3 ชั่วโมง (ภาคทฤษฎี 2 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 1 ชั่วโมง) และหน่วยที่ 3 การปฏิบัติการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น จำนวน 7 ชั่วโมง

ผลการวิจัยในระยะที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู สามารถจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ ด้านความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น และความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น โดยมีรายละเอียดคือ

1. ด้านความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่า นักศึกษาวิชาชีพครูมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังผ่านหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ($\bar{X} = 16.17$, $SD = 1.44$) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($\bar{X} = 9.90$, $SD = 1.54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นระหว่างก่อนและหลังเข้าฝึกอบรมหลักสูตรพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ($n=30$)

ความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น	ก่อนการ ทดลอง		หลังการ ทดลอง		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น	5.27	0.74	9.50	0.67	24.79***	0.000
2. เรื่องการให้คำปรึกษา	4.63	1.16	6.67	0.84	11.14***	0.000
ความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นโดยรวม	9.90	1.54	16.17	1.44	35.01***	0.000

*** $p < .001$

2. ด้านความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่า นักศึกษาวิชาชีพครูมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถหลังผ่านหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ($\bar{X} = 40.36$, $SD = 2.35$) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($\bar{X} = 15.60$, $SD = 3.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นระหว่างก่อนและหลังเข้าฝึกอบรมหลักสูตรพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู (n=30)

ความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น	ก่อนการ ทดลอง		หลังการ ทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด ในวัยรุ่น	15.60	3.47	40.36	2.23	35.75***	0.000

*** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู พบประเด็นความต้องการ คือ ด้านความรู้ความสามารถที่นักศึกษาวิชาชีพครูควรมีก่อนจบการศึกษา ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น การประเมินนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ทักษะการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษาและการสร้างความไว้วางใจ รวมทั้งการส่งต่อนักเรียนที่มีความเสี่ยง โดยมีเนื้อหา ระยะเวลา และสื่อที่ต้องการในการอบรมเรื่องการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ใน 3 เรื่อง คือ (1) เรื่องการคุมกำเนิด โดยให้เป็นการบรรยายแบบมีส่วนร่วม หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดในวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในวัยรุ่น ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 ชั่วโมง โดยสื่อการสอนที่ต้องการเป็นสื่อที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปรวมทั้งโรงเรียนทั่วไปและโรงเรียนที่มีผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม (2) การให้ความรู้ในเรื่องการประเมินกลุ่มเสี่ยง การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งการส่งต่อกรณีที่มีปัญหา กิจกรรมเป็นการใช้บทบาทสมมติโดยใช้ระยะเวลา ประมาณ 3 ชั่วโมง สื่อที่ต้องการ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และการแนะนำแหล่งบริการที่ใช้ในการส่งต่อ (3) การให้คำปรึกษาและการสร้างความไว้วางใจ ใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 วัน ประกอบด้วยการบรรยายเกี่ยวกับหลักการให้คำปรึกษาประมาณ 2-3 ชั่วโมง และเป็น การฝึกปฏิบัติในเรื่องการให้คำปรึกษา สอนโดยใช้การสาธิตการให้คำปรึกษา และให้ผู้เข้าอบรมฝึกโดยการสาธิตย้อนกลับหรืออาจเป็นการสอนโดยการใช้บทบาทสมมติ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า ครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาไม่ได้รับการอบรม การสอนเพศวิถีศึกษา หรือยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษา การพัฒนาในเรื่องความรู้ให้กับครูจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรสอดคล้องกับสภาพปัญหาของครู ดังการศึกษาของชนิดาภา ขอสุขวรกุล และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า ครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาควรได้รับการสอนในด้านความรู้เกี่ยวกับการสอนที่ทันสมัย และครบถ้วนทุกประเด็น เพื่อเอื้อให้นักเรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญเลี้ยง หุมทอง⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่า การที่ครูขาดความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิด ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษา ส่งผลให้เนื้อหาบางเรื่องนักเรียนไม่ได้รับความกระจ่าง ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมความรู้ให้ครูในเรื่องการคุมกำเนิด จะทำให้ครูเกิดความมั่นใจในการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษา และนักเรียนได้รับความกระจ่างเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติได้^(4,7)

2. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู พบว่า หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ควรประกอบด้วย หน่วยการเรียนรู้ทั้งหมด 3 หน่วย การเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ จำแนกเป็น หน่วยที่ 1 การคุมกำเนิดในวัยรุ่น ประกอบด้วย การใช้แบบประเมินวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์

หลักการเลือกวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่น วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น และการส่งต่อวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ จำนวน 4 ชั่วโมง เพื่อเป็นการเพิ่มความรู้ในด้านการคุมกำเนิดของนักศึกษาวิชาชีพครูให้ครบถ้วน ทันสมัย และสามารถนำไปใช้ได้ หน่วยที่ 2 การให้คำปรึกษา ประกอบด้วย หลักการและกระบวนการให้คำปรึกษา คุณลักษณะของครูผู้ให้คำปรึกษา ขั้นตอนการให้คำปรึกษา และทักษะการให้คำปรึกษา จำนวน 3 ชั่วโมง และหน่วยที่ 3 การปฏิบัติการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น จำนวน 7 ชั่วโมง โดยมีรูปแบบการสอนเป็นกรณีศึกษา การใช้บทบาทสมมติ เป็นต้น เพื่อนำไปสู่ความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ซึ่งจะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรทั้งทางด้านความรู้ และด้านการปฏิบัติ โดยเน้นการปฏิบัติเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับกมล โพธิเย็น⁹ ได้กล่าวว่า การเน้นให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ต้องเน้นบทบาทของผู้เรียนให้มาก ให้ผู้เรียนได้ลงมือทำ และได้คิดในสิ่งที่ทำลงไปเพื่อเป็นการสร้างประสบการณ์ตรงให้เกิดขึ้นแก่ผู้เรียน จากเกิดการเรียนรู้ผ่านการกระทำ (Learning by doing) และเกิดการกระทำเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (Doing by learning) จนสามารถปฏิบัติได้

3. ทดลองใช้ และประเมินหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู พบว่า การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม และมีความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามที่กำหนดในจุดมุ่งหมายของหลักสูตรที่กำหนดไว้ สามารถอธิบายผลของการศึกษาได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ครั้งนี้ เป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ในหลายด้านทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติควบคู่กันไป อีกทั้งผู้เข้าอบรมยังมีบทบาทในการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการเรียนรู้ผ่านการกระทำ (Doing) มากกว่าความรู้ (Knowing) เกิดการเรียนรู้ผ่านการกระทำ (Learning by doing) และเกิดการกระทำเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (Doing by learning) โดยพิจารณาได้จากหน่วยการเรียนรู้ต่าง ๆ ในแต่ละหน่วยที่มีองค์ประกอบการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จากการใช้บทบาทสมมติ และการใช้กรณีศึกษา เป็นไปตามปรัชญาการศึกษาพัฒนาการนิยม (Progressivism) ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญซึ่งทิสนา แคมมณี⁸ ได้กล่าวไว้ว่า การจัดการเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนเรียนรู้ผ่านการกระทำจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้เรียนสร้างองค์ความรู้จากการทดลองทำ และการกระทำเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จะเป็นการต่อยอดองค์ความรู้จากที่เรียนรู้ทั้งหมด โดยการกระทำในสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับความ

ประเด็นที่ 2 กระบวนการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากการสำรวจความต้องการในการจัดการเรียนรู้จาก 3 ส่วน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจารย์ผู้สอนสาธารณสุข และนักศึกษาศึกษาศาสตร์ แขนงวิชาสุขศึกษา และมีการออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้เข้าอบรม ทำให้ผู้เข้าอบรมได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การจัดการกระบวนการเรียนการสอนจึงเป็นตามความต้องการของผู้เข้าอบรมที่ต้องการได้รับประสบการณ์ตรงในเรื่องที่ต้องการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของกมล โพธิเย็น⁹ ที่กล่าวว่า การได้เรียนรู้ตามความสนใจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนรู้ และค้นพบองค์ความรู้ได้ด้วยตนเองหลังจากการเข้ากลุ่มตามความสนใจอีกทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเลือกสรรกิจกรรมตามความสนใจของผู้เรียนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนรู้ ไม่เกิดความขัดแย้งในวิธีการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาที่ผลิตนักศึกษาวิชาชีพควรนำหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครูไปใช้กับนักศึกษาวิชาชีพครู ในการเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติการสอนในสถานศึกษาที่เป็นหน่วยฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อให้ นักศึกษาวิชาชีพครูทุกท่านมีความสามารถในการให้คำปรึกษาได้ แต่ทั้งนี้ในการนำไปใช้นั้น พบปัญหาอุปสรรคในเรื่องระยะเวลาการฝึกปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด จึงอาจต้องมีการเพิ่มจำนวนระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครูไปใช้กับครูในสถานศึกษา และมีการติดตามผลของความรู้และความสามารถในการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WHO. Adolescent pregnancy, 2023 Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. รายงานตัวบ่งชี้สุขภาพ. รายงานการตั้งครรภ์วัยรุ่น, 2565 Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/>.
3. สุภรณ์ สมศรี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7:1-13.
4. บุญเลี้ยง ทมทอง. การพัฒนาวิธีการสอนของครูโดยความร่วมมือการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ เรื่องเพศศึกษาและโรคเอดส์ในโรงเรียนมัธยมศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2557;6:89-99.
5. พราวดี ประทุมชาติ, อนุวัต ชัยเกียรติธรรม, กนกพร ทองสอดแสง. การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมแบบ Walk Rally ของครูผู้สอนเพศศึกษา. มนุษยสังขมสาร. 2562;17:275-92.
6. พัทยา แก้วสาร, นภาพิณ จันขัฒมา. การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกลุ่มนักเรียนประถมปลาย. วารสารสงขลานครินทร์. 2564;41:101-10.
7. ชนิตาภา ขอสุวรรณกุล, ชาติชาย ม่วงปทุม, จุฬามาศ จันทรศรีสุต, สุภัทรา วันเพ็ญ. การศึกษาปัญหาและความต้องการที่จำเป็นเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. 2565;16:171-83.
8. ทิศนา แหมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
9. โกมล โพธิเย็น. Active Learning: การจัดการเรียนรู้ที่ตอบโจทย์การจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2564;19:11-28.

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา
ด้วยยาเคมีบำบัดNurses' role in Fatigue Symptom Management among
Children with Cancer Receiving Chemotherapy

Received: 25 October 2023

Revised: 17 December 2023

Accepted: 20 December 2023

พัชรี ชูกันหอม พย.ม¹สุวรรณี แสงอาทิตย์ พย.ม² อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์ ปริญญาตรี^{3*}

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายด้านทั้งที่เกิดขึ้นจากตัวโรคและจากอาการข้างเคียงจากการรักษา อาการอ่อนล้าเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต บทความนี้นำเสนอ บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็งซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินอาการอ่อนล้า การจัดการอาการอ่อนล้ารายบุคคล การแบ่งกลุ่มเด็กป่วยโรคมะเร็ง การสนับสนุนด้านจิตใจ การกระตุ้นและส่งเสริมในกรณีที่มีปัญหาเรื่องอาหาร และการจัดการอาการแปรปรวนจากการนอนหลับ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตลอดจนสิ้นสุดการรักษา

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล การจัดการอาการอ่อนล้า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{3*} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author: E – mail : atcharawadee@pckpb.ac.th

Nurses' role in Fatigue Symptom Management among Children with Cancer Receiving Chemotherapy

Received: 25 October 2023

Revised: 17 December 2023

Accepted: 20 December 2023

Phatcharee Chookanhom M.N.S¹

Suwannee Sangartit M.N.S² Atcharawadee Sriyasak P.h.D^{3*2}

Abstract

Children with cancer face to suffer from various symptoms that occur simultaneously both from the disease and from the side effects of treatment. Fatigue is the most common side effects in children who receive chemotherapy which leading to quality of life. This article presents the role of nurses in managing fatigue in children with cancer, which includes assessing fatigue, individualized fatigue management, grouping cancer children, supporting mental health, stimulating and promoting in case of food problems, and managing sleep disturbances. These activities will help to promote a better quality of life for children with cancer during chemotherapy treatment, as well as at the end of treatment

Keywords: Nurses' role, Fatigue management, Children with cancer, Chemotherapy

¹ Instructor ,Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Instructor ,Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Assistance Prof. Dr., Boromarajonani College of Nursing, Yala ,Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: E – mail : atcharawadee@pckpb.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็งในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตเด็กอย่างมากและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ที่สำคัญ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี รองลงมาจาก การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ¹ และสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยที่พบว่า กลุ่มโรคมะเร็งในเด็กที่พบส่วนใหญ่ คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งของระบบประสาทและสมอง และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง² วิธีการรักษาที่นิยมใช้ในปัจจุบันและมีประสิทธิภาพ เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งช่วยควบคุมการแพร่กระจายหรือทำลายเซลล์มะเร็งต้นกำเนิดของโรคและยับยั้งการเจริญเติบโตและแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง³ มีการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 85 ในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีอัตราการสงบของโรคมะเร็งมากกว่า 5 ปี⁴ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดหลายชนิด อาการข้างเคียงที่พบบ่อยด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน ความอยากอาหารลดลง เยื่อบุปากอักเสบ ติดเชื้อได้ง่าย เลือดออกง่าย ผื่นร่วน ท้องผูกหรือท้องเสีย และอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

อาการอ่อนล้าเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยมากกว่าร้อยละ 80⁵ ในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าที่พบมากที่สุด คือ ระหว่างที่ได้รับการรักษา⁶ โดยจะเกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงภายหลังได้รับยาในช่วง 1 – 2 วันแรก⁷ ไปจนถึง 1 สัปดาห์ภายหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัด⁸ การรับรู้เกี่ยวกับอาการอ่อนล้าของเด็กในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน เด็กเล็กจะแสดงออกถึงประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายด้านร่างกาย เช่น เหนื่อย ไม่มีแรง นอนหลับตลอดทั้งวัน หรืออาจจะมีอาการแสดงอื่นร่วมด้วย เช่น มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวด สำหรับเด็กโตและวัยรุ่น สามารถอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้มากกว่าเด็กเล็ก เช่น รู้สึกเหนื่อยมาก เพลีย ไม่มีกำลัง แขนขาไม่มีไหว ความคิดและการตัดสินใจช้าลง ไม่มีสมาธิ⁹ ซึ่งจะนำไปสู่ผลกระทบของเด็กโรคมะเร็งในการใช้ชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ปกติ เช่น เบื่ออาหาร นอนมากกว่าปกติ ส่งผลต่อข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่โรงเรียน ไม่มีสมาธิในการเรียนรู้

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น ความหมาย ทฤษฎี อาการไม่พึงประสงค์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการอ่อนล้าและผลกระทบ เพื่อเสนอแนวคิดการจัดการอาการและบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตลอดจนสิ้นสุดการรักษา

ความหมายของอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้าเกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ซึ่งแสดงออกจากประสบการณ์ของอาการที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา มีนักวิชาการและนักวิจัยได้ให้ความหมายของอาการอ่อนล้าไว้ (ตาราง 1) ซึ่งการรับรู้และการให้ความหมายจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ โดยในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจนถึงวัยรุ่นจะให้คำอธิบายอาการอ่อนล้าตามการรับรู้ของตนเองได้ชัดเจนมากกว่า

ผู้ให้ความหมาย	ช่วงวัย/อายุ	ความหมาย	คำสำคัญ/มิติ
ฮอคเคนเบอร์รี่-อีตันและคณะ ¹⁰	7-12 ปี	อาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายเด็กป่วยรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมากจนไม่มีแรงที่จะเคลื่อนไหวแขนขาหรือแม้กระทั่งลิ้มรส และไม่ต้องการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ในด้านจิตใจเด็กป่วยจะรู้สึกโกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย สับสน เศร้า และมีความรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ สมาธิลดลง อยากนอนหรือพักผ่อน	ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่ส่งผลทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผู้ให้ความหมาย	ช่วงวัย/ อายุ	ความหมาย	คำสำคัญ/มิติ
		ตลอดเวลา และไม่ต้องการถูกรบกวนหรือ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	
Macartney ¹¹	9-18	ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกี่ยวข้องกับพลังงานน้อยลงหรือความง่วง โดยเฉพาะหลังสิ้นสุดการเรียนรู้ในแต่ละวัน	ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและการเรียน
Hesham ¹²	6-18	อาการเหนื่อยที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย อาการเหนื่อยที่ต่อเนื่อง อาการเหนื่อยที่ต้องการพักผ่อน	อาการเหนื่อยที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย
รุจธรา แก้วตา ¹³	8-12	ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อล้าไปทั่วร่างกาย อ่อนเพลียอย่างมาก ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ตามปกติ มีกิจกรรมกับผู้อื่นลดลง อยากนอนหรือพักผ่อนเกือบตลอดเวลา อารมณ์แปรปรวน โกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย สับสน เคร้า รู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง รวมทั้งขาดความสนใจสิ่งต่างๆ และมีสมาธิลดลง	ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อล้าที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านอารมณ์

สรุปได้ว่าอาการอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้และบอกเล่าของบุคคลถึงความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อล้า มีอาการอ่อนเพลียอย่างมาก ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย อารมณ์ และรบกวนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms)

เป็นทฤษฎีทางการแพทย์ของเลนซ์และคณะ¹⁴ ที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการและเชื่อว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นเดี่ยว ๆ ร่วมกับอาการอื่นที่ประกอบด้วยมโนคติ หลัก 3 ด้าน (ภาพที่ 1)

1. อาการ (symptoms) หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจเกิดขึ้นอาการเดียวหรือเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ โดยแต่ละอาการเป็นประสบการณ์หลายมิติ (multidimensional experience) ประกอบด้วยความรุนแรง เวลา (ความถี่และความนาน) ความทุกข์ทรมาน และคุณลักษณะ ความรุนแรง สามารถประเมินได้เป็นตัวเลขและเป็นมิติที่มีการนำไปใช้มากที่สุด เช่นการประเมินความรุนแรงของอาการปวด

2. ปัจจัยหรือสาเหตุที่มีอิทธิพล (influencing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการ ที่ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

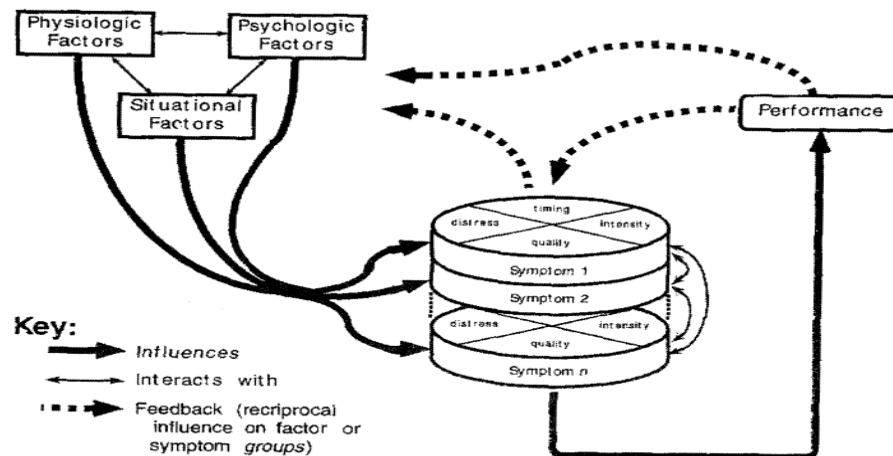
2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย (physiologic factors) คือ ภาวะของพยาธิสภาพหรือโรค

2.2 ด้านจิตใจ (psychological factors) คือ ภาวะทางจิตของบุคคล เป็นสภาพอารมณ์ ความวิตกกังวล ทำให้อาการมีความรุนแรงขึ้น มีความทุกข์ทรมานมากขึ้น

2.3 ด้านสถานการณ์ (situational factors) คือ ปัจจัยทางกายภาพและทางสังคม เช่นสภาพอากาศ เสี่ยง ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มีผลต่อการรับรู้อาการ

โดยปัจจัยทั้งสามด้านมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและอาจมีผลให้ความสัมพันธ์กันและอาจมีผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งกับอาการเปลี่ยนแปลงไป เช่น เด็กได้รับยาเคมีบำบัด (ปัจจัยด้านร่างกาย) อาจมีอาการเหนื่อยล้า (อาการ) และอาการเหนื่อยล้านี้เพิ่มสูงขึ้นถ้าระยะทางที่ผู้ป่วยเดินทางมารับยามีความยากลำบากและไกล (ปัจจัยด้านสถานการณ์) เทียบกับเด็กที่ไม่ต้องเดินทางลำบากจะมีอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า

3. ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (performance) ประกอบด้วยการทำงานที่ด้านร่างกาย (physical function) และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function)



14

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการอ่อนล้า

1. **ปัจจัยด้านร่างกาย** พบว่า ชนิดของโรคมะเร็ง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลไกการควบคุมการเกิดอาการอ่อนล้า โดยเกิดจากการควบคุมจากสมองส่วนกลาง (Central mechanism) ส่งผลให้การหลั่งของสารสื่อประสาทซีโรโโทนินเพิ่มขึ้นทำให้ความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง และการควบคุมจากประสาทส่วนปลาย (Peripheral fatigue) มีเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนหรือการเผาผลาญ ทำให้เกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงทำให้เด็กโรคมะเร็งเกิดอาการอ่อนล้าได้¹⁵ นอกจากนี้เด็กโรคมะเร็งยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยพบระดับของ Absolute neutrophil count ต่ำกว่า 1000 จะส่งผลต่อความรุนแรงของอาการ อ่อนล้าที่เพิ่มขึ้น¹⁶ เช่นกัน นอกจากนี้ความไม่เพียงพอของสารน้ำและสารอาหาร เช่น เด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ก็ส่งผลต่อการเกิดอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้น¹⁷ สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีระดับของฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่า 10 g/dl มีผลต่อการเกิดอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน¹⁸ ในส่วนของพัฒนาการของเด็กโรคมะเร็ง พบว่า ระดับการรู้สติและอายุ มีผลต่อการรับรู้ถึงอาการอ่อนล้า โดยพบว่าอายุที่แตกต่างกันเป็นปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ของการเกิดอาการอ่อนล้าที่แตกต่างกันซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการทางด้านความคิดและสติปัญญารวมไปถึงความสามารถในการแสดงออกของการรับรู้ต่อประสบการณ์ของการเกิดอาการอ่อนล้าของแต่ละบุคคลด้วย⁹

2. **ปัจจัยทางด้านจิตใจ** ได้แก่ ด้านอารมณ์และการรับรู้ ซึ่งด้านอารมณ์จะเกี่ยวข้องกับสภาวะทางด้านอารมณ์ที่ไม่คงที่หรือมีอารมณ์แปรปรวน โดยพบว่า เด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ เช่น ความสามารถในการควบคุมอารมณ์โกรธและความเครียดได้ลดลง โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นจะมีความรู้สึกต่อการเผชิญความเครียดมากกว่าวัยเด็กโรคมะเร็ง¹⁹ นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการอ่อนล้าได้ ดังนั้นในการประเมินอาการอ่อนล้าผู้ดูแลต้องคำนึงถึงการประเมินทางด้านจิตใจของเด็กโรคมะเร็งในแต่ละช่วงวัยด้วยเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมรูปแบบของการจัดการอาการอ่อนล้าได้ตรงตามสภาพของเด็กโรคมะเร็ง

3. **ปัจจัยทางด้านสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่มีผลจากอาการอ่อนล้า** เด็กโรคมะเร็งจะเกิดอาการตื่นบ่อยในตอนกลางคืน นอนหลับยาก นอนหลับมากเกินไปทำให้เด็กโรคมะเร็งเกิดอาการอ่อนล้า โดยพบว่า อาการนอนหลับแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่อาการอ่อนล้าที่เพิ่มขึ้น¹⁸ และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อาทิเช่น เสียง แสง อุณหภูมิ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการรบกวนการนอนหลับในตอนกลางคืนของเด็กโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังพบว่า เครื่องมือทางการแพทย์ เสียงพูดคุยของญาติหรือพยาบาล กลิ่นยา เคมี หรืออุปกรณ์ต่างๆ

²⁰ ส่งผลทำให้เกิดอาการนอนหลับแปรปรวน และการเข้า – ออกห้องของผู้ป่วยบ่อยๆก็นำไปสู่จำนวนครั้งของการตื่นบ่อยๆในตอนกลางคืนและนำไปสู่ระยะเวลาในการนอนหลับที่ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเกิดอาการอ่อนล้า

ผลกระทบของการเกิดอาการอ่อนล้า

ผลกระทบของการเกิดอาการอ่อนล้าเกิดขึ้นจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่งผลรบกวนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคม และสติปัญญาจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา มีนักวิชาการและนักวิจัยได้กล่าวไว้ตามมิติด้านสุขภาพดังนี้ (ตาราง2)

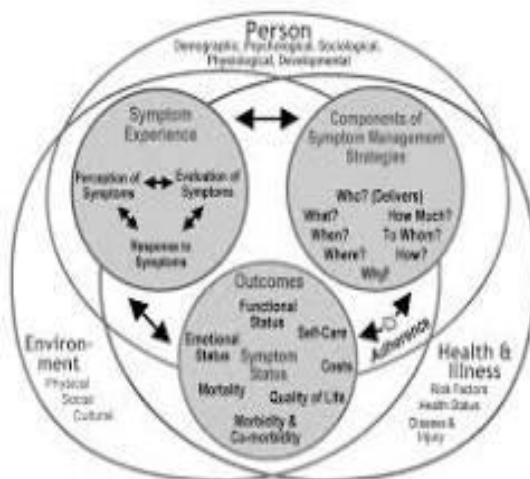
ผู้ศึกษา	ช่วงวัย/ อายุ	ผลกระทบ			
		มิติด้านร่างกาย	มิติด้านจิตใจ	มิติด้านสังคม	มิติด้านสติปัญญา
อิริคสันและคณะ ⁷	ศึกษาติดตามระยะยาวในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น	ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ แม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
วูและคณะ ²¹	7-18 ปี				ผลกระทบต่อสติปัญญาและกระบวนการรู้คิดคือ ทำให้สมาธิความสามารถในการคิดและความจำลดลง
เรซี-เดคอร์ดีและคณะ ²² วูดเกตและดีเนอร์ ²³	วัยเรียน	การนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานจากการเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่น อาการอ่อนล้า และการติดเชื้อในร่างกาย ทำให้เด็กป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเด็กปกติในวัยเดียวกันจากการมีเรื้อรังน้อย		การถูกจำกัดกิจกรรมรวมทั้งพบปะหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ญาติ พี่น้อง เพื่อน และคนในชุมชนลดลง ทำให้เกิดรู้สึกแยกถูกแยกจากครอบครัว เพื่อน และสังคม ประกอบกับผลกระทบจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผมร่วง ผอม ทำให้เด็กป่วยรู้สึกอับอาย ด้อยค่า เป็นปมด้อย และอาจส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมได้	
จกกลนี อุตตมะและคณะ ²⁴			มีอาการมึนแปรปรวน โกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย สับสน เศร้าขาดความสนใจสิ่งต่างๆ และมีสมาธิลดลง ทำให้เด็กป่วยรับรู้ถึงความสามารถที่ลดลงของตนเอง รู้สึกสูญเสียความเป็น		

ผู้ศึกษา	ช่วงวัย/ อายุ	ผลกระทบ			
		มิติด้านร่างกาย	มิติด้านจิตใจ	มิติด้านสังคม	มิติด้านสติปัญญา
			ตัวของตัวเอง เนื่องจากไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ ตามปกติ และไม่สามารถ ทำในสิ่งที่ ตนเองต้องการ เช่นเดียวกับเด็กวัย เดียวกัน ทำให้เกิด ความรู้สึกว่าตนเอง เป็นภาระของผู้อื่น คับข้องใจ เกิดการ เปรียบเทียบ รู้สึกมี ปมด้อย เกิดภาวะตั้ง เครียดทางอารมณ์ โกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย กังวล สับสน เศร้า และ เกิดการแยกตัวได้		
ภววรรณตรี พลเยี่ยม และคณะ ¹⁷					ประสบการณ์การเกิด อาการอ่อนล้าของเด็ก โรคมะเร็งทำให้เด็ก โรคมะเร็งมี ความสามารถการ เรียนรู้การแก้ไขปัญหา ได้ช้าลง

เด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเมื่อเกิดอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้นผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กโรคมะเร็งเป็นอย่างมากซึ่งปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญและเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model [SMM])

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดการจัดการอาการที่มีการนำมาใช้ในการจัดการอาการที่พบของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วย 1) ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (theory of unpleasant symptoms) เป็นผลจากการพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลของเลนซ์และคณะ¹² ที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการและเชื่อว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นเดี่ยว ๆ หรืออาจเกิดร่วมกับอาการอื่นที่ประกอบด้วยมโนคติหลัก 3 ด้านคือ อาการ ปวดจี้หรือสาเหตุที่มีอิทธิพล และผลลัพธ์การทำหน้าที่ และ 2) กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model [SMM])¹⁴ เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งประกอบไปด้วยมโนคติหลัก 3 ด้านคือ ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายและนำมาใช้ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งอย่างแพร่หลาย รวมทั้งนำมาเป็นกรอบในการวิจัย ในบทความนี้เน้นการจัดการอาการตามแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ²⁵ ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 แบบจำลองการจัดการอาการของดอตต์และคณะ²⁵

ดอตต์และคณะ²⁵ มีความเชื่อว่ามีกลไกบางอย่างที่เกิดขึ้นร่วมกัน ทำให้การเกิดอาการมีความสัมพันธ์กันมีการเสริมฤทธิ์กันส่งผลให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สบาย และเมื่ออาการไม่ลดลง บุคคลจะหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการจนกว่าอาการที่เกิดขึ้นจะลดลงหรือหายไป ซึ่งประกอบด้วย มโนคติหลัก 3 ด้าน คือ

1. ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มี ต่อความเจ็บป่วย ที่มีความเป็นพลวัตรและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ การรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ

1.1 การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) คือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไป ตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น

1.2 การประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms) คือ การประเมิน ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบด้วย ลักษณะ ความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดของอาการ รวมถึงผลกระทบของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms) คือ การเปลี่ยนแปลงจากอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคล อาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2. วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกับอาการของบุคคล โดยมีเป้าหมายของการจัดการอาการ เพื่อชะลอเวลาของอาการทางลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ด้านชีวภาพ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ และวิธีดูแลตนเองของบุคคล การจัดการอาการที่เกิดขึ้นเริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการของบุคคลเพื่อค้นหาวิธีในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการจัดการเป็นแบบพลวัตร สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การตอบสนองต่อการจัดการอาการนั้นมีทั้งได้ผลและไม่ได้ผลหากใช้วิธีใดวิธีหนึ่งแล้วไม่ได้ผลในทางที่ดีขึ้นก็ควรเปลี่ยนเป็นวิธีอื่น โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดวิธีการจัดการอาการ รูปแบบของวิธีการจัดการอาการเป็นแบบคำถามที่ประกอบด้วย จะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการ โดยใคร (Who) จัดการให้ใคร (Whom) และจัดการอย่างไร (How) ซึ่งวิธีจัดการอาการที่บุคคลนำมาใช้อาจมาจากบุคคลเอง ครอบครัว สังคม คำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วย

3. ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นตัววัดผลของวิธีการจัดการอาการ และจากประสบการณ์อาการ โดยสามารถประเมินจากผลลัพธ์ 8 ประการ ได้แก่ สภาวะของอาการ (Symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) การดูแลตนเอง (Self - care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Costs) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity) อัตราการตาย (Mortality) และสภาวะทางด้านอารมณ์ (Emotional status)

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็ง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพที่ช่วยจัดการอาการข้างเคียงโดยเฉพาะอาการอ่อนล้า ซึ่งพยาบาลมีส่วนสำคัญในการช่วยให้เด็กและครอบครัวเผชิญและแก้ไขอาการอ่อนล้าได้ ดังนี้

1. การประเมินอาการอ่อนล้า เป็นการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้ป่วยเองมีความสำคัญมากกว่าอาการที่แสดงซึ่งสามารถสังเกตได้ โดยการประเมินอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็งสามารถประเมินได้จากอาการที่เกิดขึ้น 4 มิติ¹⁴ คือ

1.1 ความรุนแรง (Intensity) เป็นการประเมินในการจำแนกเกี่ยวกับ ระดับของความรุนแรง (Degree) ความทน (Strength) ความร้ายแรง (Severity) ของอาการที่เกิดขึ้น โดยมีการใช้เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าด้วยการวัดโดยใช้แบบประเมิน Numerical rating scale เด็กโรคมะเร็ง⁷ นอกจากนี้ยังมีแบบประเมิน The Staff Fatigue Scale (SFS) พร้อมกับเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการอ่อนล้าโดยผู้ป่วยเด็ก (The Childhood Fatigue Scale: CFS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุ 7-12 ปี ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและมีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับสูงที่ 0.84 (Cronbach's alpha) สามารถใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นครอบคลุมทั้งอาการทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจได้อย่างชัดเจน ลักษณะคำถามมีความกระชับได้ใจความ ง่ายต่อความเข้าใจตามระดับพัฒนาการของเด็กวัยเรียน จึงทำให้เด็กสะดวกและใช้ระยะเวลาสั้นในการทำแบบประเมิน²⁶ แบบสอบถามอาการอ่อนล้าแบบหลายมิติ(The Multidimensional Fatigue Scale; MFS) ของวาร์นีย์²⁷ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด ถามถึงอาการอ่อนล้าของเด็กป่วย โดยแบ่งแบบสอบถามตามกลุ่มอายุของเด็กป่วย ได้แก่การรายงานจากผู้ดูแลในเด็กเล็กมาก อายุ 2-4 ปี และการรายงานทั้งจากตัวเด็กและผู้ดูแลในเด็กอายุตั้งแต่ 5-18 ปี แบ่งเป็นเด็กช่วงอายุ 5-7 ปี 8-12 ปี และ 13-18 ปี และบิดามารดาของเด็ก (The Parent Fatigue Scale: PFS) ที่พัฒนาขึ้นโดยฮอคเคนเบอร์รี่ และคณะ¹⁰ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินด้านความรุนแรงของอาการอ่อนล้าด้านร่างกายและด้านจิตใจในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุ 7-12 ปีตามการรับรู้ของพยาบาล

1.2 ความทุกข์ทรมาน (Distress) เป็นความรู้สึกกังวลใจที่สะท้อนจากประสบการณ์ของการเกิดอาการที่เกิดขึ้นโดยระดับความทุกข์ทรมานของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไป เช่น บุคคลที่ได้ที่รับยาเคมีบำบัดที่จำนวนครั้งที่แตกต่างกันจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการอ่อนล้าที่ต่างกัน⁸ โดยพบว่าระดับของความทุกข์ทรมานจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นด้วย

1.3 เวลา (Time) ช่วงเวลาที่เกิดอาการและความถี่ของการเกิดอาการ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าจะมากที่สุดในช่วงที่ได้รับการรักษา²⁸ การรับรู้ถึงการเกิดอาการอ่อนล้าในช่วงเวลาที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ช่วงเวลาของการเกิดอาการอ่อนล้าเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการประเมินการเกิดอาการอ่อนล้า การบันทึกลักษณะของอาการอ่อนล้าเป็นการบันทึกประจำวัน²⁹ มีการศึกษาพบว่า ลักษณะของแบบแผนการเกิดอาการอ่อนล้า ในเด็กโรคมะเร็งหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีระดับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าสูงสุดในช่วงวันที่ 2 ถึงวันที่ 5 และจะค่อยๆลดระดับความรุนแรงลง จากนั้นจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดในรอบใหม่ และการบันทึกการเกิดอาการอ่อนล้า เป็นการเปรียบเทียบความถี่ ระดับความรุนแรงและระดับความทุกข์ทรมานของการเกิดอาการอ่อนล้าในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน^{7,8} ทำให้พยาบาลสามารถทราบถึงช่วงเวลาที่เด็กโรคมะเร็งจะเกิดอาการอ่อนล้าและจัดการอาการอ่อนล้าได้เหมาะสม

1.4 คุณภาพ (Quality) เป็นการอธิบายแต่ละอาการที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งถือเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะความแตกต่างของสภาวะของโรคจากหนึ่งโรคไปจนถึงโรคอื่นๆ เครื่องมือที่ประเมินถึงคุณภาพของอาการที่เฉพาะเจาะจง

ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยในการอธิบายอาการได้ชัดเจนและความแตกต่างของประสบการณ์ของการเกิดอาการในแต่ละบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กมะเร็ง Pediatric Quality of Life Inventory 3.0 Cancer Module Scale (PedsQLTM 3.0) ของวารันนิ และคณะ²⁷ เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีการพัฒนาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กปกติ (PedsQLTM) เพื่อให้สามารถวัดคุณภาพชีวิตที่เกิดจากผลกระทบของโรค และการรักษาในเด็กป่วยแต่ละราย รวมทั้งมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของโรคมะเร็งได้เป็นอย่างดี ซึ่งเครื่องมือจะมีทั้งการประเมินจากการรับรู้ของผู้ดูแลและการประเมินจากการรับรู้ของเด็กป่วยเอง สามารถใช้ในเด็กอายุตั้งแต่ 2-18 ปี แบ่งตามกลุ่มอายุและลักษณะของการประเมิน ได้แก่ การรายงานจากผู้ดูแลในเด็กเล็กมาก อายุ 2-4 ปี และการรายงานทั้งจากตัวเด็กและผู้ดูแลในเด็กอายุตั้งแต่ 5-18 ปี แบ่งเป็นเด็กช่วงอายุ 5-7 ปี 8-12 ปี และ 13-18 ปี

2. การจัดการอาการอ่อนล้าเป็นรายบุคคลโดยสอนทักษะการจัดการอาการอ่อนล้าเพื่อลดความรุนแรงของอาการ โดยคำนึงถึงอายุและการพัฒนาการของเด็กอย่างเหมาะสม

3. การแบ่งกลุ่มเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีอาการอ่อนล้าและเลือกวิธีการบำบัดให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มดังนี้

3.1 กลุ่มที่ไม่มีอาการอ่อนล้าหรือมีอาการอ่อนล้าในระดับเล็กน้อย ให้เลือกวิธีการในการจัดการอาการอ่อนล้า ดังต่อไปนี้

3.1.1 ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา ให้พยาบาลบันทึกรายละเอียดของอาการอ่อนล้าประจำวันและปัจจัยที่สัมพันธ์อาการอ่อนล้าโดยบันทึกวันละ 1 ครั้ง

3.1.2. การลดการใช้พลังงานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการพักผ่อนนอนหลับ จัดสรร การปิด เปิด ไฟ ในห้องผู้ป่วยให้เป็นเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับอย่างเต็มที่ หรือ ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้งีบหลับในเวลากลางวัน ระยะเวลางีบหลับไม่ควรเกิน 30 นาที โดยไม่รบกวนการนอนหลับในเวลากลางคืน และไม่ควรงีบหลับหลังเวลา 15.00 น. เพราะจะรบกวนวงจรการนอนหลับในเวลากลางคืน การสงวนพลังงานโดยใช้พลังงานน้อยลงจะทำให้อาการอ่อนล้าบรรเทาได้^{10,31,32}

3.1.3. ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อช่วยเบี่ยงความรู้สึกจากอาการอ่อนล้า โดยเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง สนใจ ชอบ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ได้แก่ การฟังเพลง เล่นดนตรี เล่นเกมส์ หรือจัดกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วย³³

3.2 กลุ่มที่มีความรุนแรงของอาการอ่อนล้าในระดับปานกลางถึงมาก พยาบาลควรเสนอวิธีการจัดการอาการอ่อนล้าโดยมีการหารือกับผู้ปกครองเด็กโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ปกครองและเด็กโรคมะเร็งได้มีการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการอ่อนล้าตามความชอบและเหมาะสมเป็นรายบุคคล โดยเลือกวิธีการดังนี้

3.2.1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม³⁴

3.2.2. พิจารณาส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสภาพด้วยการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพ ฝึกความทนทานการทำงานของหัวใจและการทำงานของระบบหายใจ สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัดควรเลือกชนิดของการออกกำลังกายให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การออกกำลังกายโดยใช้ออกซิเจนชนิดออกแรงต่ำถึงออกแรงปานกลาง ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้รักษาทางกายภาพบำบัดในการออกแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย³⁵

4. การสนับสนุนด้านจิตใจด้วยวิธีการปรับความคิดความรู้สึกต่ออาการอ่อนล้าแก่ผู้ปกครอง สมาชิกในครอบครัว และเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสมในแต่ละราย การเขียนระบายความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การควบคุมสิ่งเร้าที่มีผลต่อการนอนหลับ และสร้างสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ

5. กระตุ้นและส่งเสริมในกรณีที่เด็กมีปัญหาเรื่องอาหารและความอยากอาหาร โดยส่งเสริม ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เด็กและครอบครัวในการเพิ่มปริมาณอาหารและโปรตีน ความถี่ของการรับประทานอาหาร อาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก โรคมะเร็งเพื่อส่งเสริมภาวะด้านสารอาหาร³⁶

6. การจัดการอาการแปรปรวนจากการนอนหลับ ด้วยวิธีการส่งเสริมสุขภาพการนอนหลับให้มีความเหมาะสมเป็นรายบุคคล ควบคุมปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับในขณะที่เข้ารับการรักษาของเด็กโรคมะเร็ง³⁷ ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวด อาการพลิกตะแคงตัว การถ่ายปัสสาวะ และอาการไอ

6.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ส่งเสริมการลดความวิตกกังวลต่อครอบครัว ต่อความเจ็บป่วย ต่อการรักษา และการตรวจวินิจฉัยโรค

6.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ แสงไฟในเวลากลางคืนรบกวนการนอนของเด็ก เสียงดังของเด็กเล็ก ๆ หรือเสียงดังของพยาบาล เสียงเปิดปิดประตู เสียงล้อเลื่อนอุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ และ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การวัดสัญญาณชีพ การเจาะเลือด เป็นต้น การลดสิ่งรบกวนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบจะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอและบรรเทาอาการอ่อนล้าลงได้¹⁰

สรุป

การจัดการอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการอ่อนล้า ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีอิทธิพล และผลกระทบต่ออาการอ่อนล้า แนวคิดในการจัดการอาการ และบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการอ่อนล้าในเด็กโรคมะเร็ง เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการให้ความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ รวมถึงการพัฒนาการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อช่วยให้เด็กโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. The American Cancer Society. Key statistics for childhood cancers. [Internet]. [cited 2022 Nov 26]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/key-statistics.html>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf
3. Newton S, Hickey M, Brant JM. Mosby's oncology nursing advisor: a comprehensive guide to clinical practice. 2nd ed. St. Louis: Elsevier; 2017
4. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA Cancer J Clin. 2022;72:7-33. <https://doi.org/10.3322/caac.21708>
5. Neefjes EC, van der Vorst MJ, Blauwhoff-Buskermolen S, Verheul HM. Aiming for a better understanding and management of cancer-related fatigue. Oncologist 2013;18:1135-43.
6. Darezzo Rodrigues Nunes M, Jacob E, Adlard K, Secola R, Nascimento L. Fatigue and Sleep Experiences at Home in Children and Adolescents With Cancer. Oncol Nurs Forum 2015;42:498-506.
7. Erickson JM, Beck SL, Christian B, Dudley WN, Hollen PJ, Albritton K, Sennett MM, Dillon R, Godder K. Patterns of fatigue in adolescents receiving chemotherapy. Oncol Nurs Forum 2010;37:444-55.
8. Baggott C, Dodd M, Kennedy C, Marina N, Matthay KK, Cooper BA, Miaskowski C. Changes in children's reports of symptom occurrence and severity during a course of myelosuppressive chemotherapy. J Pediatr Oncol Nurs 2010;27:307-15.

9. Chiang YC, Yeh CH, Wang KW, Yang CP. The experience of cancer-related fatigue in Taiwanese children. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2009;18:43-9.
10. Hockenberry-Eaton M, Hinds PS. Fatigue in children and adolescents with cancer: evolution of a program of study. *Semin Oncol Nurs* 2000;16:261-72; discussion 272-8.
11. Macartney G, Stacey D, Harrison MB, VanDenKerkhof E. Symptoms, coping, and quality of life in pediatric brain tumor survivors: a qualitative study. *Oncol Nurs Forum* 2014;41:390-8. doi: 10.1188/14.ONF.390-398.
12. Hesham M, El-Dakhakhny AM, Bassam SEA, Fattah NRA, Abd Elaziz RAE. Perspective of children with cancer about cancer related fatigue: a single center experience. *Haematologica* 2014;99:219–219.
13. รุจขรา แก้วตา, ศรีมณา นิยมคำ, สุธิศา ล่ามช้าง. อาการอ่อนเพลียและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร* 2563;47:35-53.
14. Lenz ER, Gift A, Pugh LC, Milligan RA. Theory of unpleasant symptoms. In: Peternon SJ, Bredow TS, eds. *Middlerange theories: application to nursing research*. New York: Wolters Kluwer; 2013:68-81.
15. Ryan JL, Carroll JK, Ryan EP, Mustian KM, Fiscella K, Morrow GR. Mechanisms of cancer-related fatigue. *Oncologist* 2007;12:22-34.
16. Ream E, Gibson F, Edwards J, Seption B, Mulhall A, Richardson A. Experience of fatigue in adolescents living with cancer. *Cancer Nurs* 2006;29:317-26.
17. จิราพร วงษ์สุวรรณ, วนิดา เสนะสุทธิพันธ์, นงลักษณ์ จินตนาติลก, จริยา ทะรักษา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *ว. พยาบาลศาสตร์* 2559;34:16-27.
18. ศยามล รมพิพัฒน์. ปัจจัยทำนายภาวะอ่อนล้าของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *ว. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2556;21:595-608.
19. ภววรรณตรี พลเยี่ยม, สุพัฒนา ศักดิฐานนท์, พูลสุข ศิริพล. ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง. *ว. การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย* 2562;6:16-29.
20. Linder LA, Christian BJ. Nighttime sleep disruptions the hospital care environment and symptoms in elementary school-age children with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2012;39:553-61.
21. Wu M, Hsu L, Zhang B, Shen N, Lu H, Li S. The experiences of cancer-related fatigue among Chinese children with leukaemia: a phenomenological study. *Int J Nurs Stud* 2010;47:49-59.
22. Woodgate RL. Feeling states: a new approach to understanding how children and adolescents with cancer experience symptoms. *Cancer Nurs* 2008;31:229-38.
23. Reisi-Dehkordi N, Baratian H, Zargham-Boroujeni A. Challenges of children with cancer and their mothers: A qualitative research. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19:334-9.
24. จงกลนี อุตตมะ, ศรีพรรณ กันธวัง, จุฑารัตน์ มีสุขโข. ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ และสมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการดูแลเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีอาการอ่อนเพลียจากเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร* 2559;43:1-12.
25. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, Lee K, Miaskowski C, Puntillo K, Rankin S, Taylor D. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* 2001;33:668-76.
26. พัชรภา กาญจนอุดม, ญัฐฐา วรรณะวิโรจน์. การประเมินอาการอ่อนเพลียในเด็กป่วยโรคมะเร็ง. *Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University* 2559;3:138-48.

27. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the pediatric quality of life inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care* 2001;39:800-12.
28. Hockenberry MJ, Hinds PS, Barrera P, Bryant R, Adams-McNeill J, Hooke C, Rasco-Baggott C, Patterson-Kelly K, Gattuso JS, Manteuffel B. Three instruments to assess fatigue in children with cancer: the child, parent and staff perspectives. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25:319-28.
29. Miller E, Jacob E, Hockenberry MJ. Nausea, pain, fatigue, and multiple symptoms in hospitalized children with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2011;38:E382-93.
30. Hinds PS, Hockenberry M, Rai SN, Zhang L, Razzouk BI, McCarthy K, Cremer L, Rodriguez-Galindo C. Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2007;34:393-402.
31. Zupanec S, Jones H, Stremmler R. Sleep habits and fatigue of children receiving maintenance chemotherapy for ALL and their parents. *J Pediatr Oncol Nurs* 2010;27:217-28.
32. Hinds PS, Hockenberry M, Rai SN, Zhang L, Razzouk BI, McCarthy K, Cremer L, Rodriguez-Galindo C. Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2007;34:393-402.
33. Lopes-Júnior LC, Bomfim EO, Nascimento LC, Nunes MD, Pereira-da-Silva G, Lima RA. Non-pharmacological interventions to manage fatigue and psychological stress in children and adolescents with cancer: an integrative review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016;25:921-35.
34. Silva MC, Lopes LC Júnior, Nascimento LC, Lima RA. Fatigue in children and adolescents with cancer from the perspective of health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem* 2016;24:e2784.
35. Mustian KM, Sprod LK, Janelins M, Peppone LJ, Mohile S. Exercise recommendations for cancer-related fatigue, cognitive impairment, sleep problems, depression, pain, anxiety, and physical dysfunction: A Review. *Oncol Hematol Rev* 2012;8:81-88.
36. Ladas EJ, Arora B, Howard SC, Rogers PC, Mosby TT, Barr RD. A framework for adapted nutritional therapy for children with cancer in low- and middle-income countries: a report from the SIOP PODC nutrition working group. *pediatr blood cancer* 2016;63:1339-48.
37. Sheikh IN, Roth M, Stavinoha PL. Prevalence of sleep disturbances in pediatric cancer patients and their diagnosis and management. *Children (Basel)* 202;8:1100.

บทความวิชาการ

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Received: 25 October 2023
 Revised: 17 December 2023
 Accepted: 20 December 2023

จิราพร สุวะมาตย์ พย.ม.¹สิปปัตถ์วัฒน์ มณีวรรณ น.บ.²จเร ศรีมีชัย พย.ม.³

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคนานและรักษาไม่หายขาด เมื่อประชาชนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมและค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของประเทศชาติ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย การติดตามและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้และสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ ดังนั้นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการการพัฒนา โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นเทคโนโลยีเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสุขภาพ โดยเลือกใช้วิธีการทางเทคโนโลยีสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสอดคล้องกับบริบทในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะตามลักษณะของโรคและมีกระบวนการจัดการข้อมูลของผู้ป่วยที่ถูกต้องตามกฎหมาย ป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำสำคัญ: เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

^{1*} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author: E – mail : jiraporn.s@bcn.ac.th

² อาจารย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Applications of Health Information and Communication Technologies for Care of Patients with Non-Communicable Diseases

Received: 25 October 2023

Revised: 17 December 2023

Accepted: 20 December 2023

Jiraporn Suvamat, MSN.¹

Sibthawat Maneewan, LLB.²

Jarae Srimeechai, MSN.³

Abstract

Non-communicable diseases are diseases related to lifestyles with a long duration and incurable. When people have chronic diseases affects to the economy, society, and well-being, and national health expenses as well. Prevention and control of chronic disease involves reducing the risk factors of chronic disease. The use of technology is an option that can increase efficiency in providing information to patients, increase monitoring and stimulate behavior change. Moreover, the use of technology increase access to health services, and increase continuous and consistent communication connections between health personnel and patients. The use of technology is a strategy that increase patients self-management and improve their behavior, especially patients with non-communicable diseases who are able to take care of themselves and have access to technology. Therefore, applying health information and communication technology to nursing is significant issues resulting in improved health behaviors and health outcomes. Therefore, technology can be a strategy to improving the quality of health services by choosing technology that is accessible simple and relevant to the patient's daily life context responding to specific needs and characteristics of the disease, including having process for managing patient information that is legal to prevent violation of personal information.

Keywords: Health Information Technologies, Patients care, Non-Communicable Disease

¹ Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok , Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Instructor, Faculty of Laws Thaksin University

³ Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok ,Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรคกลุ่ม NCDs (Non communicable diseases) เป็นโรคที่เกี่ยวกับนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของบุคคล เป็นกลุ่มโรคมีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน การดำเนินโรคซ้ำมีการสะสม และการก่อตัวของโรคเกิดขึ้นทีละน้อยและไม่สามารถรักษาให้หายขาด โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยและยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด⁽¹⁾ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย ในระยะเวลาช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบอัตราผู้เสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่ามีอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปี 2560 เป็น 113.93 ต่อ 100,000 ประชากร และเพิ่มเป็น 128.10 ต่อ 100,000 ประชากรในปี 2564⁽²⁾ การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหนึ่งโรคเป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา เช่น บุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือดในอัตราสูง⁽³⁾ เมื่อมีประชาชนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมและความเป็นอยู่ของครอบครัว และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของประเทศชาติด้วย

การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขวางเป้าหมายในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดผลลัพธ์ของการจัดบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCD) ที่มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ กลุ่มผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้และได้รับการคัดกรองป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการดำเนินงานที่สอดคล้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ซึ่งการดำเนินการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิที่สามารถเชื่อมต่อบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้อย่างต่อเนื่องรวมทั้งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรกลุ่มเสี่ยง⁽⁴⁾

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมที่นับวันยิ่งจะทำให้ระบบต่างๆ พัฒนาก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้น จากอดีตเราเคยใช้โทรศัพท์สำหรับพูดติดต่อสื่อสารเท่านั้น แต่ปัจจุบันพื้นฐานของเทคโนโลยีมีประโยชน์ในระบบการบริหารจัดการข้อมูลและสร้างข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับชุมชน นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสารโทรคมนาคมยังส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขอีกด้วย เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพมีทั้งรูปแบบผ่านแอปพลิเคชันในคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบเทคโนโลยีทั้งการส่งเป็นข้อความหรือการโต้ตอบด้วยเสียง ในต่างประเทศมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ยังสามารถดำเนินชีวิตด้านการประกอบอาชีพหรือดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ตามปกติและเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ โดยในทางการแพทย์มี telehealth nursing โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการติดตามให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยี เช่น computers, audio and visual accessories, and telephones สามารถอำนวยความสะดวกและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลได้⁽⁵⁾ ในประเทศไทยมีการขับเคลื่อนนโยบาย eHealth พัฒนาประสิทธิภาพในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ การบริหารจัดการสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพในด้านการพัฒนาระบบประมวลผลฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ เช่น จัดทำระบบ National Refer data xChange (nRefer) พัฒนาระบบ EOC เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน เป็นต้น⁽⁶⁾ มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีในผู้สูงอายุพบว่ามีความพึง

พอใจในการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตเพราะสามารถติดตามสถานการณ์ปัจจุบัน และใช้หาข้อมูลทางสุขภาพเพื่อ การมีสุขภาพที่ดี ค้นหาวิธีการและยารักษาโรค ค้นหาข้อมูลทั่วไปและอาการของโรค (7)

จะเห็นว่าเทคโนโลยีสามารถเพิ่มคุณภาพทั้งด้านการบริหารจัดการ การบริการทางสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนมากขึ้น สามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆโดยการใช้เทคโนโลยีได้ง่ายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสมาร์ตโฟน หรือแอปพลิเคชันต่างๆ การใช้ เทคโนโลยีจึงเป็นทางเลือกที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพิ่มการติดตามและกระตุ้นการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค เพิ่มการเข้าถึงบริการ ทางสุขภาพ เพิ่มการเชื่อมต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นกลยุทธ์ที่ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการควบคุมโรคได้ด้วยตนเองและมีพฤติกรรมที่ยั่งยืน (8) ดังนั้นการนำเทคโนโลยีมา ประยุกต์ใช้ทางการแพทย์จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการการพัฒนา โดยเลือกใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่าย เหมาะสม กับบริบทในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความต้องการเฉพาะของลักษณะปัญหาหรือโรคของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งบทความ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและแนวทางการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลระยะยาว ในปัจจุบันมีการ จัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่หลากหลายลักษณะ (9)

1.1 การดูแลระยะยาวแบบเน้นชุมชนเป็นฐานการดูแลตามแนวคิดของการดูแลระยะยาวแบบเน้น ชุมชนเป็นฐาน เป็นการจัดการดูแลให้แก่ผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลแบบใกล้ชิดไม่มากนัก (Least intense) โดย ต้องการความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยที่บ้านหรือในชุมชน การจัดการดูแลจึงมุ่งเน้นชุมชนเป็นฐาน (Community-based services) ได้แก่ ศูนย์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระบบการดูแลแบบครอบครัวอุปถัมภ์ การดูแลที่บ้าน การรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง

1.2 การดูแลระยะยาวที่เน้นสถานบริการสุขภาพเป็นฐานเป็นรูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีความ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (Most intense) เป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแย่ง ต้องการความช่วยเหลือจาก ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ บ้านพักที่อาศัยเป็นกลุ่ม ศูนย์ช่วยเหลือการดำเนินชีวิต สถานบริบาล โรงพยาบาลที่ให้การดูแล ระยะยาว สถานบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.3 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) วากเนอร์ (10) พัฒนารูปแบบการดูแลโรค เรื้อรัง (Chronic care model : CCM) เป็นการบริหารจัดการโรคเรื้อรังเชิงระบบที่เน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยยังคงมี สุขภาพดีเท่าที่เป็นไปได้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ระบบสุขภาพองค์กรและการดูแลสุขภาพ ระบบสารสนเทศทางคลินิก ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการจัดการดูแล ตนเอง นโยบายและทรัพยากรของชุมชน

1.4 รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded Chronic Care Model) ในปีค.ศ. 2002 กลุ่ม นักวิชาการสุขภาพในประเทศแคนาดา ทำการปรับปรุงรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังใหม่และให้ชื่อว่า รูปแบบการดูแล โรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded chronic care model : ECCM) เนื่องจาก CCM มีลักษณะเน้นการดูแลใน โรงพยาบาล จึงไม่มีรายละเอียดในเรื่องของการป้องกันโรคที่ต้องเชื่อมโยงการทำงานในชุมชนอย่างชัดเจนรูปแบบการ ดูแลโรคเรื้อรังแบบขยายจึงเพิ่มความสำเร็จในส่วนชุมชน ให้มากขึ้นโดยขยายองค์ประกอบของชุมชนเป็น 3

องค์ประกอบได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีต่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และ 3) ปฏิบัติการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน⁽¹¹⁾

1.5 นวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework) ในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลก⁽¹²⁾ ได้พัฒนานวัตกรรมการดูแลโรคเรื้อรังโดยใช้ชื่อว่า WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC) เป็นรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน รูปแบบนี้ให้แบ่งการจัดการดูแลโรคเรื้อรังเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับของผู้ป่วยและครอบครัว ระดับระบบบริการสุขภาพและชุมชนและระดับนโยบาย เป็นรูปแบบที่มุ่งให้เกิดการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่ายอย่างผสมผสานและมีความต่อเนื่องกันในทุกระดับ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดำเนินการในแต่ละระดับมีรายละเอียด

1. ระดับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับบุคลากรทีมรักษา และสมาชิกในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น มีข้อมูลเพียงพอ และเกิดแรงจูงใจ

2. ระดับระบบบริการสุขภาพและความเชื่อมโยงชุมชน เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริการสุขภาพและองค์ประกอบของชุมชน แบ่งเป็น

2.1 การบริหารจัดการภายในองค์กรสุขภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่อง กระตุ้นให้เกิดความเท่าเทียมผ่านภาวะผู้นำและการให้รางวัล จัดระบบและทีมบริการสุขภาพ การใช้ระบบข้อมูลและการสนับสนุนการป้องกันและการจัดการดูแลตนเอง

2.2 การเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ สร้างความตระหนักและลดตรรกะสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผ่านการสนับสนุนของผู้นำชุมชน จัดสรรและประสานการทำงานของแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ และการจัดบริการอย่างสมบูรณ์แบบ

3. ระดับปัจจัยแวดล้อมด้านนโยบาย) ได้แก่ เสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย การบูรณาการนโยบาย สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการใช้มาตรการทางกฎหมาย จัดหาผู้นำและการขับเคลื่อน และพัฒนาและจัดสรรกำลังคน

สำหรับประเทศไทยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้นำ ICCC มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินงานคลินิก NCDs คุณภาพ (โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเน้นในด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้เกิดการทำงานแบบภาคีเครือข่ายอย่างผสมผสานต่อเนื่องในระยะยาวจนส่งผลให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้น⁽¹³⁾ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบันที่เกิดโรคอุบัติใหม่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจจะขาดความต่อเนื่องทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของบุคลากรทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับความสนใจและควรพัฒนาต่อไป

2. เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

Health information technologies (HITs) คือ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and communication technology (ICT) เพื่อสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชันในคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบเทคโนโลยี เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพเพื่อให้บริการทางสุขภาพ ในด้านการป้องกันโรค, การวินิจฉัย, การรักษา, การตรวจสุขภาพ, จัดการข้อมูลการรับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพการ

ดูแลรักษา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถใช้ HITs เพื่อการดูแลภาวะสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้

เมื่อเปรียบเทียบการให้ความรู้ทางสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่แบบตัวต่อตัวหรือการให้ความรู้ผ่านเอกสารที่เป็นกระดาษ กับการให้ความรู้โดยใช้เทคโนโลยี พบว่าการให้ความรู้ผ่านเทคโนโลยี บุคลากรทางสุขภาพสามารถเลือกวิธีการให้ความรู้ได้มากขึ้น ทั้งการใช้ภาพ VDO คลิปเสียงรวมทั้งการใช้เนื้อหาจากแอปพลิเคชันต่างๆ เช่น virtual support groups, IVR, mobile health applications เป็นต้น ช่วยเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และสามารถสร้างวิธีการประเมินผลได้หลากหลายรูปแบบ⁽¹⁴⁾

การใช้ Health information technologies ทั้งการใช้อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือเพื่อให้ข้อมูลทางสุขภาพมีอย่างแพร่หลายในประเทศที่พัฒนาแล้ว ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านการสื่อสารออนไลน์ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ผ่านโทรศัพท์มือถือ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นการเพิ่มการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค การติดตามเฝ้าระวังและการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1 ประเภทของ Health information technologies

Web-based education ปัจจุบันมีการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลายเนื่องจากมีการพัฒนาอินเทอร์เน็ตให้มีความพร้อมในการใช้งานมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่แสวงหาความรู้ทางสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต สำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนเพื่อดูแลให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบว่าสามารถอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเดินทางมาโรงพยาบาลได้⁽⁵⁾ จะเห็นว่าอินเทอร์เน็ต เป็นช่องทางที่ผู้ป่วยแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ได้รับไม่เพียงพอในระบบบริการ และนับว่าอินเทอร์เน็ต เป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัวและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจุบันจึงมีการพัฒนาการใช้ web-based มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

Short message service (SMS) texting เป็นประเภทที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งการแจ้งเตือนเพื่อนัดหมาย กระตุ้นการออกกำลังกาย กระตุ้นการลดน้ำหนัก ควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน การสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพผ่าน SMS สามารถเพิ่มความรู้และเพิ่มการสะท้อนตนเองของผู้ป่วยได้ แต่มีการสำรวจความต้องการการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา พบว่าผู้ป่วยต้องการใช้รูปแบบข้อความน้อยที่สุด เนื่องจากการใช้รูปแบบข้อความ ในการสื่อสารหากข้อความมีจำนวนมากจะมีโอกาสในการเข้าใจความหมายของข้อมูลนั้นผิดได้สูง⁽¹⁵⁾

Mobile apps หรือ “Mobile Computing” หมายถึง อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ทั้งสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ เป็นระบบที่นิยมประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้ป่วยสามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันต่างๆผ่านทางสมาร์ทโฟน ที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เนื่องด้วยการใช้สมาร์ทโฟนได้รับความนิยมมากขึ้น การดาวน์โหลดแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงได้รับความสนใจมากขึ้นเช่นกัน จึงมีการสร้างแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องโรคไตเพื่อติดตามการทำงานของไต โดยผู้ใช้กรอกข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และประมวลผล สามารถสอบถามความรู้ต่างๆจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในระบบได้โดยการใช้ที่อยู่อีเมลล์แต่การดาวน์โหลดมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง จึงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ

Interactive Voice Response คือการติดต่อสนทนาโต้ตอบโดยการใช้เสียงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในความสามารถด้านการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งมักใช้การสื่อสารผ่านโทรศัพท์โดยเป็นการ

สนทนาสั้นๆเพื่อการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเอง ส่งเสริมการสะท้อนตนเอง และช่วยในการกำกับติดตามผู้ป่วย เป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย⁽⁵⁾

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า Health information technologies (HITs) คือ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and communication technology (ICT) เพื่อสุขภาพ ผ่าน application ในคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบเทคโนโลยี ไม่ว่าจะเป็นการใช้ Web-based education, Short message service (SMS) texting, Mobile apps, Interactive Voice Response เพื่อเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพเพื่อให้บริการทางสุขภาพ ในด้านการป้องกันโรค, การวินิจฉัย, การรักษา, การตรวจสุขภาพ, จัดการข้อมูลการรับบริการทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลรักษา

3. ข้อกฎหมายกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นช่องทางที่ต้องมีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประกอบการให้การพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องให้ความสำคัญกับการจัดการข้อมูลที่เป็นส่วนตัวของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นได้หากมีการนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง ปัจจุบันในประเทศไทยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เป็นพระราชบัญญัติที่มีความสำคัญ ซึ่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2565⁽¹⁶⁾ เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มของการเกิดการละเมิดสิทธิในข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิความเป็นส่วนตัวที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปแสวงหาประโยชน์หรือเปิดเผยโดยมิชอบ หรือโดยไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูล เพื่อประโยชน์ในทางการค้าหรือเพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ในการกระทำความผิดต่างๆ จึงมีการผลักดันให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ครอบคลุมข้อมูลที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว หรือ Sensitive Personal Data โดยข้อบังคับกฎหมายนี้จะให้ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เช่น การศึกษา สถานะการเงิน ประวัติสุขภาพ ประวัติการทำงาน และข้อมูลส่วนบุคคลประเภทอื่น ๆ เช่น ลายพิมพ์นิ้วมือ บันทึกเสียง เลขบัตรประชาชน หรือข้อมูลการใช้งานเว็บไซต์ เพื่อประโยชน์โดยที่เจ้าของข้อมูลที่มีได้ให้ยินยอม โดยกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) นี้ให้สิทธิกับเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสร้างมาตรฐานการรักษาข้อมูลส่วนบุคคลให้ปลอดภัยและนำไปใช้ให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่เจ้าของข้อมูลอนุญาต⁽¹⁷⁾ ซึ่งเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล มีสิทธิในการได้รับแจ้งให้ทราบก่อนทำการเก็บข้อมูล สิทธิในการขอเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิในการคัดค้านการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิขอให้ลบหรือทำลาย สิทธิในการเพิกถอนความยินยอม สิทธิในการขอระงับการใช้ข้อมูล สิทธิในการขอให้แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล และสิทธิในการขอให้โอนข้อมูลส่วนบุคคล หากมีการละเมิดคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) จะต้องมีโทษทั้งความรับผิดทางแพ่ง โทษอาญา โทษทางปกครอง⁽¹⁶⁾ ดังนั้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพหากมีระบบการบันทึกหรือเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อช่วยปกป้องข้อมูลของเจ้าของข้อมูลให้มีความปลอดภัยไม่ทำให้ข้อมูลเผยแพร่ออกไปโดยไม่ได้รับอนุญาต เป็นการลดความเสี่ยงจากการถูกละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลช่วยให้ประชาชนมั่นใจและเชื่อมั่นว่าข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้ไปจะปลอดภัยและบุคลากรทางสุขภาพก็จะได้รับข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นความจริงเพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

มีการศึกษาการควบคุมอาหารคาร์โบไฮเดรตที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงร่วมกับการกำกับติดตามทางโทรศัพท์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง และการกำกับติดตามทางโทรศัพท์เฉพาะราย 3-4 ครั้ง เป็นระยะทดลอง 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหารและพฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังการทดลองและระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลลดลงมากกว่าก่อนการทดลองร้อยละ 1.1 และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁸⁾ มีการใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันในการให้คำปรึกษาการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมและเพิ่มการเลือกอาหารที่มีคุณภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจในการได้รับคำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันและสามารถลดปริมาณการบริโภคโซเดียม เพิ่มคุณภาพอาหารที่บริโภค และส่งผลให้สามารถลดระดับความดันโลหิตได้⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ยังมีการใช้ Digital health Intervention ในสถานที่ทำงานเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเป็นแอปพลิเคชันที่สามารถใช้ในคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน โดยผู้ใช้งานจะใส่ข้อมูลสุขภาพเพื่อวิเคราะห์สถานะสุขภาพเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพและสามารถสอบถามข้อมูลได้ โดยจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ในระยะ 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ใช้ Digital health Intervention มีอายุเฉลี่ย 53 ปี และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ลงชื่อเข้าใช้ และพบว่าจำนวนครั้งที่เข้าใช้มีความสัมพันธ์กับการลดค่าความดันโลหิต น้ำหนัก และ BMI⁽¹⁴⁾ และยังพบว่าการพัฒนาแอปพลิเคชัน “PBCARE” ที่สามารถติดตั้งในสมาร์ทโฟน สำหรับติดตามการส่งข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยระบบจะแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชันให้ผู้ใช้งานบันทึกข้อมูลสุขภาพตนเองก่อนถึงวันนัดตรวจและรับยา ภายใน 7 วัน และส่งข้อมูลสุขภาพให้บุคลากรสุขภาพได้รับทราบ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถเพิ่มข้อมูลการนัดรับยา วันที่นัดรับยา ระบุกลุ่มโรคประจำตัว และบันทึกข้อมูลการปรับพฤติกรรมตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก เป็นการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นเครื่องมือในการเพิ่มช่องทางการติดตามการส่งข้อมูลสุขภาพจากผู้ป่วยถึงผู้รักษาเพื่อเตรียมกิจกรรมที่เหมาะสมล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดรับยา พบว่าการนำเทคโนโลยีมาใช้สำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพ ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ลดระยะเวลาการคอยการให้บริการและลดปัญหาความแออัดภายในโรงพยาบาลได้⁽²⁰⁾

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีในผู้สูงอายุพบว่ามีความพึงพอใจในการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตเพราะสามารถติดตามสถานการณ์ปัจจุบัน และค้นหาข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ค้นหาวิธีการและยารักษาโรค ค้นหาข้อมูลทั่วไปและอาการของโรค⁽⁷⁾ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ใช้สื่อ online สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นและผู้สูงอายุใช้ application LINE เพื่อการติดต่อกับครอบครัวส่วนใหญ่ใช้ application LINE ทุกวัน⁽²⁰⁾ โดยเป็นการส่งข้อความ ส่งสติ๊กเกอร์ ส่งรูปภาพ มากที่สุด⁽⁷⁾

จะเห็นว่าเทคโนโลยีสามารถเพิ่มคุณภาพทั้งด้านการบริหารจัดการ การบริการทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนมากขึ้น สามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆโดยการใช้เทคโนโลยีได้ง่ายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสมาร์ทโฟน หรือแอปพลิเคชันต่างๆ การใช้เทคโนโลยีจึงเป็นทางเลือกที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพิ่มการติดตามและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เพิ่มการเชื่อมต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นกลยุทธ์ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการควบคุมโรคได้ด้วยตนเองและมีพฤติกรรมที่ยั่งยืน

โดยสรุป เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้การพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงการบริการและเป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้ทันสมัยก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของ

สังคมโลก โดยส่วนใหญ่คือการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ข้อมูลส่งเสริมการดูแลตัวเอง ได้แก่ แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน การให้คำปรึกษาทางไกล และโปรแกรมออนไลน์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนัดหมาย และกลุ่มสนับสนุนเสมือน การติดตามผู้ป่วย การดูแลและเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นเทคโนโลยีจึงถูกมองว่าเป็นสะพานเชื่อมการสื่อสารระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ป่วย และเป็นการปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสุขภาพให้ทันสมัยมากขึ้น หากมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและให้ความสำคัญกับวิธีการทางเทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสอดคล้องกลมกลืนกับบริบทในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะและลักษณะของโรค

5. บทสรุป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก เมื่อมีประชาชนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมและความเป็นอยู่ของครอบครัว และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของประเทศชาติด้วย การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขวางเป้าหมายในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดผลลัพธ์ของการจัดบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCD) มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมการจำนวนผู้ป่วยและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการดำเนินการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต้องมีการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิที่สามารถเชื่อมต่อบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้อย่างต่อเนื่องรวมทั้งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย ซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรกลุ่มเสี่ยง การพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในสังคมโลกเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพอย่างไร้รอยต่อจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรพัฒนาต่อไป

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสารโทรคมนาคมส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในต่างประเทศมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ในทางการแพทย์พยาบาล มี telehealth nursing โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการติดตามให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีสามารถอำนวยความสะดวกและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลได้ ในประเทศไทยมีการขับเคลื่อนนโยบาย eHealth พัฒนาประสิทธิภาพในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ การบริหารจัดการสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพในด้านการพัฒนาระบบประมวลผลฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ เทคโนโลยีสามารถเพิ่มคุณภาพทั้งด้านการบริหารจัดการ การบริการทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนมากขึ้น สามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆโดยการใช้เทคโนโลยีได้ง่ายมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีจึงเป็นทางเลือกที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพิ่มการติดตามและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เพิ่มการเชื่อมต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นกลยุทธ์ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการควบคุมโรคได้ด้วยตนเองและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ดังนั้นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ทางการแพทย์จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการการพัฒนา โดยเลือกใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความต้องการเฉพาะของลักษณะปัญหาหรือโรคของผู้ป่วยแต่ละคน

6. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

การเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นทางเลือกที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพิ่มการติดตามและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เพิ่มการเชื่อมต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นกลยุทธ์ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถ

จัดการควบคุมโรคได้ด้วยตนเองและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ดังนั้นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการการพัฒนา โดยการเลือกใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสุขภาพต้องคำนึงถึงประเภทของเทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความต้องการเฉพาะของลักษณะปัญหาหรือโรคของผู้ป่วยแต่ละคน เทคโนโลยีเพื่อให้ข้อมูลและส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้แก่ แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน การให้คำปรึกษาทางไกล และโปรแกรมออนไลน์เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนัดหมาย และกลุ่มสนับสนุนเสมือน การติดตามผู้ป่วย การดูแลและเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยรูปแบบการส่งข้อมูลควรเป็นรูปแบบที่น่าสนใจ มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย หากเป็นคำแนะนำด้านพฤติกรรมก็ต้องเป็นเนื้อหาที่ตรงกับวิถีชีวิตประจำวัน และให้ความรู้ที่สั้นกระชับและมีความเฉพาะเจาะจงกับโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นเทคโนโลยีสามารถเป็นกลยุทธ์ในการเชื่อมการสื่อสารระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ป่วย เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามผลการดูแลผู้ป่วย และปรับปรุงคุณภาพบริการด้านสุขภาพ โดยเลือกใช้วิธีการทางเทคโนโลยีสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสอดคล้องกับบริบทในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะและลักษณะของโรคและหากมีระบบการบันทึกหรือเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อช่วยปกป้องข้อมูลของเจ้าของข้อมูลให้มีความปลอดภัยไม่ทำให้ข้อมูลเผยแพร่ออกไปโดยไม่ได้รับอนุญาต เป็นการลดความเสี่ยงจากการถูกละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลช่วยให้ประชาชนมั่นใจและเชื่อมั่นว่าข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้ไปจะปลอดภัยและบุคลากรทางสุขภาพก็จะได้รับข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นความจริงเพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน

บรรณานุกรม

1. World Health Organization [Internet]. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization. 2018 [Cited 2018 Dec 2]. Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncdprofiles-2018/en/>
2. Division of Non-Communicable Disease [Internet]. Report on the number and death rate from non-communicable diseases 2017-2021. 2023 [Cited Oct, 2 2023]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
3. Oba N. Application of The WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework According to The Role of Professional Nurses in Primary Health Care Level. NU Journal of Nursing and Health Sciences. 2019;13(2), 1–10.
4. Tritipsombut J. A Follow-up Study of the Effects of Health Education Program by Using an Application of Protection Motivation and Social Support Theories on the Blood Pressure Control of the Hypertension Risk Groups. SRIMEDJ. 2018; 33(6):543-50.
5. Tuot D. S., & Boulware L. E. Telehealth Applications to Enhance CKD Knowledge and Awareness Among Patients and Providers. Advances in Chronic Kidney Disease. 2017; 24(1): 39-45. doi:<https://doi.org/10.1053/j.ackd.2016.11.017>
6. Vitoonkolchit P. eHealth Strategy, Ministry of Public Health (2017 – 2026). The Information and Communication Technology Center Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health: Nonthaburi; 2017.

7. Kheokao J., Ubolwan K., Tipkanjanaraykha K., & Plodpluang U. Online Health Information Seeking Behaviors among the Thai Elderly Social Media Users. *TLA Research Journal*. 2019; 12(1): 60-76.
8. Li W. H. C., Ho K. Y., Lam K. K. W., Wang M. P., Cheung D. Y. T., Ho L. L. K., . . . Lam T. H. A study protocol for a randomised controlled trial evaluating the use of information communication technology (WhatsApp/WeChat) to deliver brief motivational interviewing (i-BMI) in promoting smoking cessation among smokers with chronic diseases. *BMC Public Health*. 2019; 19(1): 1083. doi:10.1186/s12889-019-7417-6
9. Moolsart S. The trend of care management for multicultural patients with chronic diseases in Thailand post-pandemic world of Coronavirus disease 2019. *Thai Journal of Nursing*. 2020; 69(3): 44–52.
10. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20(6):64-78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64. PMID: 11816692.
11. Barr V.J., Robinson S., Marin-Link B., Underhill L., Dotts A. The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*. 2003;7(1):73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763
12. World Health Organization [Internet]. Innovative Care for Chronic Conditions: Building blocks for action. Geneva: World Health Organization. 2002 [Cited Oct, 2 2023]. Available from: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>
13. Kongprasert. J. (Ed.) Guideline for NCD quality clinic (diabetes and hypertension) in sub-district health promotion hospital. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health;2015.
14. Senecal C., R. Jay Widmer RJ., Johnson MP., Lerman LO., Lerman A. Digital health intervention as an adjunct to a workplace health program in hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2018;12(10): 695–702.
15. Chemtob K., Rocchi M., Arbour-Nicitopoulos K., Kairy D., Fillion B., & Sweet S. N. Using tele-health to enhance motivation, leisure time physical activity, and quality of life in adults with spinal cord injury: A self-determination theory-based pilot randomized control trial. *Psychology of Sport and Exercise*. 2019;43: 243-252. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.03.008
16. Ubon w, Niyomrungrueangchai N. The Necessity for have a Personal data Protection Act, B.E. 2562. *RJLS*. 2023; 5(1):41-56.
17. Prutipinyo P. Personal Data Protection Act, 2019. *Public Health Policy and Laws Journal*. 2022; 8(1), 203–214.
18. Jantraporn R, Pichayapinyo P, Lagampan S, Mayurasakorn K. Effects of Carbohydrate Reduction Program and Telemonitoring on Glycosylated Hemoglobin in Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2019;105(5):523-529

19. Chang A. R., Bailey-Davis L., Hetherington V., Ziegler A., Yule C., Kwiecen S., . . . Anderson C. Remote dietary counseling using smartphone applications in patients with stages 1-3a chronic kidney disease: A mixed methods feasibility study. *Journal of Renal Nutrition*. 2020;30(1): 53-60. doi:10.1053/j.jrn.2019.03.080
20. Kaewserm S.& Saikamnorn E. A System Development for The Transmission of Health Information in Patients Monitoring Non-communicable Disease (NCDs): A Case Study of The Muang Phetchabun Community. *NRRU Community Research Journal*. 2023;17(2):165-179. doi: <https://doi.org/10.14456/nrru-rdi.2023.28>

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

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจาก การทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหา มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมี นวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการ ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

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

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

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือ รับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า ๙**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 14 point ตลอดทั้งบทความ และมี

เนื้อหาครบทุกข้อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าทีมนุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

3.2 **ชื่อผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อ และ นามสกุล ทั้ง ภาษา ไทย และ ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน 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 250 คำ**

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

3.5 **วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6 **ผลการวิจัย (Results)** นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 **สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations)** ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผล โดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/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 ซึ่งเป็นรูปแบบที่

นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์และการแพทย์ 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. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้ เคยอ้างอิงมา ก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น (1 -3) แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน 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%20 citation3.pdf](http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย 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, อธิรุทธ 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=2843>

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ 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 พันธเมธาฤทธิ์. ผลของนโยบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมกำบังกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วัยเด็ก

วัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. 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. ศุภีพร ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouverใน [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 https://he02.tci-	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) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 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 3,500 บาท มาที่บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านทาง E-mail : journal@bcnu.ac.th	ผู้เขียน	N/A
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ บทความวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา และใบเสร็จรับเงิน จัดส่ง ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่คุณเขียนไว้	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.	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์

สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
- ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
(ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ช่วงเวลาที่จะบทความว่าสอดคล้องกับรอบการออกวารสารฉบับรูปเล่มหรือไม่)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร

1. การตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล กำหนดให้ผู้พิมพ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยบทความภาษาไทย 3,500 บาท/เรื่อง โดยผู้พิมพ์ส่งผลงานให้บรรณาธิการพิจารณาในเบื้องต้น
2. ผลงานที่เข้าเกณฑ์ของวารสาร ทางบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบเพื่อจ่ายค่าธรรมเนียม
3. ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยการโอนเงินเข้า บัญชีบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8
4. ส่งสำเนาหรือไฟล์หลักฐานการจ่ายเงินมาที่ (งานวารสาร –คุณภัทรวดี สมภักดี)

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

ทั้งนี้ ข้อมูลบัญชีธนาคารและขั้นตอนการส่งไฟล์หลักฐานการโอนเงิน อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางวารสารจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ขอยกเลิกการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทางวารสารแต่งตั้งได้พิจารณาบทความแล้ว ทางวารสารขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ให้แก่ผู้พิมพ์ หรือในกรณีที่ผู้พิมพ์ไม่ดำเนินการจัดทำ/แก้ไขต้นฉบับบทความให้เสร็จเรียบร้อยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งให้กองบรรณาธิการ ตามวันเวลาที่กำหนด ทางกองบรรณาธิการมีสิทธิ์ในการยกเลิกการตีพิมพ์โดยไม่คืนเงินค่าธรรมเนียม

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เนื่องด้วย บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (วารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี) เป็นวารสารออนไลน์ จึงขอความกรุณาผู้พิมพ์ส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสาร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ ขนาดไฟล์ไม่เกิน 5 MB
2. เตรียมข้อมูลต่อไปนี้ให้พร้อม ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ), User name (ภาษาอังกฤษ), Password (อย่างน้อย 6 ตัวอักษร และเป็นภาษาอังกฤษ), E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ(ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงาน, ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้, เบอร์โทรศัพท์, ผลงานที่ผ่านมา กรณีผู้เขียนมากกว่า 1 ท่าน กรุณาส่งชื่อ ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ(ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงานให้ครบทุกท่าน หากไม่รายชื่อผู้เขียนร่วมส่งมาแสดงว่าท่านประสงค์จะตีพิมพ์เพียงท่านเดียว
3. ลงทะเบียนสมัครสมาชิก ตามขั้นตอน ดังนี้
 - 3.1 เข้าเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/>
 - 3.2 คลิกลงทะเบียน แล้วสร้าง Username / Password
 - 3.3 สร้าง profile (ชื่อ email, รายละเอียดข้อมูลต่างๆ)
 - 3.4 ยืนยันการสมัครสมาชิกทาง email
4. การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการ มีขั้นตอน (ตามขั้นตอนของระบบ TCI) ดังนี้
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (Nursing, Health, and Education Journal)

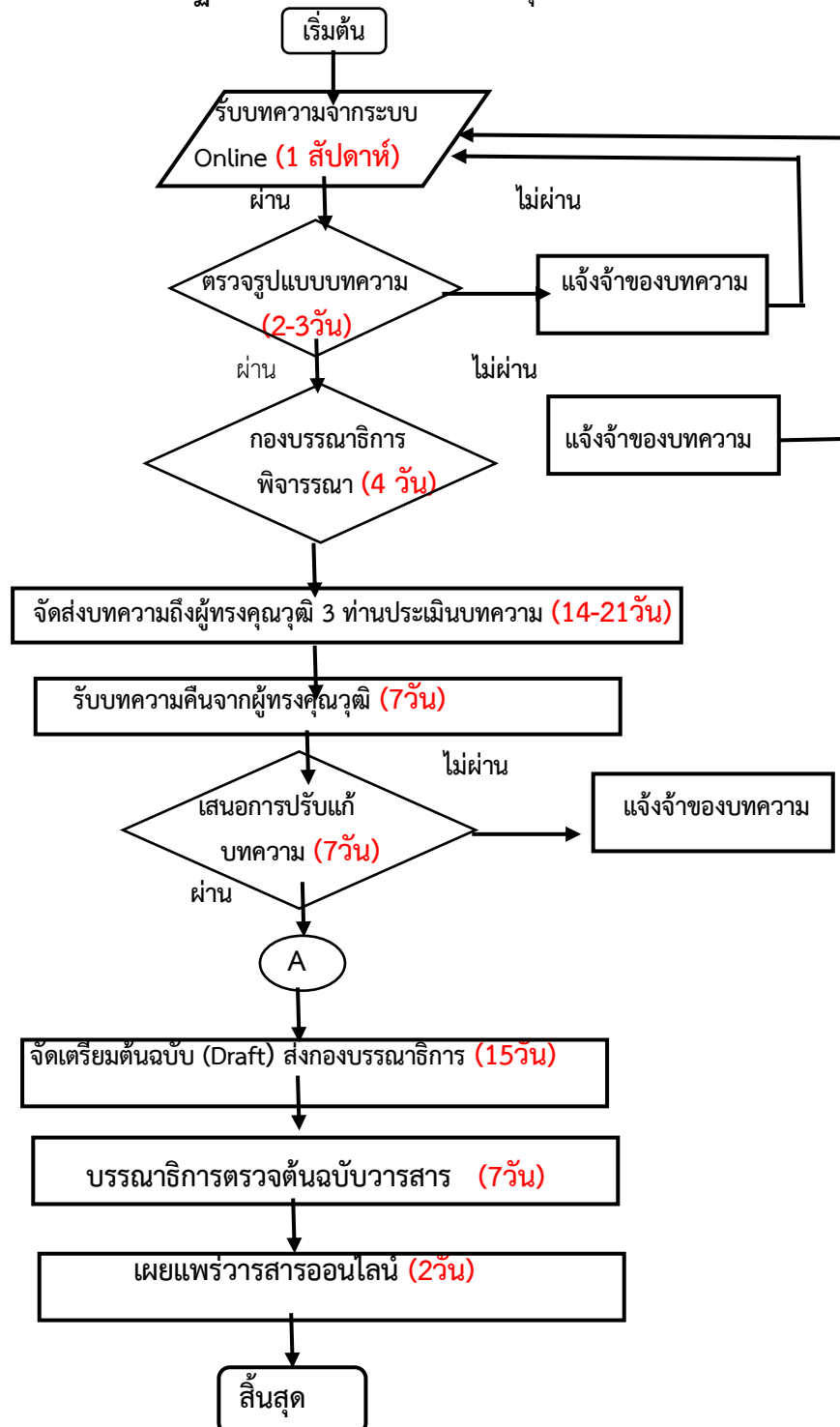
ปรับปรุง วันที่ 1 มกราคม 2565

- Login เพื่อเข้าระบบสมาชิก
 - คลิก Author ใน User home
 - Step 1 เลือกทุกช่อง เพื่อเป็นการยืนยันบทความของท่านว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด
 - Step 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน
 - Step 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น Author, Title and Abstract, Index terms เป็นต้น ถ้ามีผู้แต่งหลายคน คลิกเพิ่มชื่อผู้เขียนจนครบ วารสารไม่อนุญาตให้ผู้เขียนขอเพิ่มชื่อผู้เขียนหลังจากเผยแพร่บทความออนไลน์แล้ว
 - Step 4 หากมีไฟล์ตาราง หรือ รูปภาพ ให้ทำการอัปโหลด เหมือน step 2 ถ้าไม่มีให้ทำการ save and continue เพื่อไปยังขั้นตอนถัดไป
 - Step 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ
5. รอตรวจสอบสถานะ การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์โดยเข้าระบบ คลิก Active submission กรณี ตอบรับ ไม่แก้ไข รอเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์วารสาร
กรณี ตอบรับ มีแก้ไข ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และอัปโหลดไฟล์บทความ ภายใน 7 วัน
กรณี ปฏิเสธ สิ้นสุดกระบวนการขอตีพิมพ์วารสาร
หลังจากนี้ ผู้นิพนธ์ต้องติดตามแก้ไขผลงาน ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์ เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ต้นฉบับบทความให้ถูกต้องสมบูรณ์และตรงตามเวลาที่กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ
ส่งถึง

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
88 ถนนมิตรภาพ หมู่ 1
ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมืองอุตรธานี
จังหวัดอุตรธานี 41330
โทรศัพท์: งานวารสาร
E-mail: journal@bcnu.ac.th

ขั้นตอนการปฏิบัติงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



หากต้องการติดต่อสอบถาม กรุณาโทร 0-95193-6485

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 กำหนดให้ผู้มีพันธต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์หลังจากได้รับการประเมินเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการว่าสามารถตีพิมพ์ได้ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8

ทั้งนี้วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ไม่รับประกันว่าบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์** เมื่อชำระเงินแล้ว **วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาขอสงวนสิทธิ์การคืนเงินให้ผู้เขียนทุกกรณี**

.....
(.....)
ผู้ส่งบทความวิจัย/ผู้พิมพ์หลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบส่งที่ journal@bcnu.ac.th

ต้นฉบับผลงานส่งเข้าระบบวารสารออนไลน์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions>

เลขานุการ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี 88 หมู่ 1

ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330

จริยธรรม

มาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ

บรรณาธิการต้องรับผิดชอบต่อทุกสิ่งที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- พิจารณา คัดกรอง ตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ให้ตรงตามสาขาของวารสารด้วยหลักการทางวิชาการหรือตามระเบียบวิธีวิจัย
- เสนอแนะ ให้ปรับแก้บทความแก่ผู้นิพนธ์ก่อนส่งผู้ประเมินบทความ (Peer review)
- พิจารณาคัดเลือกผู้ประเมินบทความจำนวน 3 ท่านให้ตรงตามสาขาของเนื้อหาในบทความและมาจากหลากหลายสถาบัน
- ตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขให้ตรงตามคำแนะนำของผู้ประเมินบทความ
- พิจารณา ตัดสิน กรณีคำแนะนำของผู้ประเมินบทความมีความเห็นไม่ตรงกัน ตลอดจนบทความที่ไม่ได้แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ประเมินบทความ
- แก้ไขและให้คำแนะนำข้อผิดพลาด การเขียนบทความเพื่อทำให้เกิดความกระจ่าง
- สร้างมาตรฐานของวารสารให้มีคุณภาพทุกขั้นตอนจนถึงขั้นตอนการเผยแพร่
- เก็บรักษาความลับของข้อมูล เอกสาร บทความของผู้นิพนธ์ ผู้ประเมินบทความ และเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด
- กรณีผู้ประเมินบทความคนใดคนหนึ่งพิจารณาปฏิเสธการตีพิมพ์ ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
- เผยแพร่บทความที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานให้แก่ผู้อ่านอย่างต่อเนื่องตรงเวลา
- แจ้งผลพิจารณา คัดกรอง ตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการหรือตามระเบียบวิธีวิจัยให้แก่ผู้นิพนธ์ทราบ
- แจ้งผลการพิจารณา ตัดสิน กรณีคำแนะนำของผู้ประเมินบทความมีความเห็นไม่ตรงกันให้แก่ผู้นิพนธ์ทราบ
- แจ้งผลการตัดสินของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ ภายใต้ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร
- รับฟังข้อเสนอแนะจากผู้นิพนธ์ กรณีมีการอุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
- พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความอย่างเป็นธรรมและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)
- จัดพิมพ์คำแนะนำการเขียน รูปแบบ ระเบียบการส่งบทความ ขั้นตอนการส่งบทความ แก่ผู้ประเมินบทความผ่านเว็บไซต์วารสาร
- ให้คำแนะนำ ประสานระหว่างผู้นิพนธ์กับผู้ประเมินบทความ กรณีมีข้อขัดแย้งทางวิชาการและข้อคิดเห็น

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

- ส่งบทความตามรูปแบบที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขกำหนด
- แก้ไขบทความตามคำแนะนำของบรรณาธิการและผู้ประเมินบทความอย่างเคร่งครัด กรณีไม่แก้ไขในประเด็นที่เสนอแนะผู้นิพนธ์สามารถชี้แจงเหตุผลมายังวารสารได้
- บทความของผู้นิพนธ์จะถูกตรวจสอบความซ้ำซ้อนของเนื้อหา (Plagiarism)จากระบบ Thaijo ทั้งนี้หากร้อยละของความซ้ำซ้อนคิดลอกเกินร้อยละ 20 ผู้นิพนธ์จะต้องชี้แจงและแก้ไข
- ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง แก้ไขบทความผ่านระบบ Thaijo และส่งตรงตามเวลากำหนด
- ผู้นิพนธ์จะต้องตรวจสอบบทความก่อนขึ้นระบบ Thaijo ทั้งนี้หากมีประเด็นผิดพลาดทางวารสารจะไม่ดำเนินการแก้ไขบทความที่ขึ้นระบบ Thaijo แล้ว
- บทความวิจัยจะต้องผ่านขั้นตอนจริยธรรมวิจัยหรือการพิทักษ์สิทธิจากหน่วยงาน
- ผู้นิพนธ์จะต้องสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ทันสมัย น่าเชื่อถือ
- ผู้นิพนธ์จะต้องไม่ส่งบทความไปยังวารสารอื่น ๆ ในขณะที่รอพิจารณาตีพิมพ์
- ผู้นิพนธ์จะต้องไม่คัดลอกผลงานผู้อื่นมาเป็นผลงานของตนเอง

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

- ผู้ประเมินบทความจะต้องประเมินบทความผ่านระบบ Thaijo
- ผู้ประเมินทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของบทความตามระเบียบวิธีการวิจัย หลักวิชาการเป็นสำคัญส่วนรูปแบบการตีพิมพ์และการพิสูจน์อักษรถือเป็นประเด็นรอง
- ผู้ประเมินบทความจะไม่แสดงตนเองกับผู้นิพนธ์โดยยึดหลัก Double blind
- ผู้ประเมินจะไม่เรียกร้องผลประโยชน์จากผู้นิพนธ์
- ผู้ประเมินต้องประเมินบทความด้วยความยุติธรรมยึดหลักทางวิชาการเป็นสำคัญ
- กรณีบทความที่ผู้ประเมินคนใดคนหนึ่ง ใน 3 คนพิจารณาปฏิเสธการตีพิมพ์ ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
- ผู้ประเมินบทความต้องไม่ประสานงานหรือติดต่อผู้นิพนธ์โดยตรง ทั้งนี้หากมีความจำเป็นต้องปรึกษากับ ผู้นิพนธ์จะต้องให้บรรณาธิการเป็นผู้ประสาน
- ผลการพิจารณาบทความถือเป็นสิทธิ์ขาดของบรรณาธิการวารสาร
- ผู้ประเมินบทความสามารถเสนอแนะเอกสารอ้างอิงหรือแหล่งข้อมูลที่มีความทันสมัยและน่าเชื่อถือ