

ISSN 2630-0214 (Print)

ISSN 2821-9899 (Online)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



NHEJ

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2568 | Vol.8 No.1 January -April 2025

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ. ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	บรรณาธิการที่ปรึกษา
2. ผศ.ดร.ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการที่ปรึกษา
3. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการ
4. ผศ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
5. ผศ.ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
6. ดร.พิมพ์ลัญช์ आयुวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
7. ดร.ภาณุ อุดกกลิ่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
8. ผศ.อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
9. นางสาวศิริวรรณ บุตรหิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
10. รศ. ดร.นันทิยา วัฒนายุ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กองบรรณาธิการ
11. รศ. ดร.สังวร รัตกระโทก	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	กองบรรณาธิการ
12. รศ. ปณิดดา ปรียพฤษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
13. รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
14. ผศ.ดร.ไพศาล สุวรรณน้อย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
15. ผศ. ดร.อัจฉรา จินวงษ์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
16. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	กองบรรณาธิการ
17. ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
18. ผศ.ดร.สมสกุล นิละสมิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
19. ผศ.ดร.แสงรวี มณีศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	กองบรรณาธิการ
20. ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	กองบรรณาธิการ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัย
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. ดร.ศิริกาญจน์ จินาวิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 2. ดร. สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 3. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 4. ผศ.ดร.ชัยภูววิทย์ ไชยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 5. ผศ.ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 6. ผศ.ดร.แสงรวี มณีศรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 7. นพ.ประจักษ์ เทิกขุนทด | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร |
| 8. รศ.ดร. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี |
| 9. ดร.ปลื้มจิต โชติกะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ |
| 10. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 11. ผศ.ดร.สุภัทสร โคมินทร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 12. ผศ.ดร.สมสกุล นีละสมิต | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
สำนักงานผู้จัดพิมพ์ :วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
88 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอมะเอยี
จังหวัดอุตรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330

E-mail: journalbcn@bcnu.ac.th
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ>
การเผยแพร่วารสาร ปละ 3 ฉบับ คือ
ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม- สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

สารบัญ

บทความวิจัย

ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สมณีย์ เดชเสียมศักดิ์ , เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์ , ผาสุก มั่นคง	1-12
การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลโยธธ	13-24
กลิ่นผกา พาทุพันธ์, จิราพร สलगสิงห์, จินัฐตา พงประเสริฐ, ศิริรัตน์ อินทรเกษม	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมป้องกัน เยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง	25-37
มงคล วารีย์ , นภาลัย แสงโพธิ์, อัญญาณี ฮองตัน , ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์	
การพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth ในเครือข่ายประสานงาน สาธารณสุขอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี	38-51
สุวดี พลน้ำเที่ยง , ทศนิวรรณ กรุงแสนเมือง , จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์	52-63
มณีนรี พัฒนสมบัติสุข รียะห์ โวะ อรัว มะเซ็ง	
นิอัพนาน นิเยะ อารีสา สาและ หงษ์ ไชยนาพงษ์	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	64-75
จรรยา จันทะบับภาศรี, นริศรา เสามัน คำหล้า กันยายาว นิตยา มลอยู่พะเนา	
การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาในงานวิจัยทางการพยาบาล:บทเรียนจากประสบการณ์การฝากครรภ์ ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้	76-82
ไศรยา นิยะ บุรณ์คณิต จันทรศิริพุทธ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ สิริณกร ศุภวรรณ	

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษาจากหลายสถาบัน วารสารฯ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จำนวน 3 ท่าน (Double - blind peer review) วารสารฯ เผยแพร่ปีละ 3 ปีช้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2568)

ฉบับนี้มีบทความวิจัย 6 เรื่อง บทความวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วยสาระสำคัญที่น่าติดตามเกี่ยวกับการดูแลและการพยาบาลทางอายุรกรรม และสูติกรรม ได้แก่ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมป้องกันเยื่อบุช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ การพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพวารสาร โดยมีเป้าหมายเพื่อผลักดัน วารสารวิชาการเข้าสู่ฐานข้อมูลที่สูงขึ้น ดังนั้น กองบรรณาธิการวารสารฯ จึงกำหนดรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมรายการที่อ้างอิงเป็นของคนไทย ในบรรณานุกรมจะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ

ท่านที่สนใจส่งบทความวิจัย บทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์โดยส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th หรือส่งบทความที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> อัตราค่าธรรมเนียมสำหรับบทความภาษาไทยเรื่องละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) และสามารถขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร. 098 097 940 6 หรือ ทาง Email: Journal@bcnu.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่าน ผู้นิพนธ์บทความ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกลั่นกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการ ในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
บรรณาธิการ

ISSN 2630-0214 (Print)

ISSN 2821-9899 (Online)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



NHEJ

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2568 | Vol.8 No.1 January -April 2025

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ. ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	บรรณาธิการที่ปรึกษา
2. ผศ.ดร.ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการที่ปรึกษา
3. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการ
4. ผศ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
5. ผศ.ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
6. ดร.พิมพ์ลัญช์ आयुวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
7. ดร.ภาณุ อุดกกลิ่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
8. ผศ.อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
9. นางสาวศิริวรรณ บุตรหิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
10. รศ. ดร.นันทิยา วัฒนายุ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กองบรรณาธิการ
11. รศ. ดร.สังวร รัตกระโทก	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	กองบรรณาธิการ
12. รศ. ปณิดา ปรียพฤษ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
13. รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
14. ผศ.ดร.ไพศาล สุวรรณน้อย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการบำนาญ)	กองบรรณาธิการ
15. ผศ. ดร.อัจฉรา จินวงษ์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
16. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	กองบรรณาธิการ
17. ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
18. ผศ.ดร.สมสกุล นิละสมิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
19. ผศ.ดร.แสงรวี มณีศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	กองบรรณาธิการ
20. ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	กองบรรณาธิการ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัย
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. ดร.ศิริกาญจน์ จินาวิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 2. ดร. สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 3. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 4. ผศ.ดร.ชัยภูววิทย์ ไชยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 5. ผศ.ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 6. ผศ.ดร.แสงรวี มณีศรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 7. นพ.ประจักษ์ เทิกขุนทด | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร |
| 8. รศ.ดร. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี |
| 9. ดร.ปลื้มจิต โชติทะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ |
| 10. ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 11. ผศ.ดร.สุภัทสร โคมินทร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
สำนักงานผู้จัดพิมพ์ :วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
88 หมู่ 1 ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง
จังหวัดอุตรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330

E-mail: journalbcn@bcnu.ac.th
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ>

การเผยแพร่วารสาร ปลาย 3 ฉบับ คือ
ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม- สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

สารบัญ

บทความวิจัย

ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สมณีย์ เดชเสียมศักดิ์ , เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์ , ผาสุก มั่นคง	1-12
การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลโยธ	13-24
กลิ่นผกา พาทุพันธ์, จิราพร สलगสิงห์, จินัฐตา พงประเสริฐ, ศิริรัตน์ อินทรเกษม	
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมป้องกัน เยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง	25-37
มงคล วารีย์ , นภาลัย แสงโพธิ์, อัญญาณี ฮองตัน , ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์	
การพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth ในเครือข่ายประสานงาน สาธารณสุขอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี	38-51
สุวดี พลน้ำเที่ยง , ทศนิวรรณ กรุงแสนเมือง , จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์	52-63
มณีนรี พัฒนสมบัติสุข รียะห์ โวะ อรัว มะเซ็ง	
นิอัพนาน นิเยะ อารีสา สาและ หงษ์ ไชยนาพงษ์	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	64-75
จรรยา จันทะบับภาศรี, นริศรา เสามัน คำหล้า กันยายาว นิตยา มลอยู่พะเนา	

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษาจากหลายสถาบัน วารสารฯ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จำนวน 3 ท่าน (Double - blind peer review) วารสารฯ เผยแพร่ปีละ 3 ปีช้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2568)

ฉบับนี้มีบทความวิจัย 6 เรื่อง บทความวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วยสาระสำคัญที่น่าติดตามเกี่ยวกับการดูแลและการพยาบาลทางอายุรกรรม และสูติกรรม ได้แก่ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมป้องกันเยื่อบุช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ การพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพวารสาร โดยมีเป้าหมายเพื่อผลักดัน วารสารวิชาการเข้าสู่ฐานข้อมูลที่สูงขึ้น ดังนั้น กองบรรณาธิการวารสารฯ จึงกำหนดรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมรายการที่อ้างอิงเป็นของคนไทย ในบรรณานุกรมจะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ

ท่านที่สนใจส่งบทความวิจัย บทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์โดยส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th หรือส่งบทความที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> อัตราค่าธรรมเนียมสำหรับบทความภาษาไทยเรื่องละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) และสามารถขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร. 098 097 940 6 หรือ ทาง Email: Journal@bcnu.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่าน ผู้นิพนธ์บทความ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกลั่นกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการ ในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ผศ.ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง
บรรณาธิการ

บทความวิจัย

ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

สมณีย์ เดชเสียมศักดิ์, พย.ม¹เพ็ญรุ่ง บุญรักษ์, วท.ม.²ผาสุก มั่นคง, พย.ม³

Received: 31 October 2024

Revised: 6 January 2025

Accepted: 28 February 2025

บทคัดย่อ

บทนำ : การใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ถือเป็นสิ่งสำคัญทั้งในการจัดการโรคเรื้อรังและการป้องกันสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 โรค จำนวน 321 โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 -1.0, และค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =4.06, S.D. =1.01) พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.65, S.D. =1.22) และ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง (r =.435, p < .001)

สรุปผล : ความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับดี แต่ความสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ : ควรปรับปรุงในเรื่องการแกะเม็ดยาออกจากแผงยาหรือแบ่งยาออกใส่ขวดหรือตลับใส่ยา การสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติ หลังรับประทานยาทุกครั้ง และนำผลการศึกษาไปขยายผลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงาน และจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในคลินิกอื่น ๆ

คำสำคัญ : ความรู้ พฤติกรรมการใช้ยา ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

¹⁻³ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

^{2*} Corresponding author E-mail penrung.boonrug@gmail.com

Knowledge and medication use of elderly patients with diabetes and hypertension

Sumanee Detsangiamsak (M.N.S.)¹Penrung Boonrug (M.Sc.)² *Phasuk Mankhong (M.N.S.)³

Abstract

Introduction: Appropriate medication use is important in managing chronic diseases and preventing adverse drug events in the elderly.

Research objective: To study the correlation between knowledge and medication use behavior in elderly patients with diabetes and hypertension at the Diabetes and Hypertension Clinic, Singburi Hospital.

Research methodology: Descriptive research. The sample group was 321 elderly people with diabetes and hypertension, either diabetes, hypertension, or both, by simple random sampling. Data were collected from a questionnaire on knowledge about medication use and medication use behavior in elderly patients. Content validity was examined by three experts with an IOC value between 0.67 and 1.0, and the reliability value was Cronbach's alpha coefficient equal to .88 and .87, respectively. The analysis used descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Research results: Knowledge about medication use in the elderly with diabetes and hypertension was good overall ($\bar{x}$ = 4.06, SD = 1.01). Drug use behavior in the elderly with diabetes and hypertension was at a good level overall ($\bar{x}$ = 3.65, SD = 1.22). Knowledge about medication use was positively related to drug use behavior in the elderly with diabetes and hypertension at a moderate level (r = .435, p < .001).

Conclusion: Knowledge and drug use behavior of elderly people with diabetes and hypertension in all 4 dimensions were at a good level, but the relationship between knowledge about drug use and drug use behavior was at a moderate level.

Suggestions: Improvements should be made in removing tablets from blister packs or dividing pills into bottles or pill cases, observing side effects or abnormal symptoms after taking each dose, and results should be used as a guideline for planning operations and organizing activities to develop behavioral changes in drug use among older patients with chronic diseases in other clinics.

Keywords: Knowledge, Medication behaviors, elderly, Diabetes, Hypertension

¹⁻³ Full-time lecturer, Faculty of Nursing Shinawatra University

^{2*}Corresponding author E-mail penrung.boonrug@gmail.com

บทนำ

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การอนามัยโลก¹ คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) จำนวนประชากรของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเป็น 1 ใน 5 ของประชากรโลก จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.43² การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น ล้วนต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษายาวนาน และมักเกิดขึ้นพร้อมกันหลายโรคในช่วงเวลาเดียวกัน³ การใช้ยาที่ถูกต้องจะทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคและช่วยให้อาการของโรคทุเลาลง ถ้าผู้สูงอายุใช้ยาไม่ถูกต้องอาจทำให้ได้รับอันตราย บางครั้งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ การใช้ยาไม่ถูกต้องที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ รับประทานยาผิด รับประทานยาโดยไม่อ่านฉลากยา หยุดรับประทานยาเอง การเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี นอกจากนี้ยังมีการแสวงหายา ได้แก่ การซื้อยา มารับประทานเอง การใช้ยาสมุนไพรเสริม โดยรับประทานยาควบคู่กับยาที่แพทย์สั่ง ทำให้เกิดการใช้ยาซ้ำซ้อน และอาจเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาเกิดขึ้น

คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ประกอบด้วยคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พบว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564-2566 ในคลินิกโรคเบาหวานมีจำนวน 580, 586 และ 588 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 21.63, 21.77 และ 22.28 ตามลำดับ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 1361, 1383 และ 1349 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 50.76, 51.33 และ 51.12 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะมีโรคร่วมอื่น ๆ มากกว่าร้อยละ 90.00 จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และโรคร่วมอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับยาหลายชนิด จากนโยบายให้คลินิกโรคเรื้อรังทุกคลินิกของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ให้ผู้ป่วยนำยาเก่ามาให้นับ พบว่า มีจำนวนชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาน้อยที่สุด คือ มี 1 ชนิด และมีจำนวนชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษามากที่สุดคือ 14 ชนิด (ไม่รวมยาอื่นที่ซื้อรับประทานเอง หรือยาโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังนี้เช่นกัน) จากการได้รับจำนวนยามากชนิดส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาตามมาได้ เช่น การลืมรับประทานยา รับประทานยาเกินขนาดที่แพทย์สั่ง การหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่ามีอาการแสบหรืออาการดีขึ้น การเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี ได้แก่ การแกะเม็ดยาออกจากแผงยา และการใช้ยาที่เสื่อมสภาพ รับประทานยาหมดอายุ การซื้อยารับประทานเอง การใช้ยาสมุนไพร การรับประทานอาหารเสริม โดยรับประทานยาควบคู่กับยาที่แพทย์สั่งเป็นต้น จากการวิเคราะห์พบว่าหากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรับประทานยาทำให้รับประทานยาผิด ไม่อ่านฉลากยา เนื่องจากข้อจำกัดด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุ จึงเป็นเหตุที่ทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และสาเหตุที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลบ่อยที่สุด ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ความดันโลหิตสูงชนิดต้องรักษาเร่งด่วน (Hypertensive urgency) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bakimli and Tuğrul⁴ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีเหตุผลและระดับความรู้ของผู้สูงอายุ โดย ผู้สูงอายุร้อยละ 79.1 ไม่ตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยา และร้อยละ 85.9 ยังคงเก็บยาที่เหลือไว้หลังการรักษา และยังพบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาดำ มีความแตกต่างของพฤติกรรม โดยยังคงรักษาพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติของตนไว้ และการศึกษาของ Oguzoncul และคณะ⁵ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 87.80 ได้รับการรักษาโดยการให้ยาหลายชนิด และยาที่ใช้กันมากที่สุดคือยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 52.20) โดยร้อยละ 95.30 ไม่ทราบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่ใช้ และร้อยละ 93.7 ไม่ได้อ่านเอกสาร

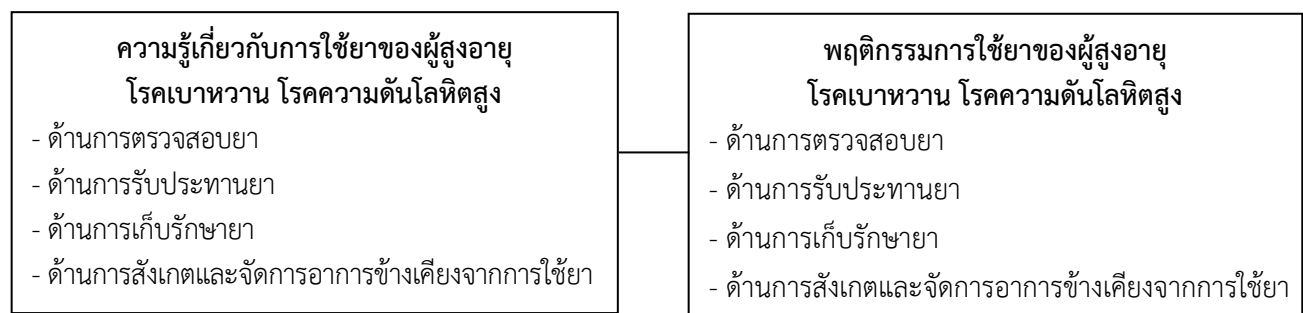
กำกับยา นอกจากนี้ร้อยละ 82.70 ระบุว่ายาที่ตนใช้ไม่มีผลข้างเคียง และร้อยละ 70.20 ระบุว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพยาบาล ไม่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก่ตนเอง การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการฉลากยา และการศึกษาของและสุกฤตา มีตาทิพฐ ⁶ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการใช้ยา จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาระดับความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จะทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้น และเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้ยา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ มีส่วนรับผิดชอบและสนับสนุนการดำเนินการป้องกันที่ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาไม่ถูกต้องเหมาะสม และส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารวิชาการ แนวคิดการใช้ยา หลักการใช้ยา จากตำราเภสัชวิทยา และศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษามาก่อนนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดประกอบด้วยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ที่มารับที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 โรคหรือเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งร่วมกับโรคอื่น ที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 588 ราย และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,349 ราย รวมทั้งหมด 1,937 ราย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan โดยมีระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.00 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5.00 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ จำนวน 321 ราย⁷
กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 โรคหรือเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งร่วมกับโรคอื่น ที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงห์บุรี 2) มีการใช้ยาโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคร่วมอื่น ๆ อย่างน้อย 2 เดือน 3) สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้อย่าง ชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) เก็บรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น โรคเมเร็ง โรคทางระบบโลหิต โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไวรัสตับอักเสบ เป็นต้น

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย (Discontinuation criteria) 1) กลุ่มตัวอย่างขณะกำลังตอบแบบสอบถามนั้น อาจเกิดเหตุการณ์ที่มีผลทำให้ขั้นตอนในการตอบคำถามเร่งรีบ หรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามในทุกข้อ ระยะเวลาไม่เพียงพอในการตอบแบบสอบถาม เช่น มีการกิจธุระ เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นต้น 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น หมดสติ ไข้สูง เป็นลม ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง $\geq 180/110$ มิลลิเมตรปรอท หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ทрудระหว่างการเก็บข้อมูลที่อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย จำนวนชนิดยาที่รับประทานต่อวัน การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจำนวน 20 เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ คือ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมากเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยเท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และข้อที่เป็นข้อความเชิงลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ⁷ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลความหมาย
4.51-5.00	มีความรู้ในระดับดีมาก
3.51-4.50	มีความรู้ในระดับดี
2.51-3.50	มีความรู้ในระดับปานกลาง
1.51-2.50	มีความรู้ในระดับน้อย
1.00 -1.50	มีความรู้ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้งและไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติประจำเท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งเท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้งเท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน และข้อที่เป็นข้อความเชิงลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ⁸ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลความหมาย
4.51-5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับดีมาก
3.51-4.50	มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับดี
2.51-3.50	มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับปานกลาง
1.51-2.50	มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับน้อย
1.00 -1.50	มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 นำมาปรับปรุงและทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาที่เหมาะสมกับบริบทของตัวอย่าง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตามความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ .88 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 24/20 พิกัดสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยประสานพื้นที่ที่แนะนำทีมผู้วิจัยและชี้แจง รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ ($p < .05$) โดยกำหนดการแปลขนาดของความสัมพันธ์ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน $< .30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ $.30-.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง และ $> .70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 69.10 อายุเฉลี่ย 68 ปี ($SD = 6.83$) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56.70 และ 43.30 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.20 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 34.20 ส่วนใหญ่ร้อยละ 31.80 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน) การเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.80 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.40 และเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.20 นอกจากนั้นเป็นโรคร่วมอื่น ๆ เช่น ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ระยะเวลาที่ป่วย 1-5 ร้อยละ 54.80 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 30.00 เฉลี่ย 6.50 ปี จำนวนชนิดยาที่รับประทานต่อวัน 3 - 4 ร้อยละ 39.60 รองลงมารับประทานยามากกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 29.00 ผู้ป่วยรับประทานยาด้วยตนเองร้อยละ 75.40

2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

ด้านการตรวจสอบยา ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.34$, $SD = 0.88$) ด้านการรับประทานยา ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 1.25$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายชื่อ (n=321)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการตรวจสอบยา			
1. ยาที่มีสภาพของยา เช่น สี,ขนาด และรูปร่างเปลี่ยนแปลงไป ไม่ควรนำมารับประทาน	3.93	1.20	ปานกลาง
2. ยาที่หมดอายุ ไม่ควรนำมารับประทาน	4.16	1.11	ดี
3. ก่อนรับประทานยา ควรตรวจสอบ ชื่อ-สกุล บนซองยาทุกครั้ง	4.56	0.72	ดีมาก
4. ก่อนรับประทานยา ควรตรวจสอบขนาดหรือปริมาณของยาให้ตรงกับที่แพทย์สั่ง	4.54	0.66	ดีมาก
5. ก่อนรับประทานยา ควรตรวจสอบเวลาที่ต้องรับประทานยาให้ตรงตามแพทย์สั่ง เช่น รับประทานก่อนอาหาร หรือหลังอาหาร	4.51	0.70	ดีมาก
รวม	4.34	0.8	ดี
ด้านการรับประทานยา			
6. ไม่ควรนำยาคนอื่นมารับประทาน ถึงแม้ว่าลักษณะของยาจะเหมือนกันหรือป่วยด้วยโรคลักษณะเดียวกัน	4.22	1.04	ดี
7. เมื่อมีอาการดีขึ้น สามารถหยุดรับประทานยาหรือลดขนาดยาเองได้	3.20	1.47	ปานกลาง
9. ยาก่อนอาหารควรรับประทานก่อน 15-30 นาที ก่อนมื้ออาหาร	3.84	1.18	ดี
10. เมื่อลืมรับประทานยาควรรับประทานยาทันทีที่นึกได้	3.67	1.21	ดี
รวม	3.58	1.25	ดี
ด้านการเก็บรักษา			
11. ควรเก็บยาไว้ในที่พ้นจากความร้อนและ ความชื้น ไม่มีแสงแดดส่องถึง	4.33	0.83	ดี
12. ยาที่ใช้รับประทาน และยาใช้ภายนอก ควรเก็บแยกกัน	4.23	0.93	ดี
13. ควรเก็บยาไว้ในที่สูงให้พ้นมือเด็ก	4.53	0.74	ดีมาก
14. การแกะเม็ดยาออกจากแผงยาหรือแบ่งยาออกใส่ขวดหรือตลับใส่ยาช่วยให้การใช้สะดวก	3.37	1.37	ปานกลาง
15. ไม่ควรนำยาที่ได้รับมาใหม่ ไปเก็บรวมกับยาที่เหลือครั้งก่อน	4.08	0.97	ดี
รวม	4.11	0.97	4.11
ด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา			
16. การสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติหลังรับประทานยาเป็นสิ่งที่ถูกต้องควรปฏิบัติ ทุกครั้งที่รับประทานยาควรปฏิบัติทุกครั้งที่รับประทานยา	3.97	0.98	ดี
17. หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร ให้ทราบเพื่อปรับขนาดยา หรือ เปลี่ยนชนิดของยา	4.17	1.03	ดี
18. ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเมื่อมีการใช้ยาอื่นหรืออาหารเสริมที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง	4.14	0.94	ดี
19. ควรบอกอาการแพ้ยาทุกครั้งที่ได้ไปขอรับบริการสุขภาพ	4.35	0.94	ดี
20. ทุกครั้งที่มึปัญหาเรื่องการใช้ยา ควรปรึกษาแพทย์และเภสัชกร	4.37	0.88	ดี
รวม	4.20	0.95	ดี

3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ด้านการตรวจสอบยา ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 1.12) ด้านการรับประทานยา ($\bar{X} = 3.42$, S.D. = 1.35) ด้านการเก็บรักษา ($\bar{X} = 3.52$, S.D. = 1.28) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายข้อ (n=321)

ข้อความ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านการตรวจสอบยา			
1. ท่านตรวจสอบสภาพของยา เช่น สี ขนาดและรูปร่างเพื่อให้แน่ใจว่ายาไม่ได้เสียหายหรือเปลี่ยนแปลง	3.43	1.13	ปานกลาง
2. ท่านตรวจสอบชื่อ-สกุล บนซองยาเพื่อให้แน่ใจว่าตรงกับชื่อ-สกุล ท่านก่อนรับประทานยา	4.41	0.88	ดี
3. ท่านตรวจสอบวิธีการใช้ยาให้ถูกต้อง เช่น กลืนทั้งหมด, เคี้ยว, หรือผสมกับอาหาร	3.93	1.15	ดี
4. ท่านตรวจสอบขนาดหรือปริมาณของยาให้ตรงกับที่แพทย์สั่ง	3.99	1.16	ดี
5. ท่านตรวจสอบเวลาที่ต้องรับประทานยาให้ตรงตามแพทย์สั่ง เช่น ก่อนอาหาร หรือหลังอาหาร	3.98	1.27	ดี
รวม	3.95	1.12	ดี
ด้านการรับประทานยา			
6. ท่านรับประทานยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้เท่านั้น โดยไม่นำยาคนอื่นมารับประทาน ถึงแม้ว่าลักษณะของยาจะเหมือนกันหรือป่วยด้วยโรคลักษณะเดียวกัน	3.37	1.37	ปานกลาง
7. ท่านรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง โดยไม่เพิ่มและลดขนาดยาเอง	3.65	1.25	ดี
8. ท่านปฏิบัติตามวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ตามที่แพทย์ที่สั่งอย่างเคร่งครัด เช่น กลืนทั้งหมด เคี้ยว หรือผสมกับอาหาร	3.90	1.31	ดี
9. ท่านรับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาที ก่อนมื้ออาหารและรับประทานยาหลังอาหาร 15-30 นาที หลังมื้ออาหาร	3.20	1.47	ปานกลาง
10. ท่านตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและข้อควรระวังอย่างเคร่งครัด เมื่อแพทย์สั่งให้รับประทานยาชนิดใหม่	2.96	1.37	ปานกลาง
รวม	3.42	1.35	ปานกลาง
ด้านการเก็บรักษายา			
11. ท่านเก็บยาไว้ในที่พ้นจากความร้อนและ ความชื้นไม่มีแสงแดดส่องถึง	3.37	1.37	ปานกลาง
12. ท่านแยกยาที่ใช้รับประทาน และยาใช้ภายนอกออกจากกัน	4.02	1.19	ดี
13. ท่านเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่น	4.64	0.64	ดีมาก
14. ท่านไม่เคยแกะเม็ดยาออกจากแผงยา หรือ แบ่งยาออกใส่ขวดหรือตลับใส่ยา	2.81	1.47	ปานกลาง
15. ท่านไม่นำยาที่ได้รับมาใหม่ ไปเก็บรวมกับยาที่เหลือครั้งก่อน	3.39	1.34	ดี
รวม	3.52	1.28	ดี
ด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา			
16. ท่านสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติ หลังรับประทานยาทุกครั้ง	3.97	0.98	ดี
17. ท่านแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร ให้ทราบ เมื่อพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	4.17	1.03	ดี
18. ท่านปรึกษาแพทย์ หรือ เภสัชกร เรื่องยาอื่น อาหาร เครื่องดื่ม หรือ อาหารเสริม ที่ใช้อยู่ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง	4.14	0.94	ดี
19. ท่านปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดยาหรือ เปลี่ยนชนิดของยาเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาทุกครั้ง	4.35	0.94	ดี
20. ท่านปรึกษาแพทย์และเภสัชกร ทุกครั้งที่มึปัญหาเรื่องการใช้ยา	4.37	0.88	ดีมาก
รวม	4.20	0.95	ดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยา

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในแต่ละด้านกับพฤติกรรมการใช้ยา พบว่า ด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและด้านการตรวจสอบยา มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($p < .001$) ส่วนด้านการเก็บรักษา ยา และด้านการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($p < .001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ($n=321$)

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้ยา	
	r	P-value
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	.435	.000
ด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	.426	.000
ด้านการตรวจสอบยา	.317	.000
ด้านการเก็บรักษา	.297	.000
ด้านการรับประทานยา	.234	.000

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 68 ปี ถือว่าเป็นผู้สูงอายุระดับต้น เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าในประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง² ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.20 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.90 การศึกษาที่น้อย ประกอบกับการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นและส่งผลพฤติกรรมทางสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และ ณัฐธากุล บึงมูม¹⁰ ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจอมศรี อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า การศึกษาน้อยร่วมกับความสามารถในการอ่านเขียนบกพร่อง ส่งผลต่อการมีความรู้และการรับรู้ข่าวสารในการดูแลสุขภาพและการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.80 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.40 เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันที่มีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 63.80 ซึ่งสอดคล้องกับเพชรรัตน์ บัวเอี่ยม, สุทธิ เจริญพิทักษ์, สุคนธา ศิริ และปรารธนา สถิตยภาวิ¹¹ ที่กล่าวว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวหลายโรค และโรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคนำไปสู่การรับประทานยาหลายขนาน อาจส่งผลเกิดปัญหาเรื่องการใช้ยา¹² และสนับสนุน Ruscin and Linnebur (2021)¹³ ที่พบว่า การใช้ยา หลายชนิด/หลายขนานทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีจำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวัน 3-4 ชนิด ร้อยละ 39.60 และมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดร้อยละ 29.00

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75.00 ระบุว่าไม่ได้รับข้อมูลการใช้ยา และ ร้อยละ 82.30 ไม่ทราบผลข้างเคียงของยา¹⁴ จากการที่ Becker¹⁵ ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) โดยกล่าวถึงสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะสัมพันธ์กับ 1) การรับรู้ของบุคคล 2) ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นต้น 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค นำมาอธิบายผลการวิจัยนี้ว่า การที่พฤติกรรมไม่เหมาะสมในด้านการตรวจสอบวันหมดอายุของยา ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง อาจเกิดจากการรับรู้เรื่องนี้ไม่ดีจากการไม่ได้รับคำแนะนำ หรือไม่เห็นถึงประโยชน์ที่ชัดเจนจากการตรวจสอบวันหมดอายุของยา ประกอบกับมีปัญหา

ด้านสายตา ภาษาที่ใช้ ในการระบุวันหมดอายุของยาบางครั้งเป็นภาษาต่างประเทศและไม่ชัดเจน อีกทั้งการที่เป็นโรคเรื้อรังต้องมารับยาโรงพยาบาลตามนัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับจะพอดีกับระยะเวลาที่แพทย์นัด ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เก็บยาไว้เป็นระยะเวลานาน อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสอบวันหมดอายุ ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรเน้นย้ำหรือให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสอบวันหมดอายุของยา ด้านการรับประทานยา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ไม่ควรนำยาคนอื่นมารับประทานถึงแม้ว่าลักษณะของยาจะเหมือนกัน หรือป่วยด้วยโรคลักษณะเดียวกัน ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = 1.04) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถซื้อยารับประทานเองได้ ($\bar{X} = 2.96$, S.D. = 1.37) ด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยาข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทุกครั้งที่รับประทานยา ควรปรึกษาแพทย์และเภสัชกร ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.88) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติ หลังรับประทานยาทุกครั้ง ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.98)

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 1.22) ด้านการตรวจสอบยา มีการตรวจสอบชื่อ-สกุล บนซองยาเพื่อให้แน่ใจว่าตรงกับ ชื่อ-สกุล ท่าน ก่อนรับประทานยา ตรวจสอบขนาดหรือปริมาณของยาให้ตรงกับที่แพทย์สั่ง ด้านการรับประทานยา ปฏิบัติตามวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ตามที่แพทย์ที่สั่งอย่างเคร่งครัด เช่น กลืนทั้งหมด, เคี้ยว, หรือผสมกับอาหารรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง โดยไม่เพิ่มและลดขนาดยาเอง ด้านการเก็บรักษายา โดยเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่น และแยกยาที่ใช้รับประทาน และยาใช้ภายนอกออกจากกัน ด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยทุกครั้งที่รับประทานยา ควรปรึกษาแพทย์และเภสัชกร และปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับขนาดยาหรือ เปลี่ยนชนิดของยาเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยาทุกครั้ง¹² สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชน จอมศรี จังหวัดอุดรธานี⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมระดับมาก ด้านการแสวงหายาโดยอ่านฉลาก ทุกครั้งก่อนรับประทานยา บอกอาการแพ้ยาทุกครั้งไปรับบริการสุขภาพ ปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา ด้านการเก็บรักษายา พบว่า มีการแยกเก็บยารับประทานและยาใช้ภายนอก เก็บยาในที่แห้งไม่ถูกแสงและไม่ใช้ยาที่หมดอายุแล้ว พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือต้องปรับปรุง นอกจากนี้ พฤติกรรมในการเก็บรักษายาและการนำยาออกมาใช้ ก็เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เก็บรักษายาไว้ในถุงยาที่ได้จากโรงพยาบาล และนำออกมาใช้ตามกำหนดเวลา รวมถึงการศึกษาของ Gualtieri et al¹⁶ ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ พฤติกรรมในการเก็บรักษายาของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดการล้มรับประทายา ได้ศึกษา พฤติกรรมในการเก็บรักษายาของผู้ใหญ่วัยกลางคน และผู้สูงอายุ พบว่า ตำแหน่งจัดเก็บยาที่ใช้กันมากที่สุดได้แก่ ลิ้นชักข้างเตียงร้อยละ 27.00 ตู้ครัว ร้อยละ 25.00 และบนโต๊ะข้างเตียงในห้องนอน ร้อยละ 23.00 ตำแหน่งจัดเก็บยาหลายแห่งมีความเกี่ยวข้องกับโอกาสที่ล้มรับประทายาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และตำแหน่งการจัดเก็บยาที่บ้าน 2 แห่งมีความเกี่ยวข้องกับโอกาสที่ล้มรับประทายาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งการจัดยาแยกเป็นมื้อ (unit dose or unit-of-use packaging) เพื่อให้หยิบใช้ได้สะดวกนั้น มีการวิจัยหลายรายงาน พบว่า สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นได้ และเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ จึงควรมีการส่งเสริมการจ่ายยาแบบแยกเป็นมื้อให้ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีปัญหาความจำหรือขาดความสามารถในการบริหารยา ด้านการตรวจสอบยาพบพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง เรื่องการตรวจสอบสภาพของยา เช่น สี, ขนาด, และรูปร่างเพื่อให้แน่ใจว่ายาไม่ได้เสียหายหรือเปลี่ยนแปลง ด้านการรับประทานยา พบพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุงเรื่องการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและข้อควรระวังอย่างเคร่งครัด เมื่อแพทย์สั่งให้รับประทานยาชนิดใหม่ ด้านการเก็บรักษายา พบพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง เรื่อง การแกะเม็ดยาออกจากแผงยา หรือแบ่งยาออกใส่ขวดหรือตลับใส่ยา สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการปรับพฤติกรรมการใช้ยารักษา ตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน¹⁸ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ การแกะยาออกจากห่อเพื่อเตรียมไว้ก่อน ด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พบพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง เรื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติ หลังรับประทานยาทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขอคนพบในการวิจัยครั้งนี้ ได้ชี้ให้เห็นพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุทั้งใน ส่วนที่ถูกตองเหมาะสม และในส่วนที่ยังคงเป็นปัญหา การศึกษาวิจัยในโอกาสต่อไปควรมีการวิจัยเฉพาะเจาะจง เช่น การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อทดสอบแนวคิดที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ พฤติกรรมการใช้ ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่าสามารถอธิบายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุได้หรือไม่ อย่างไร การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อค้นหาปัจจัยที่สำคัญและจำเป้นเร่งด่วนในการ แก้ไข รวมทั้ง การวิจัยเพื่อหาแนวทางในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาในประเด็นต่าง ๆ เช่น การพัฒนาโปรแกรมเครือข่ายเชื่อมโยงขอมูลยา การพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ยา เป็นต้น

2. นำวิธีการศึกษาไปขยายผลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงาน และจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในคลินิกอื่น ๆ โดยเฉพาะในเรื่องของการเตรียมยาเพื่อรับประทานในมือต่างๆ ข้อควรระวังเรื่องของการเตรียมยารับประทานโดยแกะยาออกจากผลิตภัณฑ์ห่อหุ้ม เพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพของยาก่อนกำหนด เช่น โดนความชื้น แสง รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาที่รับประทานอยู่ประจำ และการซื้อยารับประทานเองต้องอยู่ภายใต้การดูแลของเภสัชกรเท่านั้น

References

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva; 2019 [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. National Statistical Office (TH). Population survey of Thai elderly 2022 [Internet]. Bangkok: NSO; 2022 [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://www.nso.go.th/survey/detail/2565>. (In Thai)
3. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Husic JB, Tomsone S, Krejcar O, et al. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: a scoping review. BMC Public Health. 2019;19:1431.
4. Bakimli I, Tuğrul E. Investigation of rational drug use behaviors and knowledge levels of older individuals: a cross-sectional study. Rev Assoc Med Bras. 2024;70(1):e20230692. doi:10.1590/1806-9282.20230692
5. Oguzoncul AF, Ercan E, Celebi E. Identification of the drug-use behaviors of the elderly living in nursing homes. Clin Interv Aging. 2018;13:1225-30.
6. Sukrita Meetathip. Relationship between medication knowledge, polypharmacy, and drug-related problems among elderly chronic disease patients in outpatient clinics. Journal of Army Nursing. 2022;23(3):504-11. (In Thai)
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308
8. Boonchom Srisa-ard. Basic research. 10th ed. Bangkok: Suwiriyasan; 2017. (In Thai)
9. Thato R. Nursing research: concepts to application. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018.
10. Kanchana Panyathorn, Natthakul Beengmum. Medication behaviors of elderly chronic disease patients in Chom Si Community, Phen District, Udon Thani Province. Udon Thani Hospital Medical Journal. 2019;27(2):119-27. (In Thai)
11. Phetcharat Bua-iam, Sutthi Jareinpituk, Sukhontha Siri, Pratana Satitvipawee. Prevalence and

- Associated Factors with Multimorbidity among the Elderly in Sriprachan District, Suphanburi Province. [poster presentation]. In: 16th National Public Health Conference; 2018; Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok [Internet]. [cited 2024 Sep 1]. Available from: https://pheap.ph.mahidol.ac.th/Present_Petcharat2018.pdf. (In Thai)
12. Em-orn Sueysom. Medication behaviors of elderly patients with chronic diseases. Chaiyaphum Medical Journal. 2020;40(1):6-13. (In Thai)
 13. Ruscin MJ, Linnebur SA. Drug-related problems in older adults [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck & Co.; 2021 [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/professional/geriatrics/drug-therapy-in-older-adults/drug-related-problems-in-older-adults>
 14. Ozkan I, Yilmaz, FT, Kumsar, AK, Uyar K. Knowledge, Attitude and Behaviours Regarding Medication Use among Older People Suffering from Chronic Diseases. Elderly Health Journal. 2020;6(1):43-50.doi.org/10.18502/ehj.v6i1.3415
 15. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monogr. 1977;2:409-17.
 16. Gualtieri L, Shaveet E, Estime B, Patel A. The role of home medication storage location in increasing medication adherence for middle-aged and older adults. Front Digit Health. 2022 Nov 4;4:999981. doi: 10.3389/fdgth.2022.999981.
 17. Conn VS, Ruppar TM, Chan KC, Dunbar-Jacob J, Pepper GA, De Geest S. Packaging interventions to increase medication adherence: systematic review and meta-analysis. Current Medical Research and Opinion. 2015;31(1):145-60. doi: 10.1185/03007995.2014.978939.
 18. Kamollabhu Thanomsat, Tapasi W. Medication use behaviors in elderly: a qualitative study. Nursing Research Journal. 2015;12(2):123-35. (In Thai)

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธร

Received: 16February 2025

Revised: 17 April 2025

Accepted: 25 April 2025

กลีนผกา พาหุพันธ์ พย.บ.¹จิราพร สलगสิงห์ พย.บ.²
จันฐตา พงประเสริฐ พย.บ.³ ศิริรัตน์ อินทรเกษม พย.ม.^{4*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ระบบบริการแพทย์ทางไกลช่วยลดการแออัด เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ของผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนมากและต้องรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่1 (R1) ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่2 (D) การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ทางไกล ระยะที่3 (R2)นำรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกลและนำไปใช้ ระยะที่4 (D2)การประเมินผลของการใช้รูปแบบการจัดบริการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคโรงพยาบาลยโสธร ระหว่าง เดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ.2566 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน คัดตามเกณฑ์คือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง BP < 140/90 mmHg อายุระหว่าง 40- 65 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วย multivariable mean difference regression

ผลการวิจัย: พบความแตกต่างในเดือนที่ 6 ของ SBP โดย Telemedicine $\bar{X}=124.23$ (S.D.=12.29) mmHg ส่วนกลุ่ม OPD Follow up $\bar{X}=135.56$ (S.D.=13.42) mmHg (p=0.002) และพบว่าระยะเวลาการรอคอยลดลง 196.06 นาที (95% CI=-214.55, -177.56) (p<0.001)

สรุปผล: ระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

ข้อเสนอแนะ: ควรนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการติดตามและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เพื่อลดระยะเวลาในการมารับการรักษาต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แพทย์ทางไกล,ความดันโลหิตสูง,ประสิทธิผลคลินิก, เวลารอคอย

^{1,3} โรงพยาบาลยโสธร

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

⁴ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

* Corresponding Author: sirirat.in@npu.ac.th

Specialized Internal Medicine Outpatient Clinic” Development of a Telemedicine System for Hypertensive Patients : Outpatient Department of Internal Medicine, Yasothon Hospital

Klinphaka Phahuphan¹ B.N.S Jiraporn Salangha B.N.S.²
Jinatta Prongprasert B.N.S. ³ Sirirat Intharakasem M.N.S.^{4*}

Abstract

Introduction: Telemedicine improves healthcare access, particularly for managing chronic conditions like hypertension that require ongoing monitoring, reducing hospital overcrowding and optimizing patient outcomes.

Research Objectives: This research designed and development of a telemedicine service system for managing hypertensive patients.

Research methodology: Research methodology: Research and development was conducted in 4 phases: Phase 1 (R1) to study the situation; Phase 2 (D) to design and develop a telemedicine service management model; Phase 3 (R2) to implement and apply the telemedicine service management model; Phase 4 (D2) to evaluate the results of using the service management model. The sample consisted of 60 hypertensive patients who received services at the outpatient department of specialized internal medicine at Yasothon Hospital between January and June 2023, divided into an experimental group of 30 and a control group of 30, selected according to the criteria of patients diagnosed with hypertension by a doctor, BP < 140/90 mmHg, aged 40-65 years. Data were analyzed using descriptive statistics using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Compare the mean difference with multivariable mean difference regression.

Results: At month 6, there was a significant difference in systolic blood pressure (SBP) between groups. The telemedicine group had a mean SBP of 124.93 (S.D.=12.29) mmHg, while the OPD follow-up group had a mean SBP of 135.56 (S.D.=13.42) mmHg ($p=0.002$). Additionally, the waiting time was reduced by 196.06 minutes (95% CI=-214.55, -177.56) ($p<0.001$) in the telemedicine group.

Conclusion: The telemedicine system for patients with hypertension resulted in improved clinical outcomes.

Implications: It is recommended that telemedicine systems be applied to the follow-up care and management of other chronic diseases to reduce the time required for continuous treatment visits.

Keywords: Telemedicine, Hypertension, Clinical Outcomes, Waiting Time Reduction

^{1,3} Yasothon Hospital

² Mukdahan Provincial Public Health Office

⁴ Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

* Corresponding Author: sirirat.in@npu.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases:NCD) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น¹ โดยพบได้สูงถึง 25-30% ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมากถึง 1 พันล้านคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน สำหรับในประเทศไทยมีประชากรเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึง 320,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ย 37 คนต่อชั่วโมง² เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น³ ถึงแม้ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าบริการทางการแพทย์ด้านโรคไม่ติดต่อ แต่ยังพบว่าผู้รับบริการบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการที่ทั่วถึง ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพมีการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สภากคนไข้จึงหันโรงพยาบาลรัฐ สถานการณ์ดังกล่าวนำไปสู่ปัญหาด้านภาระงานของบุคลากร และผู้ป่วยเกิดความเหลื่อมล้ำในคุณภาพการบริการที่ได้รับ แต่ขณะเดียวกันสถานการณ์นี้ก็เป็นกลไกผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงคิณทัศน์นวัตกรรมใหม่ๆ ในหลายๆด้าน⁴ ในช่วงปี พ.ศ.2563 กรมการแพทย์ได้พัฒนาระบบการดำเนินงานที่เกื้อหนุนต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จากการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้ดำเนินมาตรการแนวทางการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์รูปแบบใหม่⁵ โดยพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คือการให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชนโดยบุคลากรทางการแพทย์ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล^{6,7,8} สถิติจากงานเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลยโสธร อำเภอมือง จังหวัดยโสธร มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธร ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 เป็นจำนวน 3,187 ราย /9, 459 ครั้ง, 3,266 ราย / 9, 564 ครั้ง , 4,588 ราย / 9, 742 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นทุกปี สถิติโดยเฉลี่ยต่อวันมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับบริการ 202คน/วัน ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยที่ผู้ป่วยรอรับบริการคิดเป็น 3 ชั่วโมง 15 นาที คำนวณน้ำหนักในการเดินทาง ระยะทางที่ห่างไกลจะสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้น^{9,10,11,1} ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบและประสิทธิผลการจัดระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และรับค่าปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกลได้^{6,7,8} เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลในกลุ่มอื่นๆของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

แบบเดิม การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธร แบบใหม่ การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียน เป็นการประเมินคุณภาพระบบบริการ ความสัมพันธ์ของ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารังนี้ใช้รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1(R1) ศึกษาสถานการณ์แบ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สีแดง คือกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ 2 สีเหลือง คือกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ 3 สีเขียว คือกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสีเขียว จำนวน 60 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2(D) การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการ การแพทย์ทางไกล โดยการนำสถานการณ์และปัญหาวิเคราะห์ร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3(R2) นำรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (กลุ่มสีเขียว) ที่มารับบริการในผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลโสธร โดยแบ่งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30คนรวมเป็น 60 คน

ระยะที่ 4(D2) การประเมินผลของการใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้เป็น กลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอายุระหว่าง 40-65ปี ที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลโสธร

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมดอยู่ในช่วงเวลาที่กำหนด (Compilation by time) มีจำนวนผู้ป่วยตามรอบการมาตรวจตามนัด (F/U) 202 คน/วัน ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีจำนวน 60 คน ยินยอมเข้าระบบการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) จำนวน 30 คน และผู้ป่วยที่อยู่ในระบบเดิมจำนวน 30 คน โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดีมีค่าระดับความดันโลหิต $<140/90$ mmHg 2) มีอายุระหว่าง 40– 65 ปี 3) มีโทรศัพท์มือถือเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ใช้แอปพลิเคชันไลน์ หมอพร้อม เพื่อการติดต่อได้ 4) ผู้ป่วยไม่มีลักษณะ โรคอารมณ์แปรปรวน ผิดปกติทางจิต หรือโรคสมองเสื่อม 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดีมีระดับค่าความดัน $\geq 140/90$ mmHg 2) ติดต่อกไม่ได้ 3) ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง, การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหรือแบบกึ่งโครงสร้าง, การสังเกตแบบมีส่วนร่วม, การเก็บข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม “Telehealth สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตนบนแพลตฟอร์มหมอพร้อม⁷ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการนัดหมายในแพลตฟอร์มหมอพร้อม⁷, แอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม “Telehealth สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตนบนแพลตฟอร์มหมอพร้อม⁷ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วย อายุรแพทย์ โรงพยาบาลโสธร 2 ท่าน,พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโสธร 1 ท่าน, หัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลโสธร 1ท่าน,หัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลโสธร 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI = .90 และ

ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) = 0.83

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ มี 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามโครงการวิจัย การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้ป่วยนอก อายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลโยธธ เป็นแบบสอบถามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์คุณสมบัติ ระยะเวลาและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ , พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ด้านการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย 3) แบบประเมินโครงสร้างการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลโยธธ แบบประเมินระบุข้อมูลทั่วไป อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน ประเมินระบบบริการ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (กลุ่มสีเขียว) จำนวน 60 คนที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลโยธธ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 5 มีความพึงพอใจมากที่สุด และ 1 พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 60 ชุด แล้วนำมาหาค่าทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค

วิธีการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ประเภท ดังนี้ 1) การใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง

2) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างหรือแบบกึ่งโครงสร้าง 3) การสังเกต แบบมีส่วนร่วม 4) การเก็บข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน โลกกลุ่ม “Telehealth สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” กลุ่มตัวอย่างที่ยืนยันการเข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงขั้นตอนการศึกษาในระยะ 1ปี และลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุ เพศ การรักษา ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง และค่าการวัดความดันโลหิต ความสม่ำเสมอการรับประทานยา ช่องทางการติดต่อสื่อสาร และการเก็บบันทึก เบอร์โทรศัพท์ และไลน์ไอดีของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2กลุ่ม ได้รับการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง เพื่อวัดผลลัพธ์ก่อนและหลัง คือ ในวันที่เข้าร่วมศึกษา และ 1 ปีหลังสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มควบคุมรับบริการที่ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะถูกเพิ่มสมาชิกในแอปพลิเคชันไลน์ชื่อ “Telehealth สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ” กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะได้รับ Telehealth ความรู้ คำแนะนำ ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม “Telehealth สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ” และการส่งข้อมูลสุขภาพ น้ำหนักตัว ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ ผ่านไลน์ส่วนตัวผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติ โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโยธธเลขที่ YST /2023-60 วันที่ 25 ธันวาคม 2566 คณะผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัย ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยได้มีการอธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยแก่ญาติและผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น แบบบันทึกข้อมูลจะเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม การเก็บรักษาข้อมูลเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา โดยใช้ค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลการใช้รูปแบบการจัดการบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตเดือนที่ 0,3 และ 6 ระยะเวลา รอคอย ด้วย multivariable mean difference regression ระหว่างกลุ่ม ที่ใช้ Telemedicine และกลุ่ม OPD Follow up

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับระบบการแพทย์ทางไกล โดยก่อนและหลังการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล มีแนวปฏิบัติที่เปรียบเทียบของแนวปฏิบัติเดิมและแนวปฏิบัติใหม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตึกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธร มีแนวปฏิบัติที่เปรียบเทียบของแนวปฏิบัติเดิมและแนวปฏิบัติใหม่

แนวปฏิบัติเดิม (OPD Follow up)	แนวปฏิบัติระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
ระยะการตรวจ - ผู้ป่วยขึ้นบัตรตรวจ รอคิว 3 ระยะ คือ ระยะเวลารอตรวจ ระยะตรวจ ระยะหลังการตรวจ ในผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธร ค่าเฉลี่ย 3 ชั่วโมง 15 นาที /คน/ ครั้ง - จำนวนผู้ป่วยตามรอบการ F/U ทั้งหมด การนัดF/U - มารับบริการที่ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธรตามรอบนัด F/U 3-4 เดือน ที่ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธร	การพัฒนาระบบบริการ - ศึกษา สถานการณ์ เวชระเบียนและสถิติ ทบทวนนโยบาย ตัวชี้วัดการดำเนินงาน - ประชุมทีมงานสุขภาพ (ครั้งที่1) เพื่อชี้แจงวางแผน ขั้นตอนวิธีการ การดำเนินงาน - ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มตัวอย่างศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิต (กลุ่มสีเขียว) บันทึก Note ใน HOSxP ในหน้าซักประวัติเพื่อแจ้งทีมสุขภาพทราบ - ส่งผู้ป่วยพิสูจน์และยืนยันตัวตนบนแพลตฟอร์มพร้อม (Digital Identity - ประชุมทีมงานสุขภาพ (ครั้งที่2) ทบทวนปัญหาจุดบริการ ส่ง ผู้ป่วยพิสูจน์และยืนยันตัวตนบนแพลตฟอร์มพร้อม อยู่ไกลจาก OPD NCD ผู้ป่วยไปไม่ถูกและไม่ไปพิสูจน์ยืนยันตัวตน แก้ปัญหาโดยประสานจุดบริการพิสูจน์และยืนยันตัวตนบนแพลตฟอร์มพร้อมให้บริการที่ OPD NCD - สร้างแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มชื่อ “ Telehealth สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” ผู้วิจัยเป็นผู้สร้าง Group และเชิญสมาชิกเข้ากลุ่ม ซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น การปฏิบัติตัว ในแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มได้ - ผู้วิจัย Telehealth กลุ่มตัวอย่างศึกษารายบุคคล ซึ่งจะได้รับ ความรู้ คำแนะนำ ตอบข้อซักถาม ประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล สร้าง Health literacy เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน - ข้อมูลสุขภาพ น้ำหนักตัว ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ กลุ่มตัวอย่างศึกษา ให้ข้อมูล 3 ครั้ง/ปี - Telehealth เวลา 14-16 น. , 6 ครั้ง /ปี - Telemedicine เวลา 10.30-11น. , 3 ครั้ง/ปี - นัด F/U พบแพทย์ 3-4 เดือน , 1- 2ครั้ง/ปี

สามารถสรุปรูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกล ได้ดังแผนภาพ ที่ 1 ดังนี้

ระยะที่ 1

-ระยะที่ 2(D) การออกแบบและพัฒนาารูปแบบการจัดระบบบริการ การแพทย์ทางไกล
ประชุมทีมงานสุขภาพ (ครั้งที่1) เพื่อชี้แจงวางแผน ขั้นตอนวิธีการ การดำเนินงาน

- การคัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- บันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP และแจ้งทีมสุขภาพ
- การยืนยันตัวตนของผู้ป่วยบนแพลตฟอร์ม "หมอพร้อม" (Digital Identity).
- ประสานงานกับจุดบริการพิสูจน์ตัวตนที่ OPD NCD

การประชุมทีมงานสุขภาพ (ครั้งที่ 2)

- ทบทวนปัญหาจุดบริการ และแก้ไขปัญหาการพิสูจน์ตัวตน
- ประสานจุดบริการพิสูจน์และยืนยันตัวตนบนแพลตฟอร์มหมอพร้อมให้บริการที่ OPD NCD

ระยะที่ 3(R)นำรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- สร้าง Line Group ชื่อ “Telehealth สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”
สมาชิกในกลุ่มสามารถซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลสุขภาพ
- การติดตามผลสุขภาพ ผู้ป่วยส่งข้อมูลสุขภาพ เช่น น้ำหนักตัวและความดันโลหิต 3 ครั้งต่อปี
- การนัด F/U โดยใช้ระบบ Telemedicine ครั้งละ 3-4 เดือน, 1-2 ครั้งต่อปี

ระยะที่ 4(D2) การประเมินผลของการใช้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ทางไกล
ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ให้คำแนะนำเพื่อสร้าง Health Literacy และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน
ผลลัพธ์ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยผ่านระบบ telemedicine และการรักษาแบบเดิม
ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าถึงแม้ผู้ป่วยไม่ได้เดินทางมารับการรักษาที่
โรงพยาบาล

แผนภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ประสิทธิผลของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน โดยมีช่วงอายุตั้งแต่ 40-65 ปี ลักษณะที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็น Hypertension ประวัติโรคประจำตัว การพักผ่อนและการรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล อายุ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิต และระยะเวลาโรคอยู่ เดือนที่ 0,3 และ 6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา

ลักษณะที่ศึกษา	Telemedicine (n=30)		OPD follow up (n= 30)		p-value
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	14	46.67	12	40.00	0.397
หญิง	16	53.33	18	60.00	
อายุ (ปี) , $\bar{X}$ (S.D.)	53.3	(8.03)	57.06	(5.46)	0.073
น้ำหนัก (กิโลกรัม), $\bar{X}$ (S.D.)	68.16	(12.23)	65.73	(10.78)	0.417
ส่วนสูง (เซนติเมตร) , $\bar{X}$ (S.D.)	159.76	(8.15)	159.16	(9.69)	0.618
ระยะเวลาที่ป่วย HT (ปี), $\bar{X}$ (S.D.)	5.76	(2.40)	7.6	(3.07)	0.012
มีประวัติสูบบุหรี่	4	13.33	7	23.33	0.253
มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์	4	13.33	4	13.33	0.647
การพักผ่อนไม่เพียงพอ	12	41.38	25	83.33	0.001
ชอบอาหารที่มีไขมันสูง	12	40.00	15	50.00	0.302
ชอบอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง	8	26.67	24	80.00	<0.001
ระดับCholesterol (mg/dL), $\bar{X}$ (S.D.)	177.70	(36.33)	182.27	(42.53)	0.656
ระดับ LDL (mg/dL), $\bar{X}$ (S.D.)	114.53	(33.59)	110.76	(37.63)	0.684
ระดับTriglyceride (mg/dL) , $\bar{X}$ (S.D.)	129.06	(56.58)	122.16	(49.95)	0.800
โรคร่วม					
Diabetes mellitus	1	3.33	19	63.33	<0.001
Heart disease	0	0.00	4	13.33	0.05
Chronic kidney disease	0	0.00	8	26.67	0.002
Gout	0	0.00	6	20.00	0.012

ผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบ SBP และ DBP เดือนที่ 0,3 และ 6 ระหว่างกลุ่ม ที่ใช้ Telemedicine และ กลุ่ม OPD Follow up พบว่าทั้งสองกลุ่มมี SBP และ DBP ในเดือนที่ 0 และ 3 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในเดือนที่ 6 กลุ่มที่พบความแตกต่างของ SBP โดยกลุ่มที่ใช้ Telemedicine $\bar{X}$ =124.93 (S.D.=12.29) mmHg และ กลุ่ม OPD Follow up ม $\bar{X}$ =135.56 (S.D.=13.42) mmHg อย่างมีนัยสำคัญ ส่วน DBP ไม่แตกต่างกัน และพบว่าระยะเวลารอคอยลดลงจาก 234.13 (S.D.=17.71) นาที เป็น 39.33 (S.D.=29.03) นาที อย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 : ความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้ป่วยตามเดือนที่ติดตาม จำแนกตามกลุ่มการรักษา(Telemedicine)

Outcomes	Telemedicine		OPD follow up		p-value
	$\bar{x}$ (mmHg)	S.D. (mmHg)	$\bar{x}$ mmHg	S.D. (mmHg)	
0 Systolic	128.73	8.98	132.13	7.59	0.119
Diastolic	81.07	9.16	78.73	8.92	0.322
3 Systolic	128.07	9.79	130.57	10.52	0.345
Diastolic	79.83	7.75	78.77	9.86	0.643
6 Systolic	124.93	12.29	135.56	13.42	0.002
Diastolic	77.83	7.54	78.87	9.98	0.625
Wait time	39.33	29.03	234.13	17.71	<0.001

Adjusted: ระยะเวลาที่เป็นHT ประวัติโรคประจำตัว การพักผ่อนและการรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล เมื่อปรับอิทธิพลของลักษณะที่แตกต่างกัน พบว่าผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบ SBP และ DBP เดือนที่ 0,3 และ 6 Distance Cost ระหว่างกลุ่มที่ใช้ Telemedicine และกลุ่ม OPD Follow up พบว่าทั้งสองกลุ่มมี SBP และ DBP เดือนที่ 0,3,6 ไม่แตกต่างกัน และพบว่าระยะเวลารอคอยลดลง 196.06 นาที (95% CI=-214.55, -177.56) อย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 : ความดันโลหิตเฉลี่ย (S.D.) ของผู้ป่วยตามเดือนที่ติดตาม จำแนกตามกลุ่มการรักษา(Telemedicine) เมื่อปรับความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกัน

Outcomes	Telemedicine		OPD follow up		effect	95%CI	p-value
	$\bar{x}$ (mmHg)	S.D. (mmHg)	$\bar{x}$ (mmHg)	S.D. (mmHg)			
0 Systolic	128.73	8.98	132.13	7.59	-4.47	-10.67, 1.72	0.153
Diastolic	81.07	9.16	78.73	8.92	0.87	-5.80, 7.55	0.794
3 Systolic	128.07	9.79	130.57	10.52	0.20	-7.09, 7.49	0.956
Diastolic	79.83	7.75	78.77	9.86	4.58	-2.10, 11.27	0.175
6 Systolic	124.93	12.29	135.56	13.42	-7.73	-17.49, 2.02	0.117
Diastolic	77.83	7.54	78.87	9.98	-0.75	-7.32, 5.81	0.818
Cost	78.04	74.56	71.24	34.82	-0.81	-45.83, 44.20	0.971
Wait time	39.33	29.03	234.13	17.71	-196.06	-214.55, -177.56	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าระบบการแพทย์ทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น โดยกลุ่มที่ใช้ Telemedicine มีค่าเฉลี่ย SBP ที่ต่ำกว่ากลุ่ม OPD Follow up อย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 6 $\bar{X}=124.93$ S.D.=12.29 mmHg vs $\bar{X}=135.56$ S.D.=13.42 mmHg, $p=0.002$) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงวิเคราะห์ห่อหุ้มล่าสุดในปี 2024 ที่พบว่าเทคโนโลยีทางไกลช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 4.93 mmHg (95% CI: -6.19 ถึง -3.66, $p<0.001$) เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ นอกจากนี้ การศึกษาในปี 2023 ยังพบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านระบบการแพทย์ทางไกลมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรม การจัดการตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง¹² สอดคล้องกับงานวิจัยอรรถ¹³ 58.3±7.2 ใช้แนวคิด Wagner's Chronic Care Model ผสมผสานกับการติดตามผ่าน Zoom สัปดาห์ละครั้ง การบันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” การปรับยาแบบ real-time โดยเภสัชกรโดยเฉพาะความดันโลหิต ติดตามทุก 2 สัปดาห์ (12 ครั้งใน 6 เดือน) มีกิจกรรมกลุ่มออนไลน์เพื่อสร้างแรงจูงใจในทุกเดือน ใช้เครื่องวัดความดันอัตโนมัติที่เชื่อมกับแอปพลิเคชันผ่าน Bluetooth ความเร็วอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 25 Mbps 78 % ของผู้ป่วยมี caregiver ช่วยในการใช้เทคโนโลยี ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่แตกต่าง คือ การติดตามทุก 2 สัปดาห์ ในงานวิจัยอรรถ ช่วยปรับพฤติกรรมได้เร็วกว่าการปรับยาอย่างรวดเร็ว ระบบ real-time medication adjustment และการมีส่วนร่วมของ caregiver ส่งผลต่อ adherence ในการใช้เทคโนโลยี¹³ การที่ระบบการแพทย์ทางไกลช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ดีอาจเนื่องมาจากการติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย การศึกษาของ Omboni และคณะ (2020)¹⁴ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการติดตามความดันโลหิตทางไกล (Blood Pressure Telemonitoring) เป็นส่วนสำคัญของการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนและหลากหลาย ซึ่งรวมถึงการให้คำปรึกษาทางวิดีโอ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตและปัจจัยเสี่ยง การพบปะและจัดการยาลดความดันโลหิต และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่ได้เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ยังสามารถที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตและมีผลการรักษาได้เทียบเคียงกับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผลการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงระยะเวลา รอคอยที่ลดลงเฉลี่ยถึง 3 ชั่วโมง จากการใช้ระบบ Telemedicine ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการ รักษาพยาบาลที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษา ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน แต่การศึกษาของ Omboni และคณะ (2022)¹⁵ ยังชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของการแพทย์ทางไกลในการจัดการ ความดันโลหิตสูง แต่ยังมีอุปสรรคในการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย รวมถึงข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและการยอมรับของผู้ใช้

ระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและลด ระยะเวลาการรอคอย ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย ระบบ Telemedicine จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังอื่นๆ ได้และสนับสนุนนำไปใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ข้อจำกัดที่พบในการทำวิจัยครั้งนี้

- 1) อุปกรณ์สารสนเทศของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องมีความทันสมัย ทำให้ผู้รับบริการกลุ่มสีเขียวยากเข้า ร่วมโครงการแต่ขาดแคลนอุปกรณ์สารสนเทศ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้
- 2) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุไม่สะดวกในการใช้เครื่องมือสารสนเทศ
- 3) มีปัญหาเรื่องความไม่เสถียรของระบบสารสนเทศ ทำให้เกิดอุปสรรคในการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย รวมถึง ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและการยอมรับของผู้ใช้

ข้อเสนอแนะกับการวิจัย

- 1) ควรนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการติดตามและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่นโรคเบาหวาน
- 2) ควรมีการพัฒนากระบวนการแพทย์ทางไกล ที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการระบบสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้ป่วยได้ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองในการควบคุมโรค และลดภาวะแทรกซ้อน
- 3) ควรมีการพัฒนากระบวนการแพทย์ทางไกลที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงและใช้งานระบบทั้งหมดได้ผ่านสมาร์ทโฟน หรืออุปกรณ์ สื่อสาร เพื่อให้การบริหารจัดการเบ็ดเสร็จโดยอุปกรณ์ชนิดเดียว

Reference

1. World Health Organization. A global brief on hypertension, silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Ministry of Public Health. In-depth health system [Internet]. 2018 Aug 8 [cited 2023 Apr 17]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157> (in Thai)
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of NCDs, diabetes, hypertension and related factors. Division of Non-Communicable Diseases; 2020. (in Thai)
4. Thongkaew T. Educational design in new normal life (Design-Based New Normal): Impact of COVID-19 pandemic. Kurusapha Academic Journal 2020;1(2):1-10. (in Thai)
5. Department of Medical Services. Practice guidelines for service model adjustment, outpatient care services (OPD) in the COVID-19 epidemic situation. Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
6. Thongsae A, Meesuwan W, Theeraputra D. Telemedicine on social network. Journal of Educational Technology and Media Convergence 2015;95 p. (in Thai)
7. Ministry of Public Health. MorPrompt STATION [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://mohpromptstation.moph.go.th/> (in Thai)
8. Bangkok Hospital. Telemedicine [Internet]. [cited 2023 Nov 26]. Available from: <https://www.bangkokpattayahospital.com/th> (in Thai)
9. Samdaengsarn D, Chinnawong T, Thaniwattananon P. Factors related to treatment adherence among elderly with hypertension. Songklanagarind Journal of Nursing 2019;39(3):51-66. (in Thai)
10. Chulalongkorn Hospital. Development of telemedicine technology that changes people's perspective on healthcare [Internet]. [cited 2023 Nov 25]. Available from: <https://www.scb.co.th/personal-banking/stories/protect-my-family/telemedicine.html> (in Thai)
11. Dusit Thani College. Study on evaluation of telemedicine systems to support healthcare for the elderly: Guidelines for developing telemedicine systems to support healthcare for the elderly in the 21st century. Tourism Development Zone 12; 2019. (in Thai)
12. Zhang W, Cheng B, Zhu W, Huang X, Shen C. Effect of Telemedicine on Quality of Care in Patients with Coexisting Hypertension and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Telemed J E Health. 2021 Jun;27(6):603-614. doi: 10.1089/tmj.2020.0122. Epub 2020 Sep 23. PMID: 32976084.
13. Viriyaudomsiri O. The results of development of care for patients with diabetes mellitus and hypertension using telemedicine technology, Non Suwan District Health Network Buriram Province

[Internet]. Journal of Khon Kaen Provincial Public Health Office. 2024 Jun 19 [cited 2025 Mar 2];6(2):e269421. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/269421> (in Thai)

14. Omboni S, Padwal RS, Alessa T, Benczúr B, Green BB, Hubbard I, et al. Telemedicine for hypertension management: where we stand, where we are headed. *Conn Health Telemed*. 2022;1:85-97
15. Omboni S, McManus RJ, Bosworth HB, Chappell LC, Green BB, Kario K, et al. Evidence and recommendations on the use of telemedicine for the management of arterial hypertension: an international expert position paper. *Hypertension*. 2020;76(5):1368-1383.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองและ พฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

มงคล วารีย์ พยม.¹ นภลัย แสงโพธิ์ พย.บ.¹อัญญาณี ฮองตัน พย.บ.² ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์ ปร.ด.^{3*}

Received: 9 February 2025

Revised: 21 April 2025

Accepted: 25 April 2025

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง การจัดการตนเองในการป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำเป็นสิ่งสำคัญในการลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มีประวัติติดเชื้อเยื่อช่องท้อง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร โปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์และเกลิก-บายส์ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2566-มีนาคม 2567 ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสถานะสุขภาพ ($t=2.67$, $p<.05$) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($t=11.92$, $p<.001$) และพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($t=11.83$, $p<.001$)

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงสถานะสุขภาพ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

ข้อเสนอแนะ: ทีมสุขภาพควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เคยมีประวัติเยื่อช่องท้องอักเสบ โดยเน้นการฝึกทักษะและให้ความรู้ซ้ำเฉพาะรายบุคคล ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อนและลดการเสียชีวิต

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ, การล้างไตทางช่องท้อง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

*Corresponding author :E-mail: ccchaiwong78@gmail.com

Effects of Self-Management Program on Health Status, Self-Management Behaviors and Repeat Peritonitis Prevention Behaviors Among Peritoneal Dialysis Patients

Mongkhon Waree, M.N.S.¹ Napalai Sangpho, B.N.S.¹
Anyanee Hongton, B.N.S.² Chanyawee Chaiwong, Ph.D.^{3*}

Abstract

Introduction: Peritonitis is a serious complication and a major cause of mortality in peritoneal dialysis patients. Self-management in repeat peritonitis prevention is essential for reducing morbidity and mortality rates.

Research objectives: To compare health status, self-management behaviors, and repeat peritonitis prevention behaviors among peritoneal dialysis patients before and after receiving a self-management program.

Research methodology: This quasi-experimental study employed a one-group pre-post test design involving 30 peritoneal dialysis patients with a history of peritonitis at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The self-management program, based on Kanfer and Gaelick-Buys' concept, consisted of self-monitoring, self-assessment, and self-reinforcement. The study was conducted from December 2023 to March 2024, with each participant following the program for 8 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Results: After participating in the program, participants showed significantly higher mean scores in health status ($t=2.67$, $p<.05$), self-management behaviors ($t=11.92$, $p<.001$), and repeat peritonitis prevention behaviors ($t=11.83$, $p<.001$) compared to before receiving the program.

Conclusions: The self-management program was effective in improving health status and promoting positive changes in self-management behaviors and repeat peritonitis prevention behaviors among peritoneal dialysis patients.

Implications Health care teams should implement self-management programs in the care of peritoneal dialysis patients with a history of peritonitis, with an emphasis on individual skills training and re-education, along with ongoing support from family and health care team, to prevent recurrence of peritonitis, reduce complications, and mortality.

Keywords: self - management program, repeat peritonitis prevention behaviors, peritoneal dialysis

¹ Register nurse, Senior Professional Level , Wanonniwat Hospital

² Register nurse, Wanonniwat Hospital

³ Assistant Professor . Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing ,Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author:E-mail: ccchaiwong78@gmail.com

บทนำ

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง การติดเชื้ออย่างรุนแรงเป็นระยะเวลานานทำให้เยื่อผนังช่องท้องเสื่อมสภาพ การรักษาล้มเหลว ต้องถอดสายลำไส้และยุติการรักษาหรือเปลี่ยนวิธีด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 1 ครั้ง เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องร้อยละ 5 และเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 16¹ ระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ โรคประจำตัว ความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา เชื้อที่ก่อโรค อาการและอาการแสดง และความสามารถของผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติการลำไส้ทางช่องท้องให้ผู้ป่วย ผู้ที่เคยมีประวัติเยื่อช่องท้องอักเสบมักมีโอกาสดังกล่าวซ้ำ² โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการลำไส้ทางช่องท้องมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ และอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุ³

ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ภายในปี 2562-2566 จำนวน 257 ครั้ง พบว่าเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบครั้งแรก ร้อยละ 15.9 มีประวัติเคยเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบและกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 84.1 ส่งตรวจเพาะเชื้อก่อโรค จำนวน 236 ครั้ง พบเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก ร้อยละ 38.1 แกรมลบ ร้อยละ 28.4 เชื้อราและยีสต์ ร้อยละ 1.3 และตรวจไม่พบเชื้อก่อโรค ร้อยละ 33.9 ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบรุนแรงไม่ตอบสนองต่อการรักษาจำเป็นต้องส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 54 ครั้ง (ร้อยละ 21) และพบผลการตรวจไม่พบเชื้อก่อโรคและเกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้น⁴

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) มีความสัมพันธ์กับเชื้อก่อโรคที่สามารถสร้างสารเมือกป้องกันการถูกทำลายด้วยยาปฏิชีวนะและทนทานต่อการทำลายจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกาย ก่อให้เกิดการติดเชื้อเรื้อรังต่อการรักษา⁵ คุณสมบัติของน้ำยาล้างไตที่มีความเป็นกรดและความเข้มข้นสูง ระดับแคลเซียมที่เจือจาง ความเข้มข้นของน้ำตาลกลูโคสสูง สายส่งน้ำยาว รั่ว แตก เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาวันละหลายครั้ง⁶ ช่องทางการติดเชื้อสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การสัมผัสเชื้อขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การถอน핀 การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อที่แผลช่องทางออกและอุโมงค์สาย มีปัญหาท้องผูก ท้องร่วง การทำหัตถการภายในช่องท้อง ช่องคลอด⁷ เชื้อก่อโรคแกรมลบมีความรุนแรงนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี คือ การเสียชีวิตและการถอดสายลำไส้มากกว่าการติดเชื้อที่ตรวจไม่พบเชื้อก่อโรค และเชื้อก่อโรคที่ตรวจไม่พบเชื้อมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและถอดสายลำไส้มากกว่าเชื้อแกรมบวก⁸

การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่บ้าน⁹ ประสพการณ์ของแพทย์ พยาบาล เครือข่ายที่เพิ่มขึ้น และการพัฒนาระบบส่งต่อเป็นปัจจัยสนับสนุนให้อัตราเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องลดลง กลุ่มเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยที่สุดคือเชื้อแกรมบวกที่เกิดจากการสัมผัส การล้างมือให้สะอาดและขั้นตอนล้างไตที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบได้¹⁰ ถึงแม้ตอบสนองดีต่อการรักษาแต่ยังเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำสูง ซึ่งอาจเกิดจากเทคนิคการล้างไตของผู้ป่วย หรือเกิดจากเชื้อสร้าง biofilm ดังนั้นจำเป็นต้องวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วที่ ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ทบทวนสาเหตุของการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบขั้นตอนการล้างไตของผู้ป่วยและกำจัดแหล่งที่มาของเชื้อ¹¹

การให้ความรู้ซ้ำๆตามมาตรฐาน การแลกเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้าน การสนับสนุนทางสังคมและการติดตามเยี่ยมบ้านก่อนจำหน่าย เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบ¹² การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง โดย

ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม¹⁴ การศึกษาของ Kugai และคณะ พบว่าการให้ความรู้ซ้ำและการติดตามต่อเนื่องช่วยเพิ่มทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง¹¹ นอกจากนี้การศึกษาของ Bitar และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) มีความเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ รุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (APD) และผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่บ้าน²

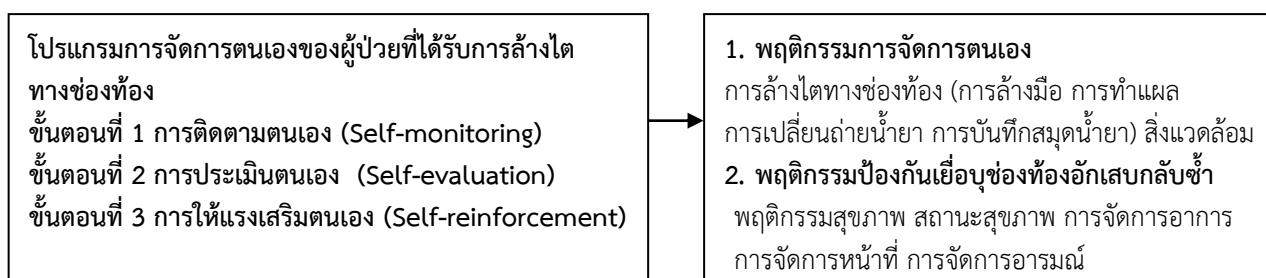
อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีช่องว่างความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอนาวนินวาส จังหวัดสกลนคร เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ ลดอัตราการเจ็บป่วยและการส่งต่อ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และเกลลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys)¹³ ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง ถูกต้องเหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ ลดอัตราเสียชีวิต ลดอัตราการเจ็บป่วยและการส่งต่อ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ยืดอายุให้ยืนยาวขึ้น สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงคนปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ อำเภอนาวนินวาส จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มีคุณลักษณะประชากรตามที่กำหนด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากรายชื่อตามคุณสมบัติ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power version

3.1.9.7 โดยเลือก Test family เป็น t tests และ Statistical test เป็น Means: Difference from constant (one sample case) กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ที่เหมาะสมกับการศึกษาทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองร้อยละ 10 ตามแนวทางของ Polit และ Beck (2017)¹⁵ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 3 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้ (1) ผู้ป่วยทุกเพศที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อายุ 20 ปีขึ้นไป (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง 6 เดือนขึ้นไป อยู่ในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี (3) เคยมีประวัติการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบและรักษาจนหายดีแล้วนานเกิน 1 เดือน (4) มีสติ สัมผัสปัญญะดี สามารถอ่าน ฟัง และสื่อสารให้ข้อมูลได้ (5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน (2) มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีโรคติดต่อที่มีผลต่อการรักษา เช่น วัณโรค โรคติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่พบบ่อยและเฝ้าระวังป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เกณฑ์การยกเลิกการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ (1) ผู้ที่เปลี่ยนวิธีการรักษาหรือเสียชีวิตในระหว่างดำเนินการศึกษา และ (2) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส สถานะในครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาล้างไต ประวัติการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบและผู้ป่วยหลักเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกสถานะสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ลักษณะแผลทางออก ลักษณะน้ำยา สมดุลน้ำยา ประวัติการใช้ยา 4.25% การขับถ่าย ระดับค่าความเข้มข้นของเลือด ระดับค่าโพแทสเซียม ระดับโปรตีน Albumin และระดับความเป็นกรดต่างของเลือด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 40 - 50 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79 หรือ 30 - 39 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมจัดการตนเอง พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบประเมินของ Kugai และคณะ (2023) มีจำนวน 55 ข้อ ได้แก่ ด้านการล้างไตทางช่องท้อง ประกอบด้วย การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา (15 ข้อ) การล้างมือ (10 ข้อ) การทำความสะอาดแผล (10 ข้อ) การบันทึกสมุดจดน้ำยา (5 ข้อ) และด้านสิ่งแวดล้อม (15 ข้อ) ลักษณะคำตอบมี 2 ระดับ ได้แก่ 0 คือ ไม่ปฏิบัติ และ 1 คือ ปฏิบัติถูกต้อง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 55 คะแนน เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 44 - 55 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79 หรือ 33 - 43 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบประเมินของ Li และคณะ¹ มีจำนวน 30 ข้อ ได้แก่ ด้านการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ (9 ข้อ) การจัดการอาการ (8 ข้อ) การจัดการทำหน้าที (3 ข้อ) และการจัดการอารมณ์ (10 ข้อ) ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน)

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 120-150 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 90-119 คะแนน) ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 90 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง โดยมีคู่มือการป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบ เป็นสื่อประกอบโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเอง แบบบันทึกสถานะสุขภาพ แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง) 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรกรรม 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษา และความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป CVI เท่ากับ 1.0 ส่วนที่2 สถานะสุขภาพ CVI เท่ากับ 0.98 ส่วนที่3 แบบสังเกตพฤติกรรม CVI เท่ากับ 1.0 ส่วนที่4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม CVI เท่ากับ 0.9

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกสถานะสุขภาพ แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกสถานะสุขภาพ เท่ากับ 0.82 แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.79 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ เท่ากับ 0.88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คนโดยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและทำความเข้าใจก่อนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการศึกษา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิการขอยกเลิกการเข้าร่วมระหว่างดำเนินการวิจัยยังไม่ครบกำหนดเวลา และลงนามในใบยินยอมกรณียินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลตามแบบประเมินบริบทของบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเพื่อป้องกันความลำเอียงในการตอบแบบประเมิน

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้ 3.1) ผู้ช่วยวิจัยนัดหมายและเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวิธีการตอบแบบประเมินโดยละเอียดจนเข้าใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการศึกษา ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบประเมิน โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที 3.2) ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา มีรายละเอียดขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการรายบุคคล โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินด้านสถานะ แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการล้างไต ด้านสิ่งแวดล้อม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอีกเสบกลับซ้ำ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสอบถาม การสัมภาษณ์และการสังเกตพฤติกรรมใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ร่วมวิเคราะห์ผลการประเมิน สะท้อนข้อมูลที่ได้จากการประเมินก่อนการศึกษา วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะความรู้ ความสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองที่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองตามขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self - monitoring) ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ขอความยินยอม 2) ติดตามเยี่ยมประเมิน วินิจฉัย สภาพปัญหาและความต้องการ แนะนำ สอนให้ความรู้ ฝึกทักษะ ทบทวนขั้นตอนการล้างไตซ้ำ ให้คำปรึกษา และตั้งเป้าหมายการติดตามตนเอง 3) ฝึกทักษะการประเมินตนเอง ตรวจสอบและบันทึกผลการติดตามตนเองตามแบบบันทึก

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self - evaluation) ได้แก่ 1) วิเคราะห์ เปรียบเทียบผลการติดตามตนเอง กับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) ร่วมค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง 3) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ประเมินซ้ำพฤติกรรมจัดการตนเอง ทุก 2 สัปดาห์ และนัดติดตามอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การให้แรงเสริมตนเอง (Self - reinforcement) ได้แก่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองบรรลุเป้าหมาย 2) กำหนดกิจกรรม/ให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังตนเอง 3) ประเมินผลลัพธ์ และสะท้อนกลับพฤติกรรมจัดการตนเองที่ทำได้ดี และพฤติกรรมที่ควรปรับปรุงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการ สถานะสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สะท้อนผลการจัดการตนเองที่บ้านจากแบบบันทึก ปฏิบัติการพยาบาลด้วยการสอน ให้ข้อมูลความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และระดับประคองจิตใจอารมณ์ เสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ร่วมตั้งเป้าหมายใหม่ ส่งเสริมการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถในการจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายยิ่งขึ้น ใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กำกับติดตามประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการทางโทรศัพท์ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การปรึกษาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางโทรศัพท์ การพัฒนาทักษะ ความรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง การดูแลช่วยเหลือตามสถานการณ์ปัญหา ให้กำลังใจ เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ใช้เวลา ไม่เกิน 10 นาที

สัปดาห์ที่ 8 การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลลัพธ์หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ที่ได้จากการสอบถาม การสัมภาษณ์ การเยี่ยมทางโทรศัพท์ ยุติการปฏิบัติการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาสรุปและวิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ต่อไป ใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรอง เลขที่ SKN REC 2023 – 072 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงว่าการเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t - test) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที โดยทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล (Normality test) ด้วยวิธี Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p < .05$) และทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน (Homogeneity of variance) ด้วยวิธี Levene's test พบว่าความแปรปรวนของข้อมูลมีความเท่ากัน ($p < .05$)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุระหว่าง 45-74 ปี ร้อยละ 80 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 เป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 63.3 และหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 36.7 การศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.3 นัถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 100 รายได้เฉลี่ยครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 83.3 มีประวัติโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.7 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.3 สามารถพึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 76.7 ผู้ป่วยดูแลตนเอง ร้อยละ 76.7 และมีหน้าที่ดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัวที่เป็นเด็กเล็ก เด็กวัยรุ่น และวัยรุ่น ร้อยละ 50 ผ่านการอบรมการล้างไตจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 96.7 ปัจจุบันใช้รูปแบบการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ร้อยละ 60 และใช้เครื่องล้างไตแบบอัตโนมัติ (APD) ร้อยละ 40 ระยะเวลาการล้างไต อยู่ระหว่าง 1 -5 ปี ร้อยละ 70 มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่เคยเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 1 ครั้ง ร้อยละ 73.3 โดยเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบครั้งสุดท้าย ภายใน 6 เดือน ร้อยละ 36.7 และ เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ครั้งสุดท้าย อยู่ระหว่าง 6 เดือน - 3 ปี ร้อยละ 53.4

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสถานะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสถานะสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ระดับ Albumin ในเลือด ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ($n=30$)

สถานะสุขภาพ	ค่าเฉลี่ยคะแนน				mean dif.	SD dif.	df	t	p-value
	ก่อน	(SD)	หลัง	(SD)					
1. ค่าดัชนีมวลกาย	3.93	(1.08)	4.0	(1.11)	.07	.58	29	.63	.536
2. แผล Exit site	4.80	(.48)	4.83	(.59)	.03	.56	29	.33	.745
3. ลักษณะน้ำยาล้างไต	4.57	(.50)	4.57	(.50)	.00	.59	29	.00	1.000
4. สมดุลน้ำยาล้างไตต่อวัน	4.73	(.45)	4.83	(.38)	.10	.31	29	7.80	.083
5. การใช้น้ำยา 4.25%/สัปดาห์	3.90	(1.35)	4.07	(1.36)	.17	1.02	29	.90	.378
6. การขับถ่ายอุจจาระ (ท้องผูก)	3.27	(1.08)	3.23	(.78)	-.03	1.25	29	-.15	.884
7. ระดับ Hb ในเลือด	2.60	(.89)	2.70	(.88)	.10	1.00	29	.55	.586
8. ระดับ K+ ในเลือด	4.10	(1.40)	4.13	(1.20)	.03	1.63	29	.11	.912
9. ระดับ Albumin ในเลือด	2.30	(1.15)	2.77	(1.22)	.47	1.04	29	2.45	.020
10. ระดับ HCO ₃ ในเลือด	2.90	(1.06)	3.33	(1.18)	.43	1.19	29	1.99	.056
สรุปผลโดยรวม	37.10	(2.99)	38.47	(3.67)	1.37	2.79	29	2.67	.012

2.2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) และ เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านการล้างไตทางช่องท้อง (การล้างมือ การทำความสะอาดแผล การเปลี่ยนถ้ำน้ำยา การบันทึกสมุดจดน้ำยา) และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=30)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ค่าเฉลี่ยคะแนน (n=30)				mean		SD	df	t	p-value
	ก่อน	(SD)	หลัง	(SD)	dif.	dif.				
1. ด้านการล้างไตทางช่องท้อง	28.87	(5.96)	38.33	(1.81)	9.47	5.01	29	10.35	<.001	
การล้างมือ	6.93	(1.98)	9.6	(.50)	2.67	1.75	29	8.35	<.001	
การทำความสะอาดแผล	7.47	(1.83)	9.53	(.63)	2.07	1.51	29	7.511	<.001	
การเปลี่ยนถ้ำน้ำยา	11.00	(2.27)	14.33	(.67)	3.33	2.01	29	9.10	<.001	
การบันทึกสมุดจดน้ำยา	3.47	(.94)	4.87	(.43)	1.40	.86	29	8.97	<.001	
2. ด้านสิ่งแวดล้อม	10.77	(2.54)	13.77	(1.28)	3.00	1.78	29	9.23	<.001	
สรุปผลโดยรวม	39.63	(7.47)	52.10	(2.66)	12.47	5.73	29	11.92	<.001	

2.3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำโดยรวม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) และจากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการอาการ การจัดการหน้าที และการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=30)

พฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ	ค่าเฉลี่ยคะแนน (n=30)				mean		SD	df	t	p-value
	ก่อน	(SD)	หลัง	(SD)	dif.	dif.				
1. พฤติกรรมสุขภาพ	34.93	(4.78)	38.63	(3.0)	3.70	3.55	29	5.70	<.001	
2. การจัดการอาการ	31.60	(.53)	37.13	(1.94)	5.53	3.63	29	8.36	<.001	
3. การจัดการหน้าที	12.90	(2.34)	13.80	(1.69)	.90	1.16	29	4.27	<.001	
4. การจัดการอารมณ์	39.53	(4.1)	44.83	(3.28)	5.30	3.37	29	8.63	<.001	
สรุปผลโดยรวม	39.63	(11.60)	134.40	(7.39)	15.43	7.15	29	11.83	<.001	

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และกาลิค-บายส์ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาด้านสถานะสุขภาพ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสถานะสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) โดยเฉพาะระดับ albumin ในเลือดที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นการประเมินวิเคราะห์สภาพปัญหาและ

ความต้องการร่วมกันกับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานอาหารโปรตีนที่เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบสอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ ที่พบว่าภาวะทุพโภชนาการและระดับ albumin ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง¹ นอกจากนี้ การศึกษาของ Bitar และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการที่ดีและมีระดับ albumin เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบรุนแรงน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nicola และคณะ ที่พบว่าการจัดการด้านโภชนาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะการส่งเสริมการบริโภคโปรตีนที่เพียงพอเพื่อลดความเสี่ยงการสูญเสียโปรตีนทางน้ำยาล้างไต¹⁶ โปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษานี้มุ่งเน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการบริโภคโปรตีนคุณภาพสูงอย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องควรได้รับโปรตีนอย่างน้อยวันละ 1.2 - 1.3 กรัมต่อกิโลกรัม และเพิ่มเป็น 1.5 - 1.7 กรัมต่อกิโลกรัมในกรณีที่ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ¹⁰ การติดตามและประเมินภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมจัดการตนเอง

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer และ Gaelick - Buys ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง¹³ โดยกระบวนการติดตามตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักในพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ส่วนการประเมินตนเองช่วยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ผลลัพธ์ของพฤติกรรมเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการให้แรงเสริมตนเองช่วยสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kugai และคณะ ที่พบว่า การให้ความรู้ซ้ำและการติดตามต่อเนื่องช่วยเพิ่มทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง⁶ โดยเฉพาะการเน้นย้ำเทคนิคการล้างมือที่ถูกต้อง การทำความสะอาดแผล และการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาอย่างถูกวิธี ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญในการป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ นอกจากนี้ การศึกษาของ Tempel พบว่าการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ¹⁷ การศึกษาของ Wang และคณะ ยังพบว่า การปฏิบัติกรพยาบาลอย่างเป็นระบบเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอุบัติการณ์เกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่บ้าน¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษานี้ที่เน้นการฝึกทักษะและให้ความรู้ซ้ำเฉพาะรายบุคคล โดยมีญาติและทีมสุขภาพให้การสนับสนุนช่วยเหลือใกล้ชิดในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ

ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการอาหาร การจัดการหน้าที่ และการจัดการอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำ กระบวนการติดตามตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบของตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่วนการประเมินตนเองช่วยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ผลลัพธ์ของพฤติกรรมเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการให้แรงเสริมตนเองช่วยสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammadpour และคณะ ที่

พบว่าการฝึกอบรมตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง¹⁷ นอกจากนี้ การศึกษาของ Li และคณะ ยังพบว่า ควรมีการฝึกอบรมทักษะการปฏิบัติโดยตรง ประเมินซ้ำเกี่ยวกับเทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาและความรู้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หลังการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ การเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์ล้างไต การเปลี่ยนผู้ดูแล และหลังหยุดล้างไตเป็นเวลานาน¹ ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษานี้ที่เน้นการฝึกทักษะและให้ความรู้ซ้ำเฉพาะรายบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Piraino และคณะ ที่พบว่าการสัมผัสเชื้อขณะเชื่อมต่อระหว่างท่อล้างไตกับชุดถ่ายเทบนสายล้างไตทางช่องท้องเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของเยื่อช่องท้องอักเสบ¹⁸ ดังนั้นการฝึกทักษะการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาอย่างถูกวิธีและการล้างมือที่ถูกต้องจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษานี้

สรุป

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการปรับปรุงสถานะสุขภาพ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเอง และพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยกระบวนการจัดการตนเองทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้เพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติเยื่อช่องท้องอักเสบเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลอย่าง โดยเฉพาะในช่วง 3 - 6 เดือนแรกหลังเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบครั้งแรกเนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเยื่อช่องท้องอักเสบมักมีโอกาสเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำสูง รวมทั้งการจัดทำคู่มือและสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาเพื่อส่งเสริมความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้เข้าใจประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวในเชิงลึก ซึ่งจะประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น
2. การศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท และมีบริบททางวัฒนธรรมเฉพาะ การศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อจะช่วยให้เข้าใจอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง

References

1. Li PK, Chow KM, Cho Y, et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. Perit Dial Int. 2022;42(2):110-53.
2. Bitar W, Helve J, Kanerva M, Honkanen E, Rauta V, Haapio M, et al. Severe infections in peritoneal dialysis and home hemodialysis patients: An inception cohort study. PLoS ONE. 2023;18(6):e0286579.

3. Wu H, Ye H, Huang R, Yi C, Wu J, Yu X, Yang X. Incidence and risk factors of peritoneal dialysis-related peritonitis in elderly patients: A retrospective clinical study. *Perit Dial Int.* 2020 Jan;40(1):26-33. doi: 10.1177/0896860819879868. PMID: 32063144.
4. Pindi G, Kawle V, Sunkara RR, Darbha MS, Garikaparth S. Continuous ambulatory peritoneal dialysis peritonitis: microbiology and outcomes. *Indian J Med Microbiol.* 2020;38(1):72-7.
5. Thaleangsak Kanchanabut, editor. Peritoneal dialysis practice guidelines 2017. Bangkok: Health Work Plus Co., Ltd.; 2017. (In Thai).
6. Thawat Tirawilai, Rossukon Tantivitvet. Incidence and risk factors of first-episode peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients at Photharam Hospital. *Phys Regions 4-5 J.* 2020;39(1):51-64. (In Thai).
7. Ratchanee Chiewcharnthakit. Pathogens and outcomes of peritoneal dialysis-related peritonitis at Sawankhalok Pracharak Hospital. *Sawankhalok Pracharak Med J.* 2020;17(3):81-93. (In Thai).
8. Piyyarat Rojsanga. Clinical prediction score for predicting treatment-resistant peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Srinagarind Med J.* 2022;37(2):117-24. (In Thai).
9. Kittisak D. Prevention of peritoneal infection in end-stage renal disease patients treated with peritoneal dialysis through collaborative network participation at Nong Khai Hospital. *Public Health Acad J.* 2022;21(2):385-97.
10. Zhang N, Fan X, Cui XS. Effect of different nursing interventions on the incidence of peritonitis in peritoneal dialysis patients at home: a network meta-analysis. *Nurs Commun.* 2023;7:e2023013.
11. Kugai H, Igarashi A, Anezaki S, et al. Components of peritonitis preventive self-care education programs associated with self-care knowledge and behavior among patients undergoing peritoneal dialysis in Japan: a cross-sectional study. *Ren Replace Ther.* 2023;9:34.
12. Wang M, Fan X, Cui XS. Effect of different nursing interventions on the incidence of peritonitis in peritoneal dialysis patients at home: a network meta-analysis. *Nurs Commun.* 2023;7:e2023013.
13. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 305–360). Elmsford, NY: Pergamon Press.
14. Makatuek N. The Effects of an Empowerment Program on Knowledge, Prevention Behaviors for Peritoneal Infection, and Peritoneal Infection in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Fang Hospital, Chiang Mai Province. *J. Nurs. Public. Health. Res.* [internet]. 2023 Aug. 29 [cited 2025 Apr. 19];3(3):32-47. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/263163>
15. Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

16. 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*.
17. Mohammadpour A, Najafi S, Tavakkolizadeh J, Mohammadzadeh F. The effect of health-belief-model-based training on behaviors preventing peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Int J Prev Med*. 2018;9:72.
18. Piraino B, Bernardini J, Brown E, et al. ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. *Perit Dial Int*. 2011;31(6):614-30.

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth
ในเครือข่ายประสานงานสาธารณสุขอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

Received: 9 February 2025
Revised: 21 April 2025
Accepted: 25 April 2025

สุวดี พลน้ำเที่ยง พย.ม.¹
ทัศนวิวรรณ กรุงแสนเมือง พย.ม.^{2*}
จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ : การติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการคัดกรองประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ได้รับการพยาบาลและการรักษาทันที หากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจากความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในเครือข่ายประสานงานสาธารณสุข อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแบบจำลองของไอโอวา 5 ขั้นตอน ผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ 25 ราย สตรีตั้งครรภ์เสี่ยง 29 ราย วิธิดำเนินการระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาระบุปัญหาให้ชัดเจน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทดลองใช้ ระยะที่ 3 ปรับปรุงต้นแบบและนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปประเด็น และความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลและการทวนสอบผ่านกระบวนการกลุ่ม

ผลการวิจัย : รูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth ประกอบด้วย 1) การประสานการทำงานแบบไร้รอยต่อ 2) การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ กำลังใจ 3) การขอคำปรึกษาจากผู้ชำนาญกว่าและการให้คำปรึกษา 4) การให้คำปรึกษาและการติดตามเยี่ยมทางไกล กลุ่มเจ้าหน้าที่มีความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.27, S.D. =0.70) กลุ่มสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$ =4.06, S.D. =0.86)

สรุปผล : รูปแบบการติดตามดูแลถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เหมาะสมแก่การนำไปใช้เพื่อติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะ : ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลได้ครอบคลุมในทุกมิติ เสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อภาวะสุขภาพแห่งตนและส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง, Telehealth, การติดตามดูแล, รูปแบบการดูแล, เครือข่ายประสานงานสาธารณสุข

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ห้องคลอด โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author: Email: Tassa_aor@bcnu.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Development of a monitoring model for high-risk pregnant women using Telehealth in the Nonsa-ad District Public Health Coordination Network, Udonthani

Suwadee Polnumtiang, M.N.S.¹Tassaneewan Krungsaenmuang, M.N.S.^{2*}Jittanun Srisuwan, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Monitoring high-risk pregnant women helps them access healthcare services, receive continuous risk screening and assessment, and obtain immediate nursing and treatment if there are signs of potential complications during pregnancy.

Research objective: To develop a model for monitoring high-risk pregnant women within the public health coordination network in Nonsa-ad District, Udonthani

Research methodology: This study employed Research and Development (R&D) methods, applying the principles of practice development based on The IOWA Model of Evidence- Based Practice to Promote Quality of Care. The process involved five steps across three continuous development phases. The purposive sample included 25 healthcare staff members and 29 high-risk pregnant women. Phase 1 involved analyzing and clearly identifying problems. Phase 2 focused on developing a prototype with input from experts and conducting pilot testing. Phase 3 involved refining the prototype and implementing it. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis. Key points were summarized, and data reliability was ensured via individual data verification and group processes.

Results: The developed model for monitoring high-risk pregnant women using Telehealth includes 1) Seamless network & Spiritual 2) Education & Encourages 3) Consult & Counseling and 4) Telehealth & Follow. Healthcare staff expressed a very high level of agreement with the overall model ($\bar{X}$ =4.27, S.D. =0.70) and high-risk pregnant women reported a high level of satisfaction with the overall model ($\bar{X}$ =4.06, S.D. =0.86).

Conclusion: The monitoring model was systematically developed and is suitable for application in monitoring high-risk pregnant women.

Suggestions: Access to services should be expanded to ensure comprehensive care for pregnant women in all dimensions. Awareness of personal health conditions should be enhanced, and health-promoting behaviors should be encouraged.

Keywords: High-risk pregnancy, Telehealth, Monitoring, Monitoring model, Public Health Coordination Network

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level Labor Room Non sa-ad Hospital, Udonthani

² Lecturer, Department of Maternal-Child Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing Udon Thani.

* Corresponding author: Email: Tassa_aor@bcnu.ac.th

³ Lecturer, Department of Maternal-Child Nursing and Midwifery, Boromarajonani College of Nursing Udon Thani.

บทนำ

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาทารก ตั้งแต่ระยะของการตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ตลอดจนการบาดเจ็บ ป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และเสียชีวิต ซึ่งการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบได้ประมาณร้อยละ 7-21 ของการตั้งครรภ์ปกติ¹ ประเทศไทยได้กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุขเพื่อวัดสภาวะสุขภาพประชากร อันจะแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการคุณภาพของการฝากครรภ์ การดูแลระหว่างคลอด และหลังคลอด ซึ่งให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและยังสะท้อนให้เห็นถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม แต่ในพ.ศ.2566-2567 ประเทศไทยยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพเพียงร้อยละ 2.48 และ 5.57 ตามลำดับ อำเภอนนสอาดพบร้อยละ 14.55, 20.49 (เป้าหมายร้อยละ 50)²และมีอัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปีพ.ศ. 2563-2567 เท่ากับ 25.1, 26.6, 25.9, 21.4 และ 18.85 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายคือไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน³ ในส่วนจังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2562-2565 มีอัตราการตายมารดาเท่ากับ 26.7, 16.95, 46.3, 19.17 ตามลำดับ⁴ โรงพยาบาลโนนสอาด พ.ศ. 2563-2567 มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำนวน 127, 162, 181, 179 และ 84 รายตามลำดับ โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ เคยผ่าท้องคลอดในครรภ์ก่อน มีภาวะซีด ทารกตัวโต ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด โรคทางนรีเวชกรรม อายุครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์เป็นอยู่เดิม และการใช้สารเสพติด

เครือข่ายประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลโนนสอาด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด F2 ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 10 แห่ง มีความตระหนักถึงผลกระทบที่อันตรายของครรภ์เสี่ยงสูง จัดบริการฝากครรภ์คลินิกครรภ์เสี่ยงสูงตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก อุดรธานี (Udonthani model classifying pregnancy 2022) 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยการคัดกรองและจัดระดับความเสี่ยงตามเกณฑ์ ซึ่งขณะทำงานเครือข่ายคลินิกครรภ์เสี่ยงได้มีการประชุมทบทวน พบว่า การจัดบริการคลินิกครรภ์เสี่ยงยังมีประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนา ได้แก่ 1) การบันทึกเวชระเบียนและการเข้าถึงข้อมูลของเจ้าหน้าที่ล่าช้า ส่งผลถึงการให้บริการสุขภาพล่าช้า 2) การคืนข้อมูลให้เครือข่ายพื้นที่เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุม 3) การรับรู้สภาวะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง ไม่ครอบคลุมทำให้ขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยของการตายมารดาโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย พบว่า 1) สตรีตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแลและสังเกตความเสี่ยงด้วยตนเอง เข้ารักษาไม่ต่อเนื่องล่าช้า 2) มีปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างสถานบริการเมื่อต้องส่งต่อกรณีเร่งด่วน กระบวนการส่งต่อหลายขั้นตอน 3) มีความล่าช้าในการรับการดูแลที่มีคุณภาพ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่มีการวินิจฉัย ดูแลรักษาและส่งต่อล่าช้า 2) เจ้าหน้าที่ขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินความเสี่ยงที่แผนกฝากครรภ์ และการประเมินการเสียเลือดที่ห้องคลอดล่าช้า 3) คลังเลือดไม่พร้อม³ ซึ่งปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการพัฒนาระบบการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมทั้งการประเมินและคัดกรอง การจัดการเพื่อลดความเครียด การสื่อสารด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ให้เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางได้จริง รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์เกิดความพึงพอใจ⁵ โทรศัพท์มือถือเป็นช่องทางในการสื่อสาร เพื่อเข้าถึงความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมหรือแก้ปัญหาสุขภาพ⁶ การสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์มือถือทิวต่อความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์⁷ รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขมีการประกาศนโยบายและทิศทางการดำเนินงานประจำปีงบประมาณพ.ศ.2566 - 2568 ซึ่งมีผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล โดยโรงพยาบาลทุกแห่งใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

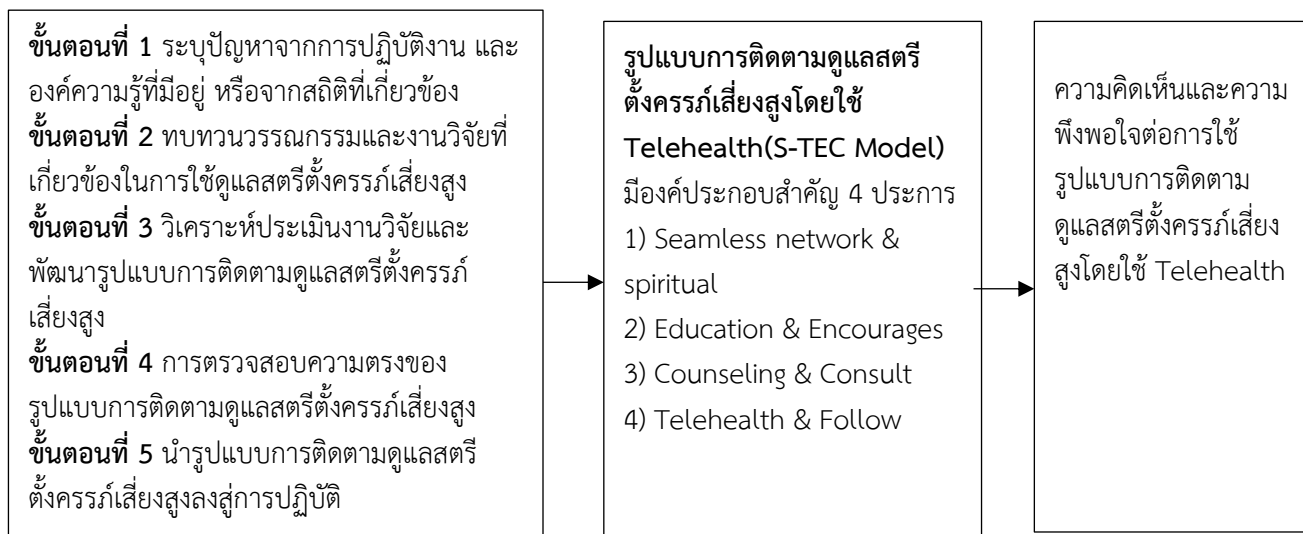
ร่วมกับการ แพทย์ทางไกล (telemedicine) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว เพื่อพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยให้สามารถดูแลสุขภาพกาย-ใจ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง⁸ ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพให้สตรีตั้งครรภ์ จึงต้องมีการพัฒนาให้ทันต่อเทคโนโลยีดิจิทัลและวิชาการที่สมัย และเพื่อพัฒนาประเด็นปัญหาของการจัดบริการคลินิกครรภ์เสี่ยงของคปสอ.ดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth หรือระบบการให้คำปรึกษาสุขภาพทางไกล ตามแบบจำลองของไอโอวา (IOWA Model of evidence-base practice to promote quality of care)⁹ เพื่อติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ให้ได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย ได้รับการคัดกรองประเมินความเสี่ยงได้ทันที่ที่มีความครอบคลุมในทุกมิติ และเกิดคุณภาพการดูแลขณะฝากครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth ในด้านความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง โดยประยุกต์ใช้หลักการตามแบบจำลองของไอโอวา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ใช้หลักการตามแบบจำลองของไอโอวา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ตามวงจรแบบต่อเนื่องเป็นระยะ จนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือแนวทางแก้ปัญหา โดยประยุกต์ใช้หลักการตามแบบจำลองของไอโอวา 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ระบุปัญหาจากการปฏิบัติงานและองค์ความรู้ที่มีอยู่ หรือจากสถิติที่เกี่ยวข้อง 2) ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) วิเคราะห์ประเมินงานวิจัย และพัฒนาเป็นรูปแบบ 4) การตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา 5) การนำรูปแบบการพัฒนาสู่การปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลโนนสะอาดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)เครือข่าย 10 แห่ง และสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลโนนสะอาด และรพ.สต.เครือข่ายทั้ง 10 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1.เจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานฝากครรภ์ ในรพ.สต.เครือข่าย 9 แห่ง แห่งละ 1 คน ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลโนนสะอาด 6 คน พยาบาลห้องคลอดและหลังคลอด 5 คน และแพทย์ทั่วไปทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในโรงพยาบาลโนนสะอาดจำนวน 5 คน รวมเจ้าหน้าที่ 25 คน

2.สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ที่เข้ารับบริการหน่วยคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง ห้องคลอด หลังคลอด โรงพยาบาลโนนสะอาดและเครือข่ายรพ.สต. ตามแบบคัดกรอง Udonthani Clarifying High Risk pregnancy Model 2022 ร่วมกับเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข (สมุดฝากครรภ์) ระหว่างวันที่วันที่ 1 พ.ค. 2566 – 31 ก.ย. 2566 ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการยืนยันตัวตนในการใช้บริการ และขึ้นทะเบียนครรภ์เสี่ยงสูงที่คลินิกครรภ์เสี่ยงสูงโรงพยาบาลโนนสะอาด มีโทรศัพท์มือถือที่ใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ สามารถวิดีโอคอลได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 29 คน เกณฑ์การคัดออกคือ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ประเด็น บริบท สถานการณ์และทัศนคติ เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้น เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือ จากงานวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในห้องคลอด โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี¹⁰

2) แบบสอบถามข้อมูลในการระดมสมอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนา เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือ จากงานวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในห้องคลอด โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี⁸

3) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อรูปแบบ โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติเพื่อการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) มีคำถามหลักแบบรายชื่อจำนวน 23 ข้อ(6หมวด) และคำถามภาพรวม 2 ข้อ ใช้ระบบการให้คะแนน 7 ระดับ (1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก ถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) แต่ละหมวดคะแนนเต็มร้อยละ 100 ทั้งนี้ไม่ได้กำหนดคะแนนต่ำสุดของแต่ละหมวด หรือรูปแบบ ผู้ใช้งานควรทำการตัดสินใจและคำนึงถึงบริบทที่ AGREE II ถูกนำมาใช้งานเป็นหลัก^{11 5} ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาเกณฑ์คะแนนต่ำสุดที่ร้อยละ 60

4) แบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีจำนวน 5 ข้อ วิเคราะห์และแปลผล โดยรวมคะแนนคำตอบแต่ละข้อในแต่ละประเด็นความความคิดเห็น แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

5) แบบสอบถามความพึงพอใจสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อรูปแบบการติดตามดูแลโดยใช้ Telehealth จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์และแปลผล โดยรวมคะแนนคำตอบแต่ละข้อในแต่ละประเด็นความพึงพอใจ แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย แบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่และแบบสอบถามความพึงพอใจสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงใช้เกณฑ์การวัดตามระบบ Likert Scales แบ่งเป็น 5 ระดับ กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย
4.21 - 5.00

แปลความหมาย
มากที่สุด

3.41 - 4.20	มาก
2.61 - 3.40	ปานกลาง
1.81 - 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ และแบบสอบถามความพึงพอใจสตรีตั้งครรภ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 ทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ 10 รายและสตรีตั้งครรภ์ 10 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง รวม จำนวน 20 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาที่เหมาะสมกับบริบทของตัวอย่าง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตามความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.92 และ 0.84 ตามลำดับ และจากการประเมินคุณภาพรูปแบบโดยใช้ AGREE II โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่ารูปแบบการติดตามดูแลโดยใช้ Telehealth ฯ มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 60 ทั้ง 6 หมวดและคะแนนภาพรวม ผู้ประเมินเห็นสมควรในการนำแบบฉบับไปใช้งาน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและปัญหาให้ชัดเจน การพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลติดตามสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงตามแบบจำลองไอโอวา ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายประสานงานสาธารณสุขอำเภอโนนสะอาด จำนวน 25 ราย ร่วมระดมสมองและให้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและวิเคราะห์สาเหตุจากการปฏิบัติงาน (Problem Focus Trigger) หรือการทบทวนความรู้ (Knowledge Focused trigger) หรือจากสถิติที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรัชญาหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ วิธีการแก้ไขที่ผ่านมา และสิ่งที่คาดหวังของแต่ละพื้นที่ เพราะแต่ละพื้นที่ปัญหาแตกต่างกันไปทั้งนี้ขึ้นกับความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม สังคมเศรษฐกิจ (spirituality) และกำหนดทิศทางในการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดรูปแบบบริการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ตามกรอบ PICO Framework⁽¹²⁾ ดังนี้ Population or Problem: สตรีตั้งครรภ์เสี่ยง, Intervention or area of interest: แนวปฏิบัติ รูปแบบการดูแล การส่งเสริมป้องกันภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง, Comparison: การเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน Outcome: ผลของแนวปฏิบัติหรือรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PUBMED, joannabriggs.edu.au, guideline.gov, cochrane.org ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ ในประเทศไทย ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ประเมินงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยนำงานที่สืบค้นมาวิเคราะห์เพื่อตัดสินคุณภาพงานวิจัยที่มีความเหมาะสมทั้งหมด 9 เรื่อง นำมาใช้พัฒนาได้จริงตามบริบทที่เป็นอยู่ภายใต้งบประมาณที่จำกัด และยกร่างพัฒนาเป็นรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth เครือข่ายประสานงานสาธารณสุขอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี (S-TEC Model)

ระยะที่ 2 พัฒนาด้านแบบและทดลองใช้ การประเมินคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาและความเป็นไปได้ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความมีคุณค่าและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำรูปแบบการติดตามดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ปรับปรุงต้นแบบและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ปรับปรุงต้นแบบรูปแบบการติดตามดูแลให้เหมาะสม ขั้นตอนที่ 5 นำต้นแบบรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงด้วย Telehealth ฯ ที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจนสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม หลังจากนั้นประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้รับบริการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2566 รหัสโครงการ: UDRDC 7866 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ข้อมูลวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล วิเคราะห์สรุปประเด็น(Thematically analysis) และความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลและการทวนสอบผ่านกระบวนการกลุ่ม

ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealthฯ ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาหระบุปัญหาให้ชัดเจน จากการระดมสมองและสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายประสานงานสาธารณสุขอำเภอโนนสะอาด จำนวน 25 ราย สภาพปัญหาที่พบคือ ผู้รับบริการมีจำนวนมาก มีกิจกรรมการตรวจรักษาที่หลากหลายในแต่ละผู้รับบริการ เกิดความเร่งรีบในการให้บริการและกิจกรรมการรักษาต่างๆ เกิดการหลงลืมหรือข้อผิดพลาดของการบันทึกข้อมูล การให้สุศึกษาคำแนะนำสตรีตั้งครรภ์มีความเร่งรีบทำให้นโยบายคำแนะนำอาจไม่ครอบคลุม สถานที่ไม่เป็นส่วนตัวบางเนื้อหาจึงถูกจำกัดคำอธิบาย เกิดความเกรงใจต่อเจ้าหน้าที่และกลุ่มผู้มาใช้บริการด้วยกัน ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่กล้าซักถามข้อสงสัย ตลอดจนการเร่งรีบ ระยะทางที่ต้องใช้เวลาในการเดินทางไป-กลับบ้าน สรุปประเด็นปัญหาคือ 1) การบันทึกเวชระเบียนในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความล่าช้า ทำให้การเข้าถึงข้อมูลล่าช้า ส่งผลถึงการให้บริการสุขภาพที่ล่าช้า 2) การคืนข้อมูลให้เครือข่ายพื้นที่เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุม 3) การรับรู้สถานะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ไม่ครอบคลุมทำให้ขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจตามนัด ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ 4) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีจำนวนน้อยไม่เหมาะสมต่อจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ 5) สถานที่ในการจัดบริการให้ความรู้ สุขศึกษาคำแนะนำ ไม่มิดชิด ไม่มีความเป็นส่วนตัว 6) การทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยที่หลากหลาย ประกอบกับสตรีตั้งครรภ์ไม่ทราบและไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนทำให้ใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลนาน คณะทำงานเครือข่ายจึงได้มีมติร่วมกันในการที่จะพัฒนาแบบการจัดการบริการคลินิกครรภ์เสี่ยง กำหนดให้ครอบคลุมการพยาบาล 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมการควบคุมป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดการบริการสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ตั้งแต่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพขณะอยู่ที่บ้าน การส่งเสริมและรักษาพยาบาลภายในคลินิกครรภ์เสี่ยง จนถึงจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ผลจากการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดรูปแบบบริการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง พบว่ามีงานวิจัยที่ตรงประเด็นมีความน่าเชื่อถือ 9 เรื่อง ซึ่งกล่าวถึงประสิทธิภาพของการนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในการสื่อสารเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีผลลัพธ์ของการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ดี ได้วิเคราะห์เพื่อตัดสินคุณภาพงานวิจัยที่มีความเหมาะสม นำมาใช้พัฒนาได้จริงตามบริบทที่เป็นอยู่ภายใต้งบประมาณที่จำกัด

ดังนั้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ประเด็นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงพัฒนาเป็นรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth (S-TEC Model) ขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) การประสานการทำงานแบบไร้รอยต่อของเครือข่าย (Seamless network & Spiritual) 2) การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ กำลังใจ(Education & Encourages) 3) การขอคำปรึกษาจากผู้ชำนาญกว่า(Consult) และการให้คำปรึกษา (Counseling) 4) การให้คำปรึกษาและการติดตามเยี่ยมทางไกล (Telehealth & Follow)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและทดลองใช้ มีการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความมีคุณค่าและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 3 ท่าน โดยได้พัฒนารูปแบบการดูแลตามข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) แนวทางการให้คำปรึกษา ซึ่งสามารถขอรับคำปรึกษา จากผู้ชำนาญกว่าในทุกระดับของเครือข่ายตั้งแต่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) คลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงในโรงพยาบาล ห้องคลอด แผนกหลังคลอด ตลอดจนโรงพยาบาลแม่ข่าย 2) แนวทางการให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตามช่วงอายุครรภ์ และ 3) ให้มีเบอร์โทรศัพท์สายตรงที่สตรีตั้งครรภ์สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และนำรูปแบบการติดตามดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ปรับปรุงรูปแบบและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีพัฒนารูปแบบการติดตามดูแลให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มการให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำครอบคลุมถึงญาติหรือผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง ได้เป็นต้นแบบรูปแบบที่เหมาะสม สามารถแก้ปัญหาการติดตามดูแลได้อย่างครบถ้วน และนำต้นแบบรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงด้วย Telehealth ที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้นประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้รับบริการ

รูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth ในเครือข่ายประสานงานสาธารณสุขอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี (S-TEC Model) ภายใต้การดูแลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กอุดรธานี ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

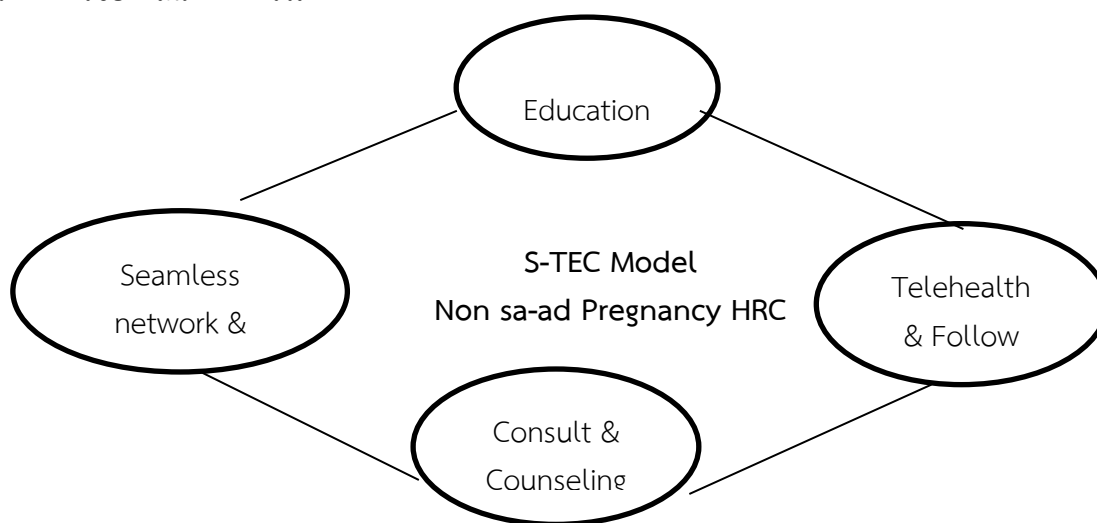
1) การประสานการทำงานแบบไร้รอยต่อ (Seamless network & Spiritual) หมายถึง 1.1) ให้ทุกสถานบริการของเครือข่ายทั้ง 10 แห่งลงข้อมูลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงด้วยโปรแกรม Google sheet 1.2) มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ของผู้ที่เกี่ยวข้องด้านแม่และเด็กทั้งเครือข่าย แจ้งเบอร์โทรศัพท์สายตรงของห้องคลอดโรงพยาบาลโนนสะอาด ที่เจ้าหน้าที่งานแม่และเด็กทั้งเครือข่ายในพื้นที่ สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2) การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ กำลังใจ(Education & Encourages) โดยให้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและอาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ทั้งที่เป็นอยู่และอาจจะเกิดขึ้น กิจกรรมการตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ เช่น เบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ความดันสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในแต่ละช่วงอายุครรภ์ ในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและมีระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่เร่งรีบ

3) การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ (Consult) และการให้คำปรึกษา (Counseling) เครือข่ายประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โรงพยาบาลโนนสะอาดซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด F2 ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 10 แห่ง มีการจัดระบบบริการฝากครรภ์คลินิกครรภ์เสี่ยงสูง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยการคัดกรองและจัดระดับความเสี่ยงตามเกณฑ์ Udonthani model classifying pregnancy 2022 ดูแลโดยสูติแพทย์ที่หมุนเวียนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเดือนละ 1 ครั้ง งานห้องคลอดรับทำคลอดในรายเสี่ยงต่ำและการคลอดฉุกเฉินที่นอกเหนือการควบคุม เช่น การคลอดติดไหล่ การคลอดท่าก้น คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ดังนั้นทุกการตั้งครรภ์และการคลอดที่มีความเสี่ยงสูง จะได้รับการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ และดูแลโดยสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ในการขอ

และการให้คำปรึกษาสามารถกระทำได้ ระหว่างแพทย์เวชและพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกฝากครรภ์ทั้ง 10 แห่ง ด้วยโทรศัพท์สายตรงห้องคลอด โดยพยาบาลห้องคลอดที่หมุนเวียนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง ทำหน้าที่ประสานหากมีกรณีฉุกเฉิน หรือแม้แต่สตรีตั้งครรภ์ก็สามารถโทรสายตรงเพื่อขอคำปรึกษาได้จากผู้ชำนาญกว่าในทุกระดับของเครือข่าย ตั้งแต่ อสม. รพ.สต. คลินิกฝากครรภ์เสี่ยงสูงในโรงพยาบาล ห้องคลอด แผนกหลังคลอด และโรงพยาบาลแม่ข่าย

4) การให้คำปรึกษาและการติดตามเยี่ยมทางไกล (Telehealth & Follow) เป็นการติดตามดูแลให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและญาติหรือผู้ดูแล โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาสุภาพนั้นๆ เช่น พยาบาลผดุงครรภ์ โภชนากร แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด และทันตกรรม โดยไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ ด้วยวิธีการทางโทรศัพท์ เช่น การโทรศัพท์พูดคุยโดยตรง การโทรหรือส่งข้อความผ่านทางไลน์ส่วนตัว วิดีโอคอล และ Line OA ซึ่งเป็นช่องทางไลน์ที่เป็นทางการของคลินิกฝากครรภ์



ภาพที่ 2 รูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth ในเครือข่ายประสานงานสาธารณสุขอำเภอนินสะอาด จังหวัดอุดรธานี (S-TEC Model)

ผลการประเมินความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กต่อรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้ Telehealth พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้ Telehealth ภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.27, S.D. =0.70) พิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth เป็นประโยชน์ต่อการใช้เพื่อติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงครอบคลุม เหมาะสม ($\bar{X}$ =4.44, S.D. =0.64) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth (n=25)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.รูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในโรงพยาบาล	4.20	0.69	มาก
2. รูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth เป็นประโยชน์ต่อการใช้เพื่อติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงครอบคลุม เหมาะสม	4.44	0.64	มากที่สุด
3. รูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth เป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและญาติในการได้รับบริการ อย่างมีคุณภาพ	4.24	0.76	มากที่สุด

4. ความพึงพอใจในการปฏิบัติตามรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth ^๓	4.32	0.73	มากที่สุด
5. ความสำคัญในการใช้รูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth ^๓ และสามารถนำมาใช้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้เป็นอย่างดี	4.16	0.67	มาก
ภาพรวมเฉลี่ย	4.27	0.70	มากที่สุด

ผลการประเมินความพึงพอใจสตรีตั้งครรภ์ต่อรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth^๓ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้ Telehealth^๓ ภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$ =4.06, S.D. =0.86) พิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีความรวดเร็ว ไม่ต้องรอคิว และมีความเป็นส่วนตัว ($\bar{X}$ =4.62, S.D. =0.55) รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ระยะเวลาการให้บริการมีความเหมาะสมตรงต่อความต้องการ ไม่เร่งรีบ ($\bar{X}$ =3.34, S.D. =1.12) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจสตรีตั้งครรภ์ต่อรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth^๓ (n=29)

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.การติดตามดูแลทางโทรศัพท์ที่มีความสะดวกในการใช้บริการ	3.38	1.19	ปานกลาง
2.ขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความคล่องตัว	4.03	1.00	มาก
3.การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่มีความรวดเร็ว ไม่ต้องรอคิว และมีความเป็นส่วนตัว	4.62	0.55	มากที่สุด
4.ระยะเวลาการให้บริการมีความเหมาะสมตรงต่อความต้องการ	3.34	1.12	ปานกลาง
5.การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล	4.34	0.80	มากที่สุด
6.การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เจ้าหน้าที่ให้เวลาและเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ได้ซักถามข้อสงสัยมากกว่า	4.14	0.86	มาก
7.เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น ใส่ใจในภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ การถามอาการผิดปกติ ชี้แจงข้อสงสัย ให้คำแนะนำดี	4.48	0.62	มากที่สุด
8.เจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ แก่ท่านด้วยความเข้าใจ	4.14	0.78	มาก
9.เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา เช่น การขอเลื่อนวันนัด หรือเลือกสถานพยาบาลใกล้บ้าน	3.38	1.16	ปานกลาง
10.การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ได้รับคำแนะนำตรงตามความต้องการ	4.03	0.85	มาก
11.การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ขั้นตอนในการเข้า รับบริการ และแจ้งประสานได้ดี	4.03	0.81	มาก
12.การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ช่วยให้ได้รับบริการที่รวดเร็วไม่ย้อนกลับ ไป-มา	4.45	0.50	มากที่สุด
13.การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ได้รับข้อมูล การรักษาที่เป็นประโยชน์ สามารถดูแลตนเองด้วยความปลอดภัยได้	4.03	0.76	มาก

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
14.ติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ได้รับคำแนะนำอย่างชัดเจนถึงอาการผิดปกติ ที่ต้องกลับมาพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด	4.07	1.05	มาก
15.ความพึงพอใจต่อการให้บริการติดตามดูแล/ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยรวมในระดับใด	4.24	0.86	มากที่สุด
ภาพรวมเฉลี่ย	4.06	0.86	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth^๓ เป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้หลักการตามแบบจำลองของไอโอวา ทำให้องค์ประกอบของรูปแบบการติดตามดูแลนี้มีกระบวนการสร้างอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยการประเมินถึงความเหมาะสมแก่บริบทที่เป็นอยู่ภายใต้งบประมาณที่จำกัด ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมที่การบันทึกเวชระเบียนส่งต่อล่าช้า ส่งผลถึงการเข้าถึงข้อมูลและให้บริการสุขภาพที่ล่าช้า การติดตามดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุม สถานที่ในการจัดบริการให้ความรู้ คำแนะนำ ไม่มีชัดเจน ไม่มีความเป็นส่วนตัว รวมไปถึงผู้รับบริการไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการมาตรวจตามนัด ซึ่งพัฒนาโดย 1) มีการประสานการทำงานแบบไร้รอยต่อของเครือข่าย (Seamless network & Spiritual) จะช่วยให้มีการสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ชุดเดียวกัน ติดตามดูแลได้ต่อเนื่องครอบคลุมประเด็นความเสี่ยง สามารถติดตามแผนการรักษาของสตรีตั้งครรภ์ได้เป็นปัจจุบัน เกิดความรวดเร็วของการประสานงานเบื้องต้น และการประสานงานจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ที่มีความเข้าใจวิถีการดำรงชีวิตในสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และจิตวิญญาณ (Spiritual) ของสตรีตั้งครรภ์ อาจจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้ โดยปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กำลังใจและความห่วงใยจากครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ซึ่งถือเป็นแหล่งของกำลังใจที่สำคัญ¹³ 2) การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ กำลังใจ (Education & Encourages) จะช่วยส่งเสริมการรับรู้สุขภาพแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและครอบครัว ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซ้อนขณะตั้งครรภ์ การใช้พื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและมีระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่เร่งรีบ จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจในการขอคำปรึกษาและการรับฟังข้อมูลต่างๆ 3) การขอคำปรึกษาจากผู้ชำนาญกว่า (Consult) และการให้คำปรึกษา (Counseling) ในทุกระดับจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลอย่างชัดเจน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีช่องทางประสานส่งต่อข้อมูลขอรับแนวทางในการพยาบาลและการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกันชัดเจน ครอบคลุม เพื่อใช้วางแผนการคลอดไปจนถึง 42 วันหลังคลอด 4) การให้คำปรึกษาและการติดตามเยี่ยมทางไกล (Telehealth & Follow) เป็นการติดตามดูแลให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและญาติหรือผู้ดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ตามวิธีการที่ผู้รับบริการสะดวก ซึ่งจะมีความเป็นส่วนตัว ลดการเดินทางไปโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอย ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ได้รับการดูแลที่ตรงประเด็น สามารถสอบถามข้อสงสัยในพื้นที่ความเป็นส่วนบุคคลโดยไม่ได้จำกัดด้วยเรื่องของเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของชลดา ผิวม่วง และคณะ⁵ ที่ได้นำระบบเทคโนโลยีดิจิทัล มาส่งเสริมประสิทธิภาพการสื่อสารทั้งในทีมการพยาบาลและสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า การนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสื่อสาร สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

จากการนำรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงไปใช้ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กในเครือข่าย มีระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealth^๓ คะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด เนื่องจากเป็นรูปแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายสามารถใช้ปฏิบัติได้จริง และเกิดประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์และญาติผู้ดูแล สอดคล้อง

กับการศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติคุณภาพ การบริการผู้คลอด โดยจัดการดูแลที่ห้องรับใหม่ การดูแลที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนด และการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ ได้ร้อยละ 100 หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านในภาพรวมระดับปานกลาง และพบว่าร้อยละ 90.11 สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง¹⁴ ซึ่งเป็นผลดีแก่สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ส่วนกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหลังได้รับการ มีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการติดตาม ดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงโดยใช้ Telehealthฯ คะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เนื่องจากการ ติดตามดูแลที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวนาน ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เจ้าหน้าที่สามารถให้คำแนะนำได้ตรง ประเด็นปัญหาที่ต้องการ และมีความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยง สูงในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล (digital transformation) ซึ่งมีการให้ความรู้ในรูปแบบ E-learning สตรี ตั้งครรภ์ สามารถเรียนรู้ได้เองผ่านสมาร์ตโฟน สามารถลดข้อจำกัดเรื่องเวลาที่มีน้อยในการบริการ การให้คำปรึกษา เฉพาะรายบุคคลในปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกันในไลน์กลุ่ม ทำให้คุณภาพเชิงลึกในการดูแลเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีคะแนนความรู้เรื่องการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ ตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ มีความพึงพอใจในระดับดีมาก¹⁵

จากการพัฒนาแบบการติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งอาศัยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ เกี่ยวข้อง โดยการประเมินถึงความเหมาะสมแก่บริบทที่เป็นอยู่ภายใต้งบประมาณที่จำกัด มีการพัฒนาปรับปรุงเป็น ระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รูปแบบสามารถแก้ไขปัญหาได้ครอบคลุมที่สุด จึงทำให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความเห็นว่ รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประโยชน์ต่อการใช้เพื่อติดตามดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในเครือข่ายหรือพื้นที่อื่นๆ ควรนำรูปแบบการติดตามดูแลสตรี ตั้งครรภ์เสี่ยงไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และจากผลความพึงพอใจของสตรีตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่ควรเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผน/การรักษา เช่น การขอเลื่อนวันนัด หรือเลือกสถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือระยะเวลา ที่ต้องการรับบริการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงให้ตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการดูแล และ ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

References

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. World Health Organization; 2019. [cited 2023 March 4] Available from: <https://www.who.int/reproductive-health/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
2. Health Data Center Udonthani Provincial Public Health Office Regional Health Promotion Center 8. Percentage of pregnant women receiving quality antenatal care services; 2024 [cited 2024 Dec 11]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/udn/public/standard-report-detail/5087190fa0a3c28974fdde7fd1443d5e> (in Thai)
3. Maternal and Early Childhood Health Group, Department of Health. Analysis of maternal

- mortality in Thailand: Fiscal Year 2024; 2024 [cited 2024 Dec 11]. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC32/OPDC2568_IDC3-2_01-1.pdf (in Thai)
4. Health Promotion Center Region 8, Department of Health. Analysis report of indicator 1.1:Level of success in driving health promotion activities for women and early childhood groups: Udonthani Provincial Public Health Office; 2025 [cited 2025 Mar 20]. Available from: https://hpc8.anamai.moph.go.th/th/mother2568/download?id=117554&mid=38878&mkey=m_document&lang=th&did=448164. (in Thai)
 5. Piwpong C, Kosol S, Suthijumrong J, Chunual S. The Development Nursing System of Pregnancy induced Hypertension in Suratthani Hospital. *Region 11 Medical Journal*. 2022;36: 1-12. (in Thai)
 6. Kanjanawetang J, Choksuwattanasakul M, Sittivong S. Development of Application Program on Personal Communication Devices for Promoting Health of Adolescent Pregnant Women: PREG-CAL 3.0. Faculty of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima; 2019. (in Thai)
 7. Daly LM, Horey D, Middleton PF, Boyle FM, Flenady V. The Effect of Mobile App Interventions on Influencing Healthy Maternal Behavior and Improving Perinatal Health Outcomes: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018; 6(8): e10012
doi: 10.2196/10012
 8. Office of Strategy and Planning Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public Health Focus Policy 2023 of Dr. Opas Karnkawinpong, Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Dec 25]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/10/Slide-policy-66-V.7.pdf>
 9. Iowa Model Collaborative; Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, Kleiber C, McCarthy AM, Rakel B, Steelman V, Tripp-Reimer T, Tucker S. Authored on behalf of the Iowa Model Collaborative. Iowa Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017 Jun;14(3):175-182. doi: 10.1111/wvn.12223. Erratum in: *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017 Oct;14(5):425. doi: 10.1111/wvn.12259. PMID: 28632931.
 10. Pitichokphokin J, Amornsing P, Wongklang N, Pitichokphokin S. Development of nursing practice guidelines for pregnant women with severe preeclampsia in the labor room at Natthal Hospital, Ubon Ratchathani. 2020. (in Thai)
 11. Medical Technology Research and Assessment Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II); 2013 [cited 2025 Mar 20]. Available from: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>
 12. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to

- improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2007;7: 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-7-16> (in Thai)
13. Pilaikiat R, Lamloung U. High-Risk Pregnant Women's Spiritual Experiences. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council.* 2020;35(3):121-138.
14. Chuntopas P, Mayukhachot S, Howharn C. Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women with Premature Labor. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.* 2021; 8(2), 123-137. (in Thai)
15. Songsermpong S, Rodphotong J, Piriyaudomphorn P. Development of a Care Model for High-Risk Pregnant Women in the Digital Transformation Era. *Journal of Health Science.* 2023;32(1): S125-S137. (in Thai)

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์

Received: 9 February 2025

Revised: 21 April 2025

Accepted: 25 April 2025

มณีนรีศรี พัฒนสมบัติสุข ปร.ด.^{1*} รียะห์ วิยะ พย.บ.²อรรว มะแข็ง พย.บ.³ นีอัพนาน นิยะ พย.บ.⁴อารีสา สาและ พย.บ.⁵, หงษ์ ไซนาพงษ์ พย.บ.⁶

บทคัดย่อ

บทนำ: การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทารกแรกเกิด ส่งผลต่อความเครียดและเศรษฐกิจของมารดาและครอบครัว รวมถึงค่าใช้จ่ายของประเทศในการรักษาพยาบาลมารดาและทารกที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 20-36⁺⁶ สัปดาห์ ในจังหวัดยะลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้จำนวน 122 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70, .93, .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคร้สแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์การถ่วงของคราเมอร์

ผลการวิจัย: ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงสุด 5 อันดับแรก คือ มีฟันผุ/เหงือกอักเสบ (49.18%) นวดเต้านม/กระตุ้นหัวนม (43.44%) ทำงานหนักยืนหรือเดินนานๆ (40.16%) มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไป (36.06%) และพักผ่อนไม่เพียงพอ (33.61%) ความเพียงพอของรายได้ มีปัจจัยเสี่ยง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับต่ำ (.29, .27, .28 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักว่าปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมของตนเองอาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้

สรุปผล: ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะ: การให้ความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์เป็นอีกวิธีที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้

คำสำคัญ: คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author E-mail: piamsook@bcnyala.ac.th

² พยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คู่มือเกล้า

³⁻⁵ พยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมัย

⁶ พยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

Factors related to self-care practice to prevent preterm birth among pregnant women in Yala Province

Maneeratsami Pattanasombutsook Ph.D.^{1*} Nureeyah Woh B.N.S.²

Arwa Maseng B.N.S.³ Niafnan Niyeh B.N.S.⁴

Areesa Salaeh B.N.S.⁵, Hong Chainapong B.N.S.⁶

Abstract

Introduction: Preterm birth (PTB) is a significant public health issue, representing a major cause of neonatal mortality. It imposes stress and economic burdens on mothers and families, as well as substantial healthcare expenditures of the nation for the treatment of preterm labor and preterm infants.

Research objectives: To examine the relationships between personal factors, risk factors for preterm birth, health literacy, and preterm birth prevention behaviors among pregnant women.

Research methodology: The population used in this descriptive study was pregnant women with a gestational age between 20 weeks to 36⁺⁶ weeks in Yala Province. The sample size was calculated using G*Power program, 122 pregnant women were recruited using simple random sampling according to inclusion criteria. The instruments used for collecting data were 1) personal factors questionnaire, 2) a high-risk screening tool for PTB, 3) health literacy regarding PTB questionnaire, and 4) preterm birth prevention behaviors questionnaire. The IOC of all items were between .67 to 1.00. Reliabilities were .70, .93, and .90, respectively. Descriptive statistics, Chi-square statistics, and Crammer's contingency coefficient were using to analyze data.

Results: Results indicated that the top 5 risk factors of PTB were: having dental caries/gingivitis/periodontitis (49.18%), having breast massage or nipple stimulation (43.44%), working hard or standing or walking for a long time (40.16%), having sex after the 5th month of pregnancy (36.06%), and not get enough rest (33.61%). Income sufficiency, having risk factors, and health literacy were significantly related to preterm birth prevention behaviors at a low level (.29, .27, and .28, respectively, $p < .005$). Moreover, most of participants didn't perceive that their risk factors and their behaviors will lead to PTB.

Conclusions: Income sufficiency, having risk factors of PTB, and health literacy are related to preterm birth prevention behaviors.

Implications: Providing education on risk factors and promoting health literacy about PTB among pregnant women is a strategy that can facilitate preventive behaviors against preterm birth.

Keywords: Preterm birth, risk factors, health literacy, preterm birth prevention behaviors

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author E-mail: piamsook@bcnyala.ac.th

² พยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คู่มือเกล้า

³⁻⁵ Nurse, Chaophraya Yommarat Hospital

⁶ Nurse, Regional Health Promotion Center 12 Yala

บทนำ

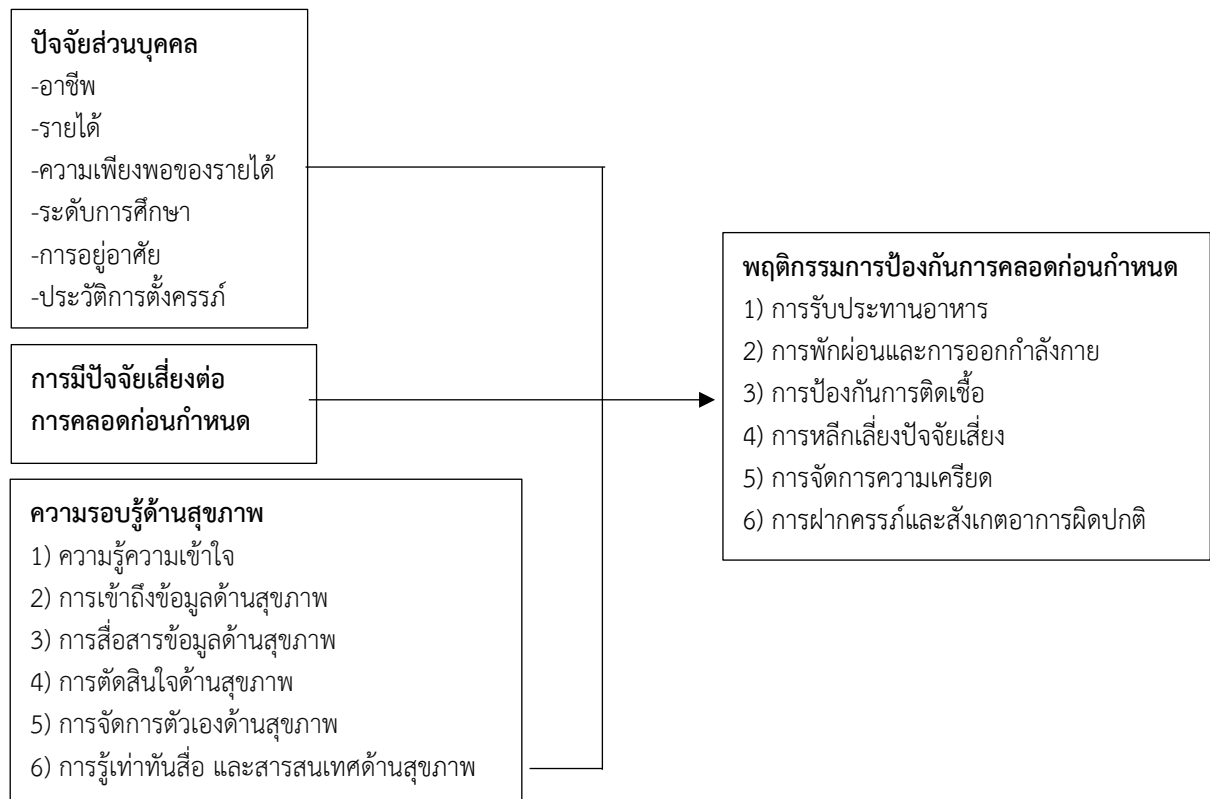
การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดทารกมีชีวิตก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์¹ สำหรับในประเทศไทย กรมการแพทย์² ให้นิยามว่าการคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดทารกมีชีวิตเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงก่อนที่อายุครรภ์จะครบ 37 สัปดาห์บริบูรณ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย³ ให้นิยามว่า การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 20^{0/7} สัปดาห์ถึง 36^{6/7} สัปดาห์ องค์การอนามัยโลก¹ ประเมินการว่าในปี 2020 อัตราการคลอดก่อนกำหนดของประเทศทั่วโลก อยู่ที่ 4%-16% โดยอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ 60% ของการคลอดก่อนกำหนดเกิดในประเทศแถบแอฟริกาและเอเชียใต้ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณ 8-12% หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี⁴

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข² พบว่า ปีงบประมาณ 2560-2565 อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4.4 เป็น 4.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักร้อยละ 40 มาจากการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนั้น การคลอดก่อนกำหนดยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการต่อทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะการหายใจล้มเหลว การติดเชื้อในทางเดินอาหาร ระบบประสาทผิดปกติ เจริญเติบโตช้า หรือมีพัฒนาการล่าช้า⁶ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดต้องนอนพักรักษาตัวเพื่อประคับประคองการตั้งครรภ์ และทารกที่คลอดก่อนกำหนดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อมารดาและครอบครัว ในด้านความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการดูแลทารก

นอกจากนี้ครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ต้องสูญเสียรายได้จากการหยุดงานเพื่อนอนพักประคับประคองการตั้งครรภ์ และมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การดูแลทารกตั้งแต่แรกเกิดและดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะยาว รวมถึงระบบสาธารณสุขของประเทศที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกเพิ่มขึ้น โดยพบว่า มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 170,000 บาท/ราย ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กที่มีกุมารแพทย์เฉพาะทางประจำ เมื่อประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า ประเทศไทยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 2,300,000,000 บาท/ปี สำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่อง หากทารกมีความพิการหรือพัฒนาการล่าช้า⁴

การคลอดก่อนกำหนดมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย⁴ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดรายบุคคลเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลที่สามารถจัดการแก้ไขได้ เช่น การติดเชื้อ ภาวะโภชนาการ การทำงานหนัก หรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ จะช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ในการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดได้ แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดยังขาดความชัดเจน และมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่⁵ และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญต่อการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับสถานการณ์สุขภาพของตนเองเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาเรื่องดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแก่หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20^{0/7} สัปดาห์ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .3 อำนาจในการทำนายเท่ากับ .95 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็นจำนวน 122 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 20 สัปดาห์จนถึง 36⁺⁶ สัปดาห์ ไม่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีให้ข้อมูล และมีเกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เช่น เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นต้น และไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนครบกระบวนการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ การปรึกษาผู้อื่นเมื่อมีปัญหาหรือความเครียด

2) **แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด** ดัดแปลงมาจากแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของ อรพนิต ภูวงษ์ไกร⁶ ข้อคำถามมีจำนวน 27 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก “มี” และ “ไม่มี” เกณฑ์การให้คะแนน คือ มี ให้ 1 คะแนน และไม่มี ให้ 0 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น

3) **แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์** ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ของดวงหทัย เกตุทอง⁷ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ 4) การรู้เท่าทันสื่อ 5) การตัดสินใจด้านสุขภาพ และ 6) การจัดการตัวเองด้านสุขภาพ ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 35 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คือ ไม่ได้ปฏิบัติ - ปฏิบัติทุกครั้ง แปลค่าคะแนน ดังนี้ ระดับน้อย หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย ≤ 2.33 ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 และระดับมาก หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00

4) **แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด** ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร ยา และอื่นๆ 2) การพักผ่อนและออกกำลังกาย 3) การป้องกันการติดเชื้อ 4) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 5) การจัดการความเครียด และ 6) การฝากครรภ์ และสังเกตอาการผิดปกติ ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) คือ ไม่เคยปฏิบัติ - ปฏิบัติเป็นประจำ แปลค่าคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมาหาค่า KR-20 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .70, .93, และ .90 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา จากนั้นเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากสมุดฝากครรภ์สีชมพู ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากสมุดฝากครรภ์สีชมพูที่ได้คัดเลือกไว้แล้ว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมของอาสาสมัคร และให้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีในระหว่างรอตรวจครรภ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา เลขที่ BCNYA-SN 1/2566 วันที่ 26 กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การกำหนดตารางไขว้ (Cross tabulation) สถิติไคร้สแควร์ (Chi-square) และหาค่าสัมประสิทธิ์การถ่วงของคราเมอร์ (Crammer's contingency coefficient) โดยเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ คือ ระดับการวัดของตัวแปรเป็นระดับนามบัญญัติ หรือระดับอันดับ การสุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน และขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ มีเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้

.91-1.00	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
.71-0.90	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
.31-0.70	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
.01-0.30	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ผลการวิจัย**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี (62.29%) รองลงมาอายุตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป (35.25%) มีสถานภาพสมรส (95.90%) นับถือศาสนาอิสลาม (80.33%) อาศัยอยู่กับสามี (73.77%) การศึกษาระดับปริญญาตรี (53.27%) รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช./ปวส. (31.15%) ประกอบอาชีพแม่บ้าน (27.05%) รองลงมา มีอาชีพรับจ้าง (22.13%) และรับราชการ/พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ (18.03%) มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (27.87%) รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท (26.23%) และระหว่าง 15,001-20,000 บาท (25.41%) มีรายได้เพียงพอ (86.88%) ไม่มีโรคประจำตัว (89.34%) ตั้งครรภ์ครั้งแรก (49.18%) และเป็นครรภ์หลัง (50.82%) ส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหา/ความเครียดจะปรึกษาสามี (78.69%)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์

ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือการมีฟันผุ/เหงือกอักเสบแต่ยังไม่ได้รักษา (49.18%) มีการนวดเต้านมหรือกระตุ้นหัวนม (43.44%) ทำงานหนักหรือยืนหรือเดินนานๆ (40.16%) มีเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไป (36.06%) และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (33.61%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ (n = 122)

รายการประเมิน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีฟันผุ/เหงือกอักเสบและยังไม่ได้รักษา	60	49.18	62	50.82
2. มีการนวดเต้านมหรือกระตุ้นหัวนม	53	43.44	69	56.56
3. ทำงานหนักหรือยืนหรือเดินนานๆ	49	40.16	73	59.84
4. มีเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไป	44	36.06	78	63.94
5. นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	41	33.61	81	66.39
6. ได้รับควันทันหรือจากผู้อื่น เช่น สามี คนในครอบครัว ผู้ร่วมงาน	40	32.78	82	67.22
7. อายุต่ำกว่า 20 ปี หรืออายุมากกว่า 35 ปี	38	31.15	84	68.85
8. มีความเครียดและวิตกกังวล	33	27.05	89	72.95

รายการประเมิน	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กิโลกรัม	30	24.59	92	75.41
10. น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น หรือลดลง	29	23.77	93	76.23
11. มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์	27	22.13	95	77.87
12. เดินทางไกลเป็นประจำ	25	20.49	97	79.51
13. มีประวัติหกล้ม/ลื่นล้ม/ประสบอุบัติเหตุในขณะตั้งครรภ์	19	15.58	103	84.42
14. มีการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ไขหวัด ไอ จาม เจ็บคอ	15	12.29	107	87.71
15. มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์นี้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น	15	12.29	107	82.71
16. ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด	13	10.65	109	89.35
17. มีเลือดออกทางช่องคลอดระหว่างตั้งครรภ์	12	9.83	110	90.17
18. เคยแท้งเองตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	11	9.01	111	90.99
19. ตั้งครรภ์ซ้ำอีกครั้งภายใน 1 ปีหลังคลอดบุตรคนล่าสุด	10	8.19	112	91.81
20. เคยคลอดก่อนกำหนด	9	7.37	113	92.63
21. มีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะขุ่น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ	7	5.74	115	94.36
22. มีความผิดปกติของน้ำคร่ำ เช่น น้ำคร่ำมาก น้ำคร่ำน้อย หรือถุง น้ำคร่ำแตก/รั่วก่อนครบกำหนดคลอด	7	5.74	115	94.36
23. มีตกขาวผิดปกติ เช่น สีเหลือง สีเขียว มีกลิ่น	6	4.91	116	95.09
24. มีรกเกาะต่ำ	5	4.09	117	95.91
25. เคยมีประวัติปากมดลูกไม่แข็งแรง หรือเคยเย็บผูกมัดปากมดลูก	4	3.28	118	96.72
26. ตั้งครรภ์แฝด	4	3.28	118	96.72
27. สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1	.82	121	99.18

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.13, S.D.= .71) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.39, S.D.= .56) ด้านสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.79, S.D.= .69) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกรายด้านและภาพรวม (n = 122)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.88	.71	มาก
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ	4.04	.59	มาก
3. ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ	3.79	.69	มาก
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	4.18	.57	มาก
5. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	4.39	.56	มาก
6. ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ	4.36	.51	มาก
โดยรวม	4.13	.45	มาก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์

พฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.24, S.D. = .38) ด้านการฝากครรภ์และสังเกตอาการผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด $\bar{X}$ = 3.59, S.D. = .56) ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.13, S.D. = .52) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ รายด้านและภาพรวม (n=122)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการรับประทานอาหาร ยาและอื่นๆ	3.15	.44	ดี
2. ด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย	3.13	.52	ดี
3. ด้านการป้องกันการติดเชื้อ	3.32	.52	ดี
4. ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	3.17	.49	ดี
5. ด้านการจัดการความเครียด	3.39	.52	ดี
6. ด้านการฝากครรภ์และสังเกตอาการผิดปกติ	3.59	.56	ดี
โดยรวม	3.24	.38	ดี

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ผลการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับต่ำ (.29, .27, และ .28 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ (n=122)

รายการ		พฤติกรรมป้องกัน		รวม ทั้งหมด (n=122)	Chi- square	P-value	Crammer V
		PTB					
		ปานกลาง	ดี				
อาชีพ							
	รับจ้าง	11	18	27	6.507	.089	.23
	ค้าขาย	8	20	28			
	เกษตรกร	6	28	34			
	แม่บ้าน	5	28	33			
รายได้							
	5,000-10,000 บาท	8	26	34	1.138	.768	.09
	10,001-15,000 บาท	10	22	32			
	15,001-20,000 บาท	7	24	31			
	20,001 บาทขึ้นไป	5	20	20			
ความเพียงพอของรายได้							
	เพียงพอ	21	85	106	9.954	.002**	.29
	ไม่เพียงพอ	9	7	16			

รายการ	พฤติกรรมป้องกัน		รวม ทั้งหมด (n=122)	Chi- square	P-value	Crammer V
	PTB					
	ปานกลาง	ดี				
ระดับการศึกษา						
ระดับมัธยมต้นลงมา	6	11	17	1.852	0.396	.12
ระดับมัธยมปลาย	7	31	38			
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	17	50	67			
การอยู่อาศัย						
อาศัยอยู่กับสามี	24	66	90	.798	.372	.08
อาศัยอยู่กับครอบครัวของ ตนเองหรือครอบครัวสามี	6	26	32			
ประวัติการตั้งครรภ์						
ครรภ์แรก	13	47	60	.544	.067	.30
ครรภ์หลัง	17	45	62			
ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด						
มีปัจจัยเสี่ยง 0-3 ข้อ	5	25	30	4.691	.03*	.20
มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 4 ข้อ	35	57	92			
มีปัจจัยเสี่ยง 0-4 ข้อ	7	23	30	8.742	.003**	.27
มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 5 ข้อ	50	42	92			
ความรู้ด้านสุขภาพ						
ระดับปานกลาง	10	9	19	9.543	.002**	.28
ระดับดี	20	83	103			

**p< .005

อภิปรายผลการวิจัย

ในด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาของ Sharifi N. et al.⁸ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีความสอดคล้องกับการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การมีฟันผุ/เหงือกอักเสบแต่ยังไม่ได้รักษา (49.18%) มีการนวดเต้านมหรือกระตุ้นหัวนม (43.44%) ทำงานหนักหรือ ยืนหรือเดินนานๆ (40.16%) มีเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไป (36.06%) และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (33.61%)

ในด้านปัจจัยเสี่ยงที่พบน้น มีการศึกษาพบว่า การมีปริทันต์อักเสบมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด⁹ เมื่อเกิดโรคปริทันต์อักเสบ เชื้อแบคทีเรียจะหลั่งสารทำลายเนื้อเยื่อรอบตัวฟัน ร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่อต้าน เชื้อจุลินทรีย์ และกลไกการอักเสบที่เกิดขึ้นยังกระตุ้นให้ระดับ Inflammatory cytokines ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดที่มดลูกทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ และยังไปกระตุ้นการสร้าง Prostaglandin E2 ทำให้มดลูกเกิดการหดตัว ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

การนวดหรือกระตุ้นบริเวณเต้านมรวมถึงหัวนม จะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin ไปกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด^{10,11} อีกทั้งการที่หญิงตั้งครรภ์ทำงานหนักหรือยืนนานๆ นั่ง

นานๆ วันละหลายชั่วโมง หรือทำงานที่ต้องใช้แรงมาก โดยทำงานมากกว่า 80 ชั่วโมง/สัปดาห์ หรือยืนนานกว่า 8 ชม./วัน² การขึ้นลงบันไดบ่อยๆ การทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์ที่มีความสั่นสะเทือน หรือยก แบก หามของหนักเกิน 15 กิโลกรัม⁵ จะทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง ส่งผลให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้¹¹

การมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ การกระตุ้นบริเวณหัวนมหรือวัยระเพศจะกระตุ้นการหลั่งสาร Oxytocin และ Prostaglandin ในน้ำอสุจิจะกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกและทำให้ปากมดลูกนุ่ม⁶

ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความเพียงพอของรายได้ การมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับต่ำ (.29, .27, และ .28 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .005$)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งการมีรายได้เพียงพอส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดหาทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพของตนเองและเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพต่างๆ รวมถึงการมาฝากครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐานะต่ำกว่าจะมุ่งความสนใจไปที่การทำงานหารายได้มากกว่าที่จะสนใจดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ อีกทั้งรายได้ที่จำกัดทำให้การจัดหาทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพจำกัดตามไปด้วย เศรษฐฐานะที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด^{14, 15}

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จึงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา^{14, 15} ที่พบว่าการมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.13$, $SD = .71$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.24$, $SD = .38$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์นั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพสุขภาพของตนเอง¹⁶ รวมถึงการลดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด^{17, 18} การที่หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงและแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ จากหลากหลายช่องทาง ทั้งการสอนสุขศึกษา สื่อ โซเชียลมีเดียต่างๆ¹⁸ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ตัดสินใจและจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ย่อมส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์นั้นมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด¹⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย
2. พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย

References

1. World Health Organization. Preterm birth. [internet]. 10 May 2023. [Retrived January 1, 2024]. from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Department of Medical Services. Guideline for preterm birth prevention, Thailand B.E. 2566. Nonthaburi: Ministry of public health publishing house; 2024. (in Thai)
3. The royal Thai college of obstetricians and gynaecologists. RCOG Clinical practice guideline management of preterm labor and preterm premature rupture of membranes [Internet].: The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2024. [cited January 15, 2024]. Available from: https://www.rtcog.or.th/files/1721716962_44081a80cc14759e3f7f.pdf. (in Thai)
4. Kaewsiri P, Hemadhulin S, Ansook P, Naosrisorn P. The empowerment of pregnant women to prevent the risk of preterm labor: nurse's roles. Srinagarind medical journal. 2020;35(2):238-45. (in Thai)
5. Buayaem T, Yapan P, Pongprasobchai S. Nursing care for pregnant women at risk of preterm labour. Nursing research and innovation journal. 2019;25(3):243-54. (in Thai)
6. Poowongkrai O, Muangpin S, Supornpun A. Development of high risk screening tool for preterm birth. In: Proceedings of the 21st National and international graduate research conference 2020. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2020. p. 27-38. (in Thai)
7. Ketthong D. The use of health literacy promotion program for pregnant women attending the women's health service model and innovation development clinic, Institute for urban health development [Internet]. 2024 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/206849> (in Thai)
8. Sharifi N, Dolatian M, Kazemi AFN, Pakzad R. The relationship between the social determinants of health and preterm birth in Iran based on the WHO model: a systematic review and meta-analysis. International journal of women's health and reproduction sciences. 2018;6(2):113–22. doi: 10.15296/ijwhr.2018.19.
9. Buayaem T, Tancharoen S, Chotwattanakulchai N. Oral hygiene care for pregnancy to reduce risks of preterm labor: nurse's role. Siriraj medical bulletin. 2021;14(1):35-40. (in Thai)
10. Stark EL, Athens ZG, Son M. Intrapartum nipple stimulation therapy for labor induction: a randomized controlled external pilot study of acceptability and feasibility. American journal of obstetrics & gynecology MFM. 2022;4(2):100575.
11. Takahata K, Horiuchi S, Tadokoro Y, Sawano E, Shinohara K. Oxytocin levels in low-risk primiparas following breast stimulation for spontaneous onset of labor: a quasi-experimental study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19:351. doi:10.1186/s12884-019-2504-3.
12. Temu TB, Gilead M, Obure J, Mosha D, Mahande MJ. Maternal and obstetric risk factors associated with preterm delivery at a referral hospital in northern-eastern Tanzania. Asian pacific journal of reproduction. 2016;5(5):365-70. doi:10.1016/j.apjr.2016.07.009.

13. Yo Y, Kawasaki K, Moriuchi K, Shiro R, Shimaoka M, Matsumura N. The effect of sexual intercourse during pregnancy on preterm birth: prospective single-center cohort study in Japan. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(11):1657.
14. Zhu Y, Hedderson MM, Brown SD, Badon SE, Feng J, Quesenberry CP, Ferrara A. Healthy preconception and early-pregnancy lifestyle and risk of preterm birth: a prospective cohort study. *The American journal of clinical nutrition*. 2021;114(2):813-21.
15. Shaw SH, Herbers JE, Cutuli JJ. Medical and psychosocial risk profiles for low birth weight and preterm birth. *Women health issues*. 2019;29(5):400-6. doi:10.1016/j.whi.2019.06.005. Epub 2019 Jul 26. PMID: 31353098.
16. Ghotbizadeh F, Panahi Z, Manshadi AT, Soltani S, Akbari R, Parsapur M. Maternal health literacy and pregnancy outcomes: Does any association exist? *Journal of obstetrics, gynecology and cancer research*. 2023;8(1):68-75. doi:10.30699/jogcr.8.1.68.
17. Tahira T, Fatima D. Literacy on pregnancy complications: causal factors and prevention. *Advances in healthcare research*. 2024;2(2):116-29. doi:10.60079/ahr.v2i2.374.
18. Sun-Hee K, Ji-Yeon H, Mi Kyung P. Educational status and needs of premature birth prevention and its association with preconception health behavior among women of childbearing age in Korea. *Journal of Korean academy of community health nursing*. 2022;33(4):372-84. doi:10.12799/jkachn.2022.33.4.372.

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Received: 9 February 2025

Revised: 21 April 2025

Accepted: 25 April 2025

จรรยา จันทะบับภาศรี พยม.¹ นริศรา เสามั่น พยม.^{2*}คำหาล้า กันยายาว พยบ.³ นิตยา มลอยู่พะเนา พยม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ไตเรื้อรังระยะที่ 3B ถือเป็นระยะสำคัญในการชะลอไตเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานระยะที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง พยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาแนวปฏิบัติและผู้ใช้แนวปฏิบัติกลุ่มละ 10 คน และผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามวิธีของอะกรี ทู เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 1) เครื่องมือแนวทางระดมสมอง 2) แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม ข้อมูลทางคลินิก และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบวิลล์ค็อกชัน ไซน์ แรงค์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนผลการประเมินคุณภาพในภาพรวมร้อยละ 92.86 หลังใช้แนวปฏิบัติผู้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ข้อมูลทางคลินิกไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

สรุปผล: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีประสิทธิภาพต่อความรู้ พฤติกรรมของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และการวิจัยในอนาคตควรมีขยายขนาดกลุ่มเป้าหมายและเพิ่มระยะเวลาทดลองใช้เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, โรคไตเรื้อรัง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการจัดการตนเอง

^{1,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าลี่

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร

* Corresponding author E-mail: narissara@bcnsurin.ac.th

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเลย

The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Care of Chronic Kidney Disease Stage 3B Patients with Uncontrolled type 2 Diabetes.

Chanya Chantababpasee M.N.S.^{1*} Narissara Soutmun M.N.S..^{2*}

Kamla kanyayao B.N.S.³ Nittaya Molyoopanao M. N.S.⁴

Abstract

Introduction: Chronic kidney disease stage 3B is considered an important stage to slow down kidney deterioration, especially for those with Uncontrolled type 2 Diabetes.

Research objectives: To develop a Clinical Nursing Practice Guideline for Care of Chronic Kidney Disease Stage 3B Patients with Uncontrolled type 2 Diabetes.

Research methodology: Research and develop desgied. The study sample selected by purposive, consisting of 10 Register nurses from the guideline development team and 10 guideline users and 10 Kidney Disease Stage 3B Patients with Uncontrolled type 2 Diabetes. Research instruments: The Clinical Nursing Practice Guideline for Care of Chronic Kidney Disease Stage 3B Patients with Uncontrolled type 2 Diabetes. It was quality checked by 5 qualified personnel using AGREE II. The instruments used for data collection were 1) brainstorming tool, 2) knowledge, behavior, and clinical data questionnaires, and 3) satisfaction assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon rank test, and content analysis.

Results: The CNPG were 92.86 % over all by AGREE II. After using the guidelines, patients had increased knowledge and behavior. There was no significant difference in clinical data at 0.05. Register nurses had the highest level of satisfaction.

Conclusion: The CNPG are effective in affecting patient knowledge and behavior.

Implications: The CNPG can be applied in nursing quality development organizations and future research should expand the target group size and extend the trial period to evaluate the long-term clinical outcomes.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Chronic Kidney Disease, Type 2 Diabetes Mellitus, self-management behavior.

^{1,3} Register nurses ,professional level, Thali hospital

² พยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คู่มเกล้า

* Corresponding author E-mail: narissara@bcnsurin.ac.th

⁴ Register nurses ,professional level,, Loei hospital

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ โดยประชากรร้อยละ 10 หรือประมาณ 800 ล้านคนทั่วโลก กำลังประสบปัญหาโรคไตเรื้อรัง และโรคไตเรื้อรังถือเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่สำคัญในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา¹ จากการศึกษาเมตาอนาไลซิส 82 เรื่องทั่วโลกวิเคราะห์การถดถอยแบบเมตาตัวแปรเดียวของอุบัติการณ์และตัวแปรร่วมของโรคไตเรื้อรังพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคไตเรื้อรัง ($\beta = 0.16\%$, $p = 0.006$, $R^2 = 8.0$)² ในประเทศไทยพบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 14.24 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 เป็น 16.49 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2563 หรือประมาณการผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย 10,000 คนต่อปี โดยสาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่ร้อยละ 70 เกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้³ เมื่อศึกษาร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ปีพ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเป็นร้อยละ 3.38, 3.82 และ 4.40 ตามลำดับ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 8 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และมีร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ปีพ.ศ. 2564-2566 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยโดยมีค่าเป็นร้อยละ 3.26, 4.44 และ 5.64 ตามลำดับ และจังหวัดเลยก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยโดยมีค่าเป็นร้อยละ 3.72, 4.04 และ 4.61 ตามลำดับ⁴ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม จากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง และการเพิ่มขึ้นของร้านสะดวกซื้อทำให้พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนแปลง และจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่ามากกว่า 1 ใน 4 ของประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป รับประทานอาหารนอกบ้านอย่างน้อย 1 มื้อต่อสัปดาห์⁵ ซึ่งเสี่ยงต่อการได้รับปริมาณโซเดียมในอาหารเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังตามมาในอนาคต

ในปีงบประมาณ 2562-2566 คลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลท่าวัด อำเภอนาทวี จังหวัดเลยมีผู้รับบริการจำนวน 294, 310, 350, 378 และ 392 รายตามลำดับ ในจำนวนผู้รับบริการมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 154, 162, 230, 245, และ 248 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.38, 52.26, 65.71, 64.81 และ 63.27 ตามลำดับ⁶ โดยมีแนวทางการให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล คัดแยกผู้ป่วยที่มีการลดลงของระดับ eGFR อย่างรวดเร็ว และ/หรือผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B, 4 หรือ 5 รายใหม่ พบ Case manager เพื่อเตรียม RRT และพบโภชนาการ เกสซิกการ แพทย์แผนไทย รายบุคคลตามปัญหาเฉพาะราย แต่ยังพบผู้รับบริการผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังพบว่า HbA1c สามารถทำนายการเกิดโรคไตจากเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากเบาหวานเพิ่มขึ้น 2.10 เท่า ($OR = 2.10$, $95\% CI = 1.36, 3.25$, $p < 0.01$)⁷ ไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการของโรคไตเรื้อรัง แต่อยู่ในระยะเดียวกันยังถือเป็นระยะที่สำคัญเนื่องจากสามารถฟื้นฟู หรือชะลอไตโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญในการยืดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะพัฒนาเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 ในเวลาต่อมา

จากการศึกษาวรรณกรรมยังไม่พบแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการพัฒนาสู่ไตระยะที่ 4-5 สูงหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จึงมีความสำคัญ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุค⁸ การศึกษาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวทางปฏิบัติ หรือการค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสนับสนุนและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ และ 4) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน

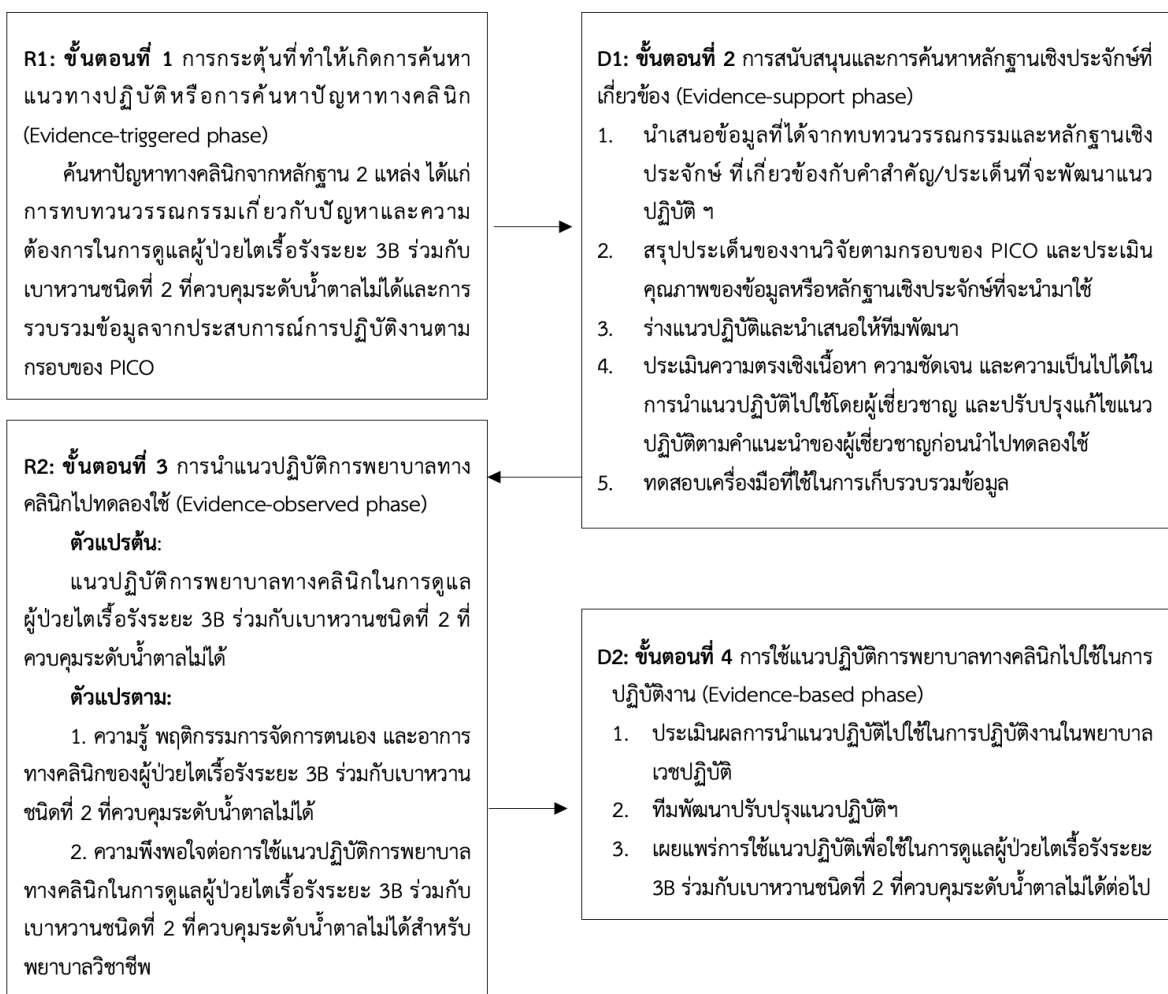
เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รวมทั้งเพื่อให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของชูคัพ⁸ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) 2) การสนับสนุนและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-support phase) 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase) 4) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน (Evidence-based phase)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R & D) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของชุมชน⁸ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 : การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) กลุ่มตัวอย่างคือทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีหน้าที่ในการวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จากหลักฐาน 2 แหล่ง ได้แก่ การทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และการรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์การปฏิบัติงานจากทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระดมสมองโดยใช้กรอบการสืบค้นของ PICO¹¹ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ *แนวทางการระดมสมอง* เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 2) แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 3) แนวทางระดมสมองในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเติมคำ

ขั้นตอนที่ 2 : การสนับสนุนและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-support phase) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับคำสำคัญและประเด็นที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติ จากนั้นทบทวนวรรณกรรมจากตำราและงานวิจัยที่ได้รับการทบทวนอย่างมีขอบเขตจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ จาก Thai LIS และ THAIJO โดยใช้กรอบการสืบค้นของ PICO¹¹ กำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2557–2567 และ ค.ศ. 2014–2024 กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 1 ท่าน เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแล/วิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 1 ท่านในการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามวิธีของอะกรี ทู (The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II: AGREE II) ฉบับภาษาไทย⁹ ปรับปรุงและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกพัฒนาตามกรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของชุมชน⁷

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามวิธีของอะกรี II (*The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II: AGREE II*) ฉบับภาษาไทย⁹

2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล และระยะเวลาปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และ 2) ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

3) แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือจากงานวิจัยของจิรัฐตา พง ประเสริฐและคณะ เรื่อง ผลการพัฒนาการกำกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้¹⁰ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา และอาชีพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ 2) ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางไต ลักษณะข้อคำถามแบบถูกผิด การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก 3) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา ลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด และ 4) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย BMI รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อตื่นนอน อาหาร ระดับน้ำตาลสะสม และ eGFR การตอบคำถามเป็นแบบเติมคำ

4) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลทางคลินิก 4.1) เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติยี่ห้อ OMRON รุ่น HEM-7143T 4.2) STANDARD GLUCO NAVII GDH และ 4.3) เครื่องวิเคราะห์โลหิตวิทยาอัตโนมัติ ยี่ห้อ Mindray รุ่น BS-600M

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามความพึงพอใจเท่ากับ 1.0 ส่วน แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง เนื่องจากเป็นการปรับใช้เครื่องมือผู้วิจัยไม่ได้ส่งตรวจค่าความตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม 2) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าความเชื่อมั่น (KR 20) ของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.88 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.83 และ 3) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลทางคลินิกได้รับการตรวจสอบคุณภาพ และสอบเทียบเครื่องมือตามมาตรฐานของกรมการแพทย์

แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามวิธีของอะกรี II ฉบับภาษาไทย⁹ เป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานผู้วิจัยไม่ได้ทำการตรวจสอบเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 3 : การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase)

1) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่ายี่ จังหวัดเลย เพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 ท่าน ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion

criteria) ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย 2) มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ 2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนสายงานในระหว่างการวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมและทดลองใช้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ฉบับร่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 10 ราย ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B โดยมีค่า eGFR อยู่ระหว่าง 30 – 45 2) เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1C ตั้งแต่ 8 ขึ้นไป 3) รับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลท่าลี่ จังหวัดเลย ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 4) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 5) สามารถสื่อสารด้วยโดยการพูด และการฟังภาษาไทยได้ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ได้รับการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานด้วยการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล หรือได้รับการส่งต่อระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่การศึกษาระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติกับกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และทดลองใช้นโยบายการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ฉบับร่าง เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอาการทางคลินิกผู้วิจัยใช้ข้อมูลทางคลินิกจากการตรวจตามมาตรฐานการให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม

ขั้นตอนที่ 4 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน (Evidence-based phase) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกประชุมร่วมกันเพื่อวิเคราะห์ผลการทดลองใช้นโยบายปฏิบัติ นำไปปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล และเผยแพร่ในการประชุมเครือข่ายงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจังหวัดเลย และในวารสารวิชาการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 046/2567 ลงวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ผลต่อการปฏิบัติงาน และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงว่าการเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลทางคลินิกใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และข้อมูลทางคลินิกด้วยสถิติทดสอบวิลค็อกซัน ไซน์ แรงค์ และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง พบว่า 1.1) ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของคนในพื้นที่ ซึ่งชอบรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ตามฤดูกาล และมีข้อจำกัดในการเลือกรับประทานอาหาร เนื่องจากจำเป็นต้องรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในบ้าน 1.2) ผู้ป่วยบางรายมีภาวะหลงลืมทำให้เสี่ยงการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) ด้านการจัดการบริการในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชนที่มีความเฉพาะเจาะจง

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในชุมชน ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์ 2) เป้าหมาย 3) คำจำกัดความ 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ โดยประยุกต์การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Potter & Perry, 2005)¹² ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล 5) เอกสารอ้างอิง 6) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และ 7) รายงานคณะกรรมการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 4 ข้อ โดยมีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

1) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด ตา และแผลเรื้อรัง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ 1.1) การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทางไต หัวใจและหลอดเลือด ตา และแผลเรื้อรัง และคำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลเมื่อพบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว 1.2) การประเมินสัญญาณชีพ และคำแนะนำเบื้องต้นเมื่อพบสัญญาณชีพผิดปกติ 1.3) การประเมินการดำเนินโรคของภาวะแทรกซ้อนทางไต 1.4) ติดตามค่า FBS HbA1c eGFR และLDL จากสมุดประจำตัวของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว 1.5) ประเมิน Thai CV risk score 1.6) แนะนำการควบคุมระดับความดันโลหิต 1.7) การประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น 1.8) เน้นย้ำความสำคัญของการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ฟัน และการตรวจเลือดประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 1.9) แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในการชะลอไตเสื่อม 1.10) การตรวจสอบปริมาณโซเดียมในอาหารของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) พร้อมทั้งแจ้งผลการตรวจสอบกับผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อเป็นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับระดับโซเดียมในอาหาร และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว 1.11) แนะนำงดหรือเลิกใช้บุหรี่ และสุรา และ 1.12) สอบถาม และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนการรักษาร่วมกับครอบครัวในการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะบำบัดทดแทนไต

2) เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำหรือสูง เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำหรือสูง กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ 2.1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำหรือสูง 2.2) ประเมินน้ำตาลปลายนิ้วโดยใช้เครื่องเจาะ DTX 2.3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเน้นอาหารให้

เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งไม่ขัดต่อประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อด้านศาสนา และอาหาร แลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 2.4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และ 2.5) การให้ความรู้เกี่ยวกับการ รับประทานยา

3) มีภาวะเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค มีวัตถุประสงค์ 1.เพื่อลดความเครียด และ คลายความวิตกกังวล และ 2. เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ 3.1) ประเมินอาการและอาการ แสดงของภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และคำแนะนำเบื้องต้นเมื่อพบผลการประเมินผิดปกติ 3.2) ประเมินปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน 3.3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และ ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ 3.4) จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมระหว่างการใช้การพยาบาล 3.5) แนะนำให้ผู้ป่วย พักผ่อนอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยแนะนำจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอน โดยไม่มีแสง และเสียง รบกวนขณะนอนหลับ 3.6) ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความเหมาะสมของผู้แต่ละราย พร้อมทั้งแจ้งการ เข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วย และครอบครัวทราบ 3.7) แนะนำการจัดการกับภาวะอารมณ์ โดยการ แนะนำวิธีการผ่อนคลาย และ 3.8) ถ้าผู้ป่วยกำลังรับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้าน ซึมเศร้าตามแผนการรักษา

4) ครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ 4.1) ประเมินแบบประเมินความสัมพันธ์ของครอบครัวโดยใช้ Family APGAR score 4.2) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 4.3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพูดคุยกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร 4.4) แนะนำให้ครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน และมีการสื่อสารระหว่างคนในครอบครัว และ 4.5) แนะนำ และฝึกทักษะการประชุมครอบครัว (Family Meeting)

ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับ เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามวิธีของอะกรี ทุ° ในภาพรวมร้อยละ 92.86 และรายหมวร้อยละ 90.00-98.33

3. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 73.50 ปี สภาพสมรสส่วนใหญ่ เป็นคู่ ระดับการศึกษาเกือบทั้งหมดอยู่ระดับประถมศึกษา ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม

การเปรียบเทียบความรู้ก่อนหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 (Z-2.82^b, P.003) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ความรู้	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
คะแนนพฤติกรรม	7.40	0.97	น้อย	12.20	1.68	มาก	-2.82 ^b	0.003

การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 0.05 (Z-2.807^b, P.003) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การรับประทานอาหาร (16 ข้อ)	2.51	0.43	ปานกลาง	4.06	0.19	มาก	-2.812 ^b	0.003
การออกกำลังกาย (6 ข้อ)	2.52	0.72	ปานกลาง	4.10	0.48	มาก	-2.812 ^b	0.003
การจัดการความเครียด (4 ข้อ)	2.38	0.54	น้อย	4.00	0.50	มาก	-2.807 ^b	0.003
การรับประทานยา (4 ข้อ)	3.05	0.41	ปานกลาง	4.43	0.41	มาก	-2.680 ^b	0.004
ผลรวมคะแนนพฤติกรรม	2.56	0.36	ปานกลาง	4.17	0.13	มาก	-2.807 ^b	0.003

การเปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกข้อมูลทางคลินิกไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อมูลทางคลินิก	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
BMI	24.90	5.26	25.19	6.33	-0.535 ^b	0.297
เส้นรอบเอว	84.30	4.35	83.80	4.71	-1.342 ^c	0.090
FBS	207.30	64.75	166.10	54.10	-1.481 ^c	0.070
HbA _{1c}	10.04	1.38	10.38	2.83	-0.562 ^b	0.287
eGFR	38.59	6.26	40.74	8.93	-1.070 ^b	0.143

ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ต่อความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.40 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมนิเทศเฉลี่ย 9.20 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังเฉลี่ย 10.40 ปี ผลการสำรวจความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ย 4.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.15 อยู่ในระดับมากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3B ร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ใช้การรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ⁸ ซึ่งมีความชัดเจนในกรอบการพัฒนา พร้อมทั้งประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process)¹² 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และได้รับการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติตามวิธีของอะกรี ทุ⁹ ทำให้มีความน่าเชื่อถือ และเป็นการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3B ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยปรับใช้ในระดับการพยาบาลครอบครัว และเน้นการจัดการตนเองเพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจากตัวผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของราวดี ไครตพรหม¹³ ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และการดูแลอย่างใกล้ชิดสามารถส่งผลให้

ผู้ป่วยชะลอความเสื่อมของไต และการศึกษาประณิตศิลป์ เขาวนลักษณะสกุล และคณะ ซึ่งกล่าวว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลตนเองและลดการบริโภคเค็มจะส่งผลดีต่อการชะลอการเสื่อมของไต¹⁴

2. การศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 73.50 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาทานและคณะ ซึ่งกล่าวว่าอายุเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.4\%$, $p < 0.001$, $R^2 = 25.5$) และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย² ด้านความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งหลักการพยาบาลครอบครัวช่วยกระตุ้นความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในกุญแจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเดิมเป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่รับการรักษาเป็นเวลานาน การทดลองใช้มีระยะเวลาที่น้อยเกินกว่าที่จะเห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจน แต่มีแนวโน้มไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของโหมจิติภา ศิริมา¹⁵ ซึ่งกล่าวว่าจำเป็นต้องติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรู้สึกถึงบทบาทอิสระเชิงวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา เศษฤทธิ์ และคณะ ซึ่งกล่าวว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และควรนำไปพัฒนาต่อการให้บริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง¹⁶ และการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ประโยงค์ กษกร พุทธา และวินัย กล่อมแก้ว¹⁷ ซึ่งกล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติมีผลต่อความภาคภูมิใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรทำการศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว
2. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และทำการศึกษาในรูปแบบกึ่งทดลอง

Reference

1. Csaba P. Kovesdy. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022 [internet]. 2022 [cited 2022, Apr8]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9073222>.
2. Nathan R. Hill et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis [internet]. 2016 [cited 2016, July 6]. Available from <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158765>.
3. Noncommunicable Disease Control Division. Annual report 2023. Bangkok: AKSORN GRPHIC AND DESIGN PUBLISHING LIMITED PARTNERSHIP; 2004.
4. Health Data Center. Percentage of DM and/or HT patients who are new chronic kidney disease patients [internet]. 2024 [cited 2024, Apr16]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=186c06d932b112d342a5c133fbb4ef75.
5. Aekplakorn W. (Ed.). Report on the Thai people's health survey by physical examination, No. 6, 2019-2020. Bangkok: AKSORN GRPHIC AND DESIGN PUBLISHING LIMITED PARTNERSHIP; 2021.
6. Thali Hospital. CKD clinic' Annual report 2023. Thali Hospital Document; 2024.

7. Stiasen N, Krainuwat K. and Koshakri R. Prevalence and Predictors of Diabetic Nephropathy among Patients with Type 2 Diabetes at Public Health Centers, Bangkok Metropolitan. Nursing Science Journal of Thailand 2020; 38(4):31-43.
8. Soukup SM. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North America 2000; 35:301-9.
9. Medical Technology Research and Assessment Institute. Appraisal of guideline for research & evaluation. Nonthaburi: The Institute; 2013.
10. Pongpraser J, Saothong Y. and Srichan N. Results of the Self-regulation development of Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients in Mueang District, Yasothon Province. JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH 2024; 9(5):646-657.
11. Melnyk BM. Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
12. Potter, P.A. & Perry, A.G. Fundamental of Nursing. 6th ed. St.Louis: Mosby; 2005.
13. Kotprom R. The Effects of Chronic Kidney Disease Stage 3 and 4 Management with Chronic Care Model Program at WanonNiwat Hospital, Sakon NakhonProvince. Science and Technology to Community 2024; 2(4):60-73.
14. Chaowalaksakun P, Udomluck S, Deeprom S, Maleecharoen W. and Jinjeeranan J. Care Model Development for Slowing the Disease Progression of Patients with Third-Stage Chronic Kidney Disease in San Pa Tong District, Chiang Mai Province. Thai Red Cross Nursing Journal 2023; 2(16):54-68.
15. Sirima C. The Effect of Self – Management Program for Delayed Progression of Chronic Kidney Disease in Patients with Stage 3b chronic kidney disease at Phakhao Hospital, Loei. Journal of Health and Environmental Education 2023; 8(2):164-172.
16. Sedrit S, Udontak A, Lamaisri W. and Kadewee W. The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Self-care Promotion of Chronic Kidney Disease Patients of Khao Wong Hospital, Kalasin Province. Journal of Health and Environmental Education 2021; 6(3):27-34.
17. Prayong C, Putha K. and Klomkaew W. Development of a Model for Prevention and Resolution of Chronic Kidney Disease in Banthi District, Lamphun Province, Thailand. Journal of Health Science 2020; 29(6):1035-1043.

บทความวิชาการ

การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาในงานวิจัยทางการพยาบาล: บทเรียนจากประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้

Received: 24 October 2024

Revised: 21 April 2025

Accepted: 29 April 2025

โศรยา นิยะ พยม.¹ บุรณคนัส จันทศิริพุทธ พย.ม.^{2*}อัจฉรวดี ศรียะศักดิ์ ปร.ด.³ สิริณกร ศุภวรรณ⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นแนวทางสำคัญในการเข้าใจประสบการณ์ชีวิตในบริบทสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม จังหวัดชายแดนใต้ของไทยมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ การศึกษาเชิงลึกจึงมีความจำเป็น

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์การใช้วิถีชีวิตเชิงปรากฏการณ์วิทยาในงานวิจัยทางการพยาบาล และนำเสนอบทเรียนจากประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้

ประเด็นสำคัญ: บทความนี้เสนอการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาในงานวิจัยทางการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาช่วยให้เข้าใจความหมายและแก่นแท้ของประสบการณ์ชีวิตของสตรีมุสลิมตั้งครรภ์

สรุป: การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแสดงให้เห็นคุณค่าของการใช้วิถีชีวิตเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการทำความเข้าใจประสบการณ์ด้านสุขภาพในแต่ละบริบทที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสุขภาพควรผสมผสานแนวทางศาสนาอิสลาม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสม การส่งเสริมการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ควรตั้งอยู่บนความเข้าใจความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดาและทารกในพื้นที่

คำสำคัญ: วิจัยปรากฏการณ์ ฝากครรภ์ล่าช้า สตรีมุสลิม

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

* Corresponding author E-mail: soraya@bcnyala.ac.th

^{2,4} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

³ ผู้อำนวยการ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

Phenomenological Analysis in Nursing Research: Lessons from Late Antenatal Care Experiences of Muslim Women in Thailand's Southern Border Provinces.

Soraya Niha M.N.S.^{1*} Boonkanas Chantarasiripoot M.N.S..^{2*}
Atcharawadee Sriyasak.³ Sirinporn Sukarawan M.N.S.⁴

Abstract

Introduction: Phenomenological research is vital for understanding life experiences in healthcare settings, particularly in culturally diverse areas. Thailand's southern border provinces experience maternal and infant mortality rates that are higher than the national average, which makes in-depth studies essential.

Objectives: To analyze the application of phenomenological methodology in nursing research and present lessons learned from the experiences of delayed antenatal care among Muslim women in the southern border provinces.

Key issues: This article presents a phenomenological analysis in nursing research, particularly focusing on Muslim women's delayed antenatal care experiences in the southern border provinces. The analysis assists in understanding the meaning and essence of the life experiences of pregnant Muslim women.

Conclusion: Phenomenological analysis highlights the importance of employing phenomenological research methods to understand health experiences in their specific contexts effectively.

Implications: Healthcare personnel should integrate Islamic approaches, local wisdom, and modern medicine to develop suitable care programs. Promoting self-care during pregnancy should be rooted in an understanding of cultural diversity to enhance maternal and infant health outcomes in the area.

Keywords: Phenomenological Research, Late Antenatal Care, Muslim Women

¹ Instructor,Boromrajonani Nursing College of Yala, Faculty of nursing,Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-mail: soraya@bcnyala.ac.th

^{2,4} Instructor,Boromrajonani Nursing College of Yala, Faculty of nursing,Praboromarajchanok Institute

³ Director,Boromrajonani Nursing College of Yala, Faculty of nursing,Praboromarajchanok Institute

บทนำ

การวิจัยทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการพยาบาล เนื่องจากมุ่งเน้นการศึกษาประสบการณ์มนุษย์ในบริบทที่เป็นจริง โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ของบุคคล ปรากฏการณ์วิทยาได้รับความนิยมในวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพราะสามารถให้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์สุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การสำรวจประสบการณ์ของผู้อื่นช่วยค้นพบข้อมูลเชิงลึกที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน จึงเป็นวิธีการที่มีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาทางการพยาบาล¹⁻²

ในบริบทของประเทศไทย จังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกสูงกว่าพื้นที่อื่นของประเทศ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการใช้บริการดูแลมารดาที่ต่ำกว่าเกณฑ์³ โดยในจังหวัดปัตตานี มีเพียงร้อยละ 70.2 ของสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ระดับประเทศที่ร้อยละ 98.1⁴ การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจใช้บริการดูแลสุขภาพมารดาของสตรีความเชื่อทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับมุมมองเรื่องเพศ ความสุภาพเรียบร้อย รวมถึงอุปสรรคด้านภาษา ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีในพื้นที่

บทความนี้นำเสนอการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาในงานวิจัยทางการพยาบาล โดยเฉพาะประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณค่าของวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาในการทำความเข้าใจประสบการณ์ด้านสุขภาพในบริบทที่มีความเฉพาะทางวัฒนธรรมและศาสนา อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์การประยุกต์ใช้วิธีวิทยาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการศึกษาปัญหาทางการพยาบาลที่มีบริบทเฉพาะทางวัฒนธรรม
2. เพื่อสำรวจและทำความเข้าใจประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผ่านกระบวนการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในการจัดบริการฝากครรภ์ที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมและสอดคล้องกับความต้องการของสตรีมุสลิมตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เนื้อเรื่อง

ปรากฏการณ์วิทยาในงานวิจัยทางการพยาบาล

ปรากฏการณ์วิทยาได้กลายเป็นส่วนสำคัญในวิชาชีพการพยาบาลด้วยแนวทางที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ ซึ่งสร้างดุลยภาพกับกระแสปัจจุบันของการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นแนวปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ Paterson และ Zderad ได้นำเสนอแนวคิด "Humanistic Nursing" ในปี 1976 โดยเน้นย้ำคุณค่าของการอธิบายปรากฏการณ์ทางการพยาบาลผ่านการพัฒนาทฤษฎี พวกเขาค้นพบว่าปรากฏการณ์วิทยาให้กรอบแนวคิดอันทรงพลังในการศึกษา อธิบาย และพัฒนาศาสตร์และศิลป์ของการพยาบาล

ปรากฏการณ์วิทยามีความสำคัญยิ่งในการวิจัยทางการพยาบาลเพราะเปิดโอกาสให้นักวิจัยเข้าถึงและเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพอย่างลึกซึ้ง¹⁻² ท่ามกลางแรงกดดันในระบบการพยาบาลปัจจุบันที่มุ่งเน้นการปฏิบัติตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานและอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังที่ Cole และคณะ (2022)⁵ ได้ชี้ให้เห็นการดูแลที่คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยกำลังเผชิญความท้าทายอย่างมาก

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเปิดประตูสู่ความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพในมิติที่วิธีวิจัยแบบอื่นไม่สามารถเข้าถึงได้ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลสตรีมุสลิมตั้งครรภ์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ วิธีวิทยานี้ช่วยให้เข้าใจความหมายและแก่นแท้ของประสบการณ์ชีวิตของพวกเธอ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมและตอบสนองความต้องการเฉพาะของกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางนี้

ประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้

1.บริบททางสังคมและวัฒนธรรม

จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทยมีเอกลักษณ์ทางสังคมและวัฒนธรรมที่โดดเด่น แตกต่างจากภูมิภาคอื่นของประเทศ ประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิมที่ดำรงชีวิตตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อทัศนคติด้านสุขภาพและรูปแบบการเข้ารับบริการทางการแพทย์ พื้นที่นี้ประสบปัญหาสถิติสาธารณสุขที่น่ากังวล โดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก (MMR และ IMR) ที่สูงกว่าระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือการเข้าถึงบริการดูแลมารดาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน โดยในจังหวัดปัตตานี มีสตรีตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 70.2 ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ (ANC) ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่ร้อยละ 98.1⁷ อย่างเห็นได้ชัด

2.ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิม

การวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อพฤติกรรมการใช้บริการดูแลสุขภาพมารดาของสตรี โดยเฉพาะความเชื่อทางวัฒนธรรมที่กำหนดมุมมองเรื่องเพศ หลักการรักษาความสุภาพเรียบร้อย ตลอดจนข้อจำกัดด้านภาษา ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁷ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อัตราการใช้บริการดูแลมารดาที่ต่ำและความล่าช้าในการเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระบบความเชื่อตามประเพณี คุณค่าทางวัฒนธรรม ข้อจำกัดเกี่ยวกับเสรีภาพในการเดินทางและการตัดสินใจของสตรี หลักปฏิบัติทางศาสนา รวมถึงประสบการณ์ที่เผชิญกับความรุนแรงในพื้นที่ ปรากฏการณ์ที่น่าสนใจคือ แม้จะมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่าอัตราการเสียชีวิตของทารกสูงขึ้นในกลุ่มสตรีที่คลอดกับหมอตำแย (TBA) ที่บ้าน แต่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ หมอตำแยยังคงได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากสตรีมุสลิมรู้สึกปลอดภัยและสบายใจกับหมอตำแยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่นได้ สตรีมุสลิมมีความพึงพอใจอย่างยิ่งต่อผู้ให้บริการที่เป็นเพศหญิงซึ่งเคารพในหลักการของพวกเธอที่ต้องการปกปิดร่างกายและรักษาความเป็นส่วนตัวในทัศนะ⁷

3.ประสบการณ์การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นมุสลิม

การวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้เผยให้เห็นมิติสำคัญ 3 ประการที่หล่อหลอมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยประการแรก การดูแลตนเองตามแนวทางอิสลาม ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลที่มีรากฐานจากหลักคำสอนและแนวปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม มีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อวิถีปฏิบัติด้านสุขภาพของสตรีมุสลิมตั้งครรภ์ ประการที่สอง การดูแลตนเองตามแนวทางชุมชนท้องถิ่น ซึ่งสะท้อนภูมิปัญญา ความเชื่อ และแนวปฏิบัติที่สืบทอดกันมาในชุมชน โดยมีลักษณะเฉพาะที่อาจแตกต่างไปจากองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ประการที่สาม การดูแลตนเองตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำและแนวทางของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อิงกับหลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งอาจแตกต่างจากแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนการดูแลตนเองตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการดูแลตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข⁸

การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาในการศึกษาประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้า

การประยุกต์ใช้วิธีวิทยาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม ตามที่รับรู้และตีความโดยผู้เข้าร่วมวิจัยเอง โดยมีจุดมุ่งหมายในการค้นหาและอธิบายโลกแห่งจิตสำนึกของบุคคลในฐานะที่เป็นความจริง⁶เชิงประสบการณ์ของพวกเขา เมื่อนำมาใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ แนวทางนี้ช่วยให้เข้าถึงความหมายเชิงลึกและสาระสำคัญที่แท้จริงของประสบการณ์ชีวิตของพวกเขา

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi⁹ เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยมีจุดเด่นที่การค้นหาแบบแผนและประเด็นร่วมจากข้อมูลที่หลากหลาย มากกว่าการเน้นลักษณะเฉพาะรายบุคคล กระบวนการนี้เอื้อต่อการเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์ของสตรีมุสลิมในการฝากครรภ์ล่าช้า อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการกลุ่มนี้

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลมักอาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นเครื่องมือหลัก โดยดำเนินการต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data Saturation) ซึ่งหมายถึงไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นวิธีการสำคัญที่นำมาใช้ในการประมวลผลข้อมูล โดยเสริมความน่าเชื่อถือด้วยกระบวนการ Peer Debriefing (การอภิปรายกับผู้ทรงคุณวุฒิ) และ Member Checking (การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล)

สำหรับการวิจัยที่มุ่งศึกษาประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกที่ชัดเจน เช่น ต้องเป็นมารดามุสลิมที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ครั้งแรกในช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี⁸ ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ผลการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้เผยให้เห็นประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงกับระบบความเชื่อทางวัฒนธรรม หลักศรัทธาทางศาสนา และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพมิติทางวัฒนธรรมและศาสนามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมตั้งครรภ์ โดยสะท้อนผ่านความสำคัญของการปกปิดร่างกาย ความจำเป็นในการได้รับบริการจากผู้ให้บริการเพศเดียวกัน และความผูกพันกับแนวปฏิบัติตามประเพณีท้องถิ่น⁷⁻⁸ นอกจากนี้ ยังพบอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านภาษา ความยากลำบากในการเดินทาง และความไม่สอดคล้องระหว่างบริการสุขภาพกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย⁹

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของมณีนรีศรี¹ พัฒนสมบัติสุขและคณะ ที่ระบุสาเหตุสำคัญ 8 ประการของการฝากครรภ์ล่าช้า ได้แก่ การไม่ตระหนักถึงการตั้งครรภ์ ความไม่แน่ใจในภาวะการตั้งครรภ์ การมองว่าการตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติที่สามารถดูแลได้เอง การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์ การไม่ทราบช่วงเวลาที่เหมาะสมในการฝากครรภ์ ข้อจำกัดด้านความสะดวก (อาทิ อาการแพ้ท้องรุนแรง ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ระยะทางที่ห่างไกล ความต้องการให้สามีมาด้วย) การหลีกเลี่ยงการฝากครรภ์โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น และการที่บริการฝากครรภ์ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ¹⁰

การพัฒนาการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม แนวทางการดูแลที่เหมาะสมสำหรับสตรีมุสลิมตั้งครรภ์

การพัฒนาการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมสำหรับสตรีมุสลิมตั้งครรภ์ในจังหวัดชายแดนใต้ จำเป็นต้องคำนึงถึงความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ตลอดจนบริบททางสังคมของพื้นที่ การวิจัยเชิงปรากฏการณ์ วิทยาช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของสตรีมุสลิมตั้งครรภ์อย่างลึกซึ้ง นำไปสู่แนวทางการดูแลที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสม สำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมสำหรับมารดา มุสลิม อาจประยุกต์ใช้วิธีวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชน (Community-Based Participatory Research) โดยรูปแบบ การดูแลควรบูรณาการแนวทางอิสลาม แนวทางชุมชนท้องถิ่น และแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฝากครรภ์ที่เหมาะสม

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฝากครรภ์ที่เหมาะสมสำหรับสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ โดย จำเป็นต้องมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนาของกลุ่มประชากรนี้ การดูแลสตรี มุสลิมตั้งครรภ์ในพื้นที่ดังกล่าวควรบูรณาการความเชื่อทางศาสนาอิสลาม ประเพณีท้องถิ่น และแนวทางการแพทย์ แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางในการให้ความรู้และจัดโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริม การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ของวัยรุ่นมุสลิมบนพื้นฐานของการเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรม⁸

บทสรุป

การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาในงานวิจัยทางการพยาบาลมีคุณค่าอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจ ประสบการณ์ชีวิตเชิงลึกของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม กระบวนการวิเคราะห์นี้นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีความละเอียดอ่อน เหมาะสม และตอบสนองอย่างตรง ประเด็นต่อความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. การพัฒนาสมรรถนะข้ามวัฒนธรรม: บุคลากรทางสุขภาพควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลข้าม วัฒนธรรมเพื่อให้สามารถดูแลสตรีมุสลิมตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงมิติทาง วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา
2. โปรแกรมฝึกอบรมเฉพาะพื้นที่: ควรมีการพัฒนาและดำเนินการโปรแกรมการฝึกอบรมการพยาบาลข้าม วัฒนธรรมที่ออกแบบเฉพาะสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนใต้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจใน บริบทเฉพาะของพื้นที่
3. ระบบบริการที่เข้าถึงได้: ควรพัฒนาระบบการให้บริการฝากครรภ์ที่เข้าถึงได้โดยสะดวกสำหรับสตรีมุสลิมที่ อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล เช่น การประยุกต์ใช้บริการโทรเวชกรรม หรือการจัดบริการเชิง รุกในชุมชนที่คำนึงถึงข้อจำกัดด้านการเดินทาง
4. การบูรณาการความเชื่อทางศาสนา: ควรมีการผสมผสานความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมเข้ากับการ ให้บริการสุขภาพอย่างกลมกลืน เพื่อสร้างความรู้สึกลดภัย สบายใจ และเพิ่มการยอมรับบริการในกลุ่ม สตรีมุสลิมตั้งครรภ์
5. การวิจัยต่อยอด: ควรมีการดำเนินการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่มีพื้นฐานทาง วัฒนธรรมสำหรับสตรีมุสลิมตั้งครรภ์ในจังหวัดชายแดนใต้ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่มีหลักฐาน เชิงประจักษ์รองรับ

Reference

1. Dreyer PS, Martinsen B, Norlyk A. Why phenomenology came into nursing: The legitimacy and appropriateness of phenomenology for nursing research. *Qualitative Research in Health*. 2023;13:1-11.
2. Martinsen K. Phenomenology and care: Three dialogues. In: Dreyer PS, Martinsen B, Norlyk A. Why phenomenology came into nursing: The legitimacy and appropriateness of phenomenology for nursing research. *Qualitative Research in Health*. 2023;13:1-11.
3. Nima, P., & Tohpa, H.. (2022). Factors Related to Transcultural Nursing Competencies for Health Care Services of Nurses in Hospitals located in 5 Southern Border Provinces. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(3), 49–71. retrieved from <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/253082>. (In Thai)
4. Fajarina M, Terathongkum S, Lininger J. Factors influencing late antenatal care of Muslim pregnant women: A predictive correlational study in Aceh, Indonesia. *Belitung Nurs J*. 2024 Jun 28;10(3):360-367. doi: 10.33546/bnj.3339. PMID: 38947307; PMCID: PMC11211745. (In Thai)
5. Cole C, Wellard S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nurs*
6. Jang HY, Yang JE, Shin YS. A Phenomenological Study of Nurses' Experience in Caring for COVID-19 Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 2;19(5):2924. doi: 10.3390/ijerph19052924. PMID: 35270615; PMCID: PMC8910268.
7. Manassavee S, Nareemarn C, Praneed S. Culturally-sensitive maternity care needs of Muslim mothers in a rural community of the southernmost province in Thailand. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2019;23(1):61-74. (In Thai)
8. Niyomdech N, Thitimapong B. The Self-Care Experiences During Pregnancy of Muslim Adolescents in Three Southern Border Provinces. *Pnu Sci J [internet]*. 2023 May 15 [cited 2025 Apr.23];15(2):97-117. available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/258103>. (In Thai)
9. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press; 2018. p. 48-71.
10. Pattanasombatsuk M, Siripun S, Chantharasiriput B, Boonlap P, Niha S, Mama J, Kowiwattanakarn S. Causes of delayed antenatal care and self-care experiences before receiving antenatal care among pregnant women in Yala province: A descriptive qualitative study. *Princess Naradhiwas Univ J*. 2024;16(2):21-45. (In Thai)
11. Smuseneto A. The Culture of Having Children in Southern Border Provinces. *JCA [internet]*. 2018 May 16 [cited 2025 Apr. 30];19(35):3-15. available from: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/cultural_approach/article/view/123931. (In Thai)

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความ ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (ปรับปรุง มกราคม 2568)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยบทความที่ส่งมาต้องเป็นผลงานที่แลแล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่เคยอยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์วารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความที่ผู้พิมพ์ส่งมาต้องดำเนินการตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ และมี มาตรฐานเพียงพอที่จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (Double-blind review) โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความ 3 ท่าน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ เพื่อความเหมาะสม และเป็นไปตาม เกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนด ขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทความวิจัย (Research Article)** คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีติดกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว **บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด**

2. **บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article)** เป็นบทความจาก การทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหา มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมี นวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง **บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า**

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. บทความต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนหนึ่งต้องแนบหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา พร้อมให้ข้อมูลการติดต่อกลับด้วย

2. บทความต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 16 point เว้นขอบด้านละ 1 นิ้ว ตลอดทั้งบทความ และมีเนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อหรือเขียนต่อกันเป็นความเรียง ก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง **บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 350 คำ** โดยพิมพ์หัวข้อไว้ตรงกลาง และย่อหน้าหัวข้อย่อ จากขอบ กระดาษด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 16 pt ตัวหนา และเขียนสรุปสาระสำคัญ

ขอแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการ

บทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ สนวนภาษาไทย

1.1 **ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 18 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

1.2 **ชื่อผู้พิมพ์** ระบุชื่อผู้พิมพ์ทุกคน พร้อมทั้งคุณวุฒิการศึกษาด้วยย่อ อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษ ด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนเพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงาน และ E-mail ของผู้พิมพ์ทุกท่านไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรกและใส่เครื่องหมาย* หลังตัวเลขที่ยกท้าย สำหรับผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author) ให้ใส่หมายเลข (แสดงตัวอย่างด้านล่าง)

ยุพารณ ตีรไพวงศ์ ปร.ด.¹
ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์ ปร.ด.^{2*}

เชิงอรรถของหน้าภาษาไทย ประกอบด้วย

- แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)
- ระบุคำว่า “Corresponding author” หนาชื่อของผู้ที่อยู่ในบทบาทนั้น-ระบุ ตำแหน่ง สถาบัน ต้นสังกัด หรือหน่วยงาน Email ของผู้พิมพ์และทีมทุกคน โดยใช้ตัวเลขกำกับ ตามลำดับ
- กรณีผู้พิมพ์ มีตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัด หรือหน่วยงาน เดียวกัน สามารถระบุในภาพรวม

¹ Corresponding author : Lecturer

1 Assist.Prof, Email: yupaporn.t@bcn.ac.th

^{2*} Nurse instructor , Corresponding author Email: ccchaiwong79@bcnu.ac.th

¹⁻² Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Bangkok, Thailand.

บทคัดย่อ สนวนภาษาไทย

- บทนำ : อธิบายความสำคัญของปัญหา ไม่เกิน 3 บรรทัด
- วัตถุประสงค์ : ระบุเฉพาะวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญ เขียนเป็นความเรียง
- ระเบียบวิธีวิจัย: อธิบายประเภทของการวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการที่ได้มาของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ศึกษา เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการ หรือสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการวิจัย: รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลในตารางหรือกราฟ เขียนเป็นความเรียงโดยไม่มีตารางหรือกราฟประกอบ
- สรุปผล: สรุปผลสำคัญในภาพรวมที่ได้จากผลการวิจัยเท่านั้น โดยไม่เขียนข้อความซ้ำกับผลการวิจัย
- ข้อเสนอแนะ: ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยต้องสอดคล้องกับผลการวิจัย
- คำสำคัญ: เขียนคำสำคัญภาษาไทย 3-5 คำ โดยเว้นวรรคระหว่างคำ ทั้งนี้ ไม่ต้องระบุอ้างอิงในบทคัดย่อ

บทคัดย่อ สนวนอังกฤษ

Abstract **ต้องไม่เกิน 350 คำ** โดยพิมพ์หัวข้อไว้ตรงกลาง และย่อหน้าหัวข้อย่อย จากขอบกระดาษ ดานซ้าย ขนาดตัวอักษร 16 pt ตัวหนา และเขียนสรุปสาระสำคัญในแต่ละหัวข้อย่อย ดังนี้

- Introduction: อธิบายความสำคัญของปัญหา รวมทั้ง กรอบแนวคิด /ทฤษฎีที่นำมาใช้
- Research objectives: ระบุเฉพาะวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญ เขียนเป็นความเรียง
- Research methodology: อธิบายชนิดของการวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวน และวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ศึกษา เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการหรือสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- Results: รายงานผลการวิจัยโดยสรุปตามวัตถุประสงค์ที่จัด ชัดเจนสอดคล้องกับผล ในตารางหรือกราฟ เขียนเป็นความเรียงโดยไม่มีตารางหรือกราฟประกอบ
- Conclusions: สรุปผลสำคัญในภาพรวมที่ได้จากผลการวิจัยเท่านั้น โดยไม่เขียนขอความซ้ำกับผลการวิจัย
- Implications: ให้อธิบายแนะนำในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเป็น รูปธรรม โดยต้องสอดคล้องกับผลการวิจัย
- Keywords: เขียนคำสำคัญภาษาอังกฤษ 3-5 คำ โดยใช้อักษรตัวพิมพ์เล็กค้นคำสำคัญด้วย เครื่องหมายจุลภาค (,) ทั้งนี้ต้องไม่ระบุอ้างอิงใด ๆ ในบทคัดย่อ **การเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องมีความหมายเหมือนกับบทคัดย่อภาษาไทย และต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาโดยเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์**

Yupaporn Tirapriwong, Ph.D. ¹

Chanyawee Chaiwong, Ph.D. ^{2*}

เชิงอรรถของหนาแรก ประกอบด้วย

- ระบุคำว่า “Corresponding author” หนาชื่อของผู้ที่อยู่ในบทบาทนั้น-ระบุ ตำแหน่ง สถาบัน ต้นสังกัด หรือหน่วยงาน Email ของผู้นิพนธ์และทีมทุกคน โดยใช้ตัวเลขกำกับ ตามลำดับ - กรณีผู้นิพนธ์ มีตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัด หรือหน่วยงาน เดียวกัน สามารถระบุในภาพรวม

¹ Corresponding author : Lecturer

¹ Assist.Prof, Email: yupaporn.t@bcn.ac.th

^{2*} Nurse instructor , Corresponding author Email: ccchaiwong79@bcnu.ac.th

¹⁻² Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Bangkok, Thailand.

2. ส่วนประกอบของเนื้อหา

1) **บทนำ (Introduction)** มีการระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ต้องการพัฒนาชัดเจน แสดงแนวคิด ทฤษฎี ที่ใช้ในการแก้ปัญหาหรือ เพื่อการพัฒนาประกอบ มีการอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎีที่น่าเชื่อถือ สืบค้น ได้จริง จากแหล่งข้อมูลอ้างอิง และสรุปแนวทางการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีในการแก้ปัญหาหรือ เพื่อการพัฒนา

2) **กรอบแนวคิดการวิจัย (Research framework)** มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยอย่าง สมเหตุสมผล

3) **วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)** ความสอดคล้องกับการวิจัยอย่างสมเหตุสมผล ใช้ ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่ายรัดกุม อานแปลความหมายที่ต้องการได้ทันที จำนวนข้อเหมาะสมที่จะตรวจสอบผลใน แง่มุม ต่าง ๆ ได้ครบถ้วน

4) **สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)**

5) **วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและ รูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูล อธิบายวิธีการสรุปผลการศึกษาวิจัยและ สถิติต่าง ๆ ที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูลชัดเจน ทั้งนี้ การวิจัยที่ทำในมนุษย์จะต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ โดยต้องระบุเลขที่ วันที่ และหน่วยงานที่ให้การรับรองการวิจัยในมนุษย์ด้วย

6) **ผลการวิจัย (Results)** นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อม แปลความหมายของผลที่ ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถาม การวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมิ นำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

7) **อภิปรายผล (Recommendations)** ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่ เกี่ยวข้อง

8) **ข้อเสนอแนะ (Recommendations)** เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยใน ครั้งต่อไป

9) **ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต (Implication for future research)** ให้ข้อเสนอแนะใน การนำ ผลการวิจัยไปศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือขยายผล โดยต้องสอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ

10) **เอกสารอ้างอิง (References)** อ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงในบทความ และท้ายบทความ ถูกต้องครบถ้วนทันสมัยไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นแนวคิดทฤษฎี เกิน 10 ปีได้ สามารถสืบค้นถึงแหล่งที่มา ได้จริง

บทความวิชาการ (Academic article) ประกอบด้วย

1. บทความ สำนวนภาษาไทย

- 1.1 ชื่อเรื่อง โดยพิมพ์ไวยากรณ์ตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 18 pt ตัวหนา
- 1.2 ชื่อผู้พิมพ์โดยพิมพ์ชื่อผู้พิมพ์ พร้อมทั้งคุณวุฒิการศึกษาด้วย อยู่ใต้ชื่อเรื่องชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนเพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงาน และ E-mail ของผู้พิมพ์ทุกท่านไว้เป็นเชิงบรรณในหน้าแรก

เชิงบรรณของหน้าภาษาไทย ประกอบด้วย

- แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)
- ระบุคำว่า “Corresponding author” หนาชื่อของผู้ที่อยู่ในบทความนั้น
- ระบุ ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัด หรือหน่วยงาน Email ของผู้พิมพ์และทีมทุกคน โดยใช้ตัวเลขกำกับตามลำดับ
- กรณีผู้พิมพ์ มีตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัด หรือหน่วยงาน เดียวกัน สามารถระบุในภาพรวม

2. บทความ สำนวนภาษาอังกฤษ

- 2.1 ชื่อเรื่อง โดยพิมพ์ไวยากรณ์ตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 18 pt ตัวหนา โดยชื่อเรื่องให้พิมพ์ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรอังกฤษตัวใหญ่ (capital letter) ของทุกคำ

- 2.2 ชื่อผู้พิมพ์โดยพิมพ์ชื่อผู้พิมพ์ พร้อมทั้งคุณวุฒิการศึกษาด้วย อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนเพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงาน และ E-mail ของผู้พิมพ์ทุกท่านไว้เป็นเชิงบรรณในหน้าแรก

เชิงบรรณของหน้าแรก ประกอบด้วย

- แหล่งทุนวิจัย (ถ้ามี)
- ระบุคำว่า “Corresponding author” หนาชื่อของผู้ที่อยู่ในบทความนั้น
- ระบุ ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัด หรือหน่วยงาน Email ของผู้พิมพ์และทีมทุกคน โดยใช้ตัวเลขกำกับตามลำดับ
- กรณีผู้พิมพ์ มีตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัด หรือหน่วยงานเดียวกัน สามารถระบุในภาพรวม **บทความต้องไม่เกิน 350 คำ** โดยพิมพ์หัวข้อไว้ตรงกลาง และย่อหน้าหัวข้อย่อ จากขอบกระดาษด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 16 pt ตัวหนา และเขียนสรุปสาระสำคัญในแต่ละหัวข้อย่อ ดังนี้
- Introduction: อธิบายความสำคัญของปัญหา และช่องว่างของความรู้ที่สำคัญ
- Objectives: ระบุวัตถุประสงค์หลักบทความวิชาการ โดยเขียนเป็นความเรียง
- Key issues: อธิบายประเด็นหรือสาระสำคัญของบทความ
- Conclusions: สรุปผลสำคัญในภาพรวมของบทความ
- Implications: ให้อธิบายแนะนำในการนำข้อความรู้ที่ได้จากบทความไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- Keywords: เขียนคำสำคัญภาษาอังกฤษ 3 -5 คำ โดยใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก คำสำคัญด้วย เครื่องหมายจุลภาค (,) ทั้งนี้ ไม่ต้องอ้างอิงใดในบทความ และการเขียนบทความภาษาอังกฤษ ต้องมีความหมาย

บทความภาษาอังกฤษ และต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา โดยเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์

ส่วนประกอบของเนื้อหา

- 1) บทนำ (Introduction) การอธิบายความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นและแนวคิดที่จะนำเสนอชัดเจน
- 2) วัตถุประสงค์ของบทความ มีความสอดคล้องกับบทความอย่างสมเหตุสมผล ใช้ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย รัดกุม อานแปลความหมายที่ต้องการได้ทันที
- 3) เนื้อเรื่อง (Content) กำหนดหัวเรื่องตามสาระที่ต้องการนำเสนอ แสดงแนวคิด ทฤษฎี ที่ใช้ในการแก้ปัญหาหรือ เพื่อการพัฒนาประกอบ มีการอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎีที่น่าเชื่อถือ สืบค้นได้จริงจากแหล่งข้อมูลอ้างอิง สรุปแนวทางการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีในการแก้ปัญหาหรือ เพื่อการพัฒนา นำเสนอรายละเอียดครบถ้วนสมบูรณ์ เขียนอธิบาย ไตร่ตรอง สมบูรณ์ อานเข้าใจได้ทันที มีการเชื่อมโยงและการจัดเรียงลำดับเนื้อหา
- 4) บทสรุป (Conclusions) สรุปผลไตร่ตรอง ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของบทความที่กำหนดไว้
- 5) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implications for practice) เสนอแนะการนำไปใช้แก้ปัญหาหรือพัฒนาได้อย่างชัดเจน
- 6) ส่วน Reference เอกสารอ้างอิง (References) ตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงในบทความและท้ายบทความ ถูกต้องครบถ้วนทันสมัย สามารถสืบค้นถึงแหล่งที่มาได้จริง

รูปแบบการพิมพ์

- การพิมพ์หัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากแนวหัวข้อใหญ่ 5 ตัวอักษร และเมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่อีกให้พิมพ์เว้นระยะเพิ่มอีกโดยใช้คำสั่ง add space after paragraph
- ย่อหน้าระยะห่างจากขอบซ้าย $\frac{3}{4}$ นิ้ว
- ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้า ให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้าไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ
- การพิมพ์ตัวเลขทั้งหมดใช้เลขอารบิก
- ขอความภาษาอังกฤษที่แทรกในเนื้อหาให้พิมพ์ตัวเล็ก ยกเว้นคำศัพท์เฉพาะ
- การใช้คำย่อ ให้ใช้คำย่อที่เป็นสากล โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก และใช้คำย่อเดียวกันทั้งฉบับ
- ตาราง แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ โดยบทความไม่ควรมีตารางเกิน 3 – 5 ตาราง ไม่ควรใช้ตารางที่เป็นภาพฉาย และถ้ามีการอ้างอิงในกรณีที่มีผู้พรรณนาข้อมูลในตารางมาจากผู้อื่นต้องขออนุญาต หัวตาราง แสดงชื่อของตาราง เสนอขอ
- สำหรับการเขียนสถิติต่างๆ ให้พิมพ์ชิดกันใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนสถิติต่าง เช่น $\bar{x} = 13.23$ $SD = 1.23$ $r = .75$ $p < .01$ เป็นต้น

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ จำนวน 15-20 รายการ

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา ให้ใช้ตัวเลขยก (Super script) ระบุตัวเลขยกไว้ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา โดยเขียนเอกสารอ้างอิงทุกรายการเป็นภาษาอังกฤษ สำหรับตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับ ตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับให้ใช้การระบุตัวเลข ดังตัวอย่าง 1,3-5

กรณีมีการอ้างชื่อผู้แต่งในเนื้อหา บทความหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรค ตามด้วยอักษรชื่อแรกของผู้แต่ง

2. การอ้างอิงที่ อยู่ท้ายบทความ ให้ขึ้นหัวข้อไว้ตรงกลาง References

1) ผู้แต่งทั้งชาวไทยและต่างประเทศ ระบุได้ไม่เกิน 6 คน โดยเขียนนามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อ ของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใด ๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่าง แต่ละคน และ หลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

2) ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al.

3) ชื่อบทความ ให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะต่าง ๆ

4) ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อเต็มภาษาอังกฤษของวารสารนั้น ๆ ให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษร ตัว แรก

5) เลขหน้า ให้ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 91-4 แทนที่จะเป็น 91-94 และ 1200-1212 เขียนเป็น 1200-12

กรณีมีการอ้างบทความหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษตามที่ระบุไว้ใน เอกสารอ้างอิง ใช้หลักการ เดียวกับการเขียนแบบผู้แต่งชาวต่างประเทศ โดยลงท้ายการอ้างอิงว่า (in Thai)

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

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)

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. ฐปนา ตระกูลศิริศักดิ์, อธิยุต นัมคณิสสรณ์.การรักษามะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์;ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

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.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

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

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

ตัวอย่าง

4. จินตนา ชูติระกะ.ผลของโปรแกรมโยคะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย วัยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [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/2165834802/95052D169B364AD4PO/1?accountid=2841>

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

กรณีมีการอ้างบทความหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษตามที่ระบุไว้ในเอกสารอ้างอิง ใช้หลักการ เดียวกับการเขียนแบบผู้แต่งชาวต่างประเทศ โดยลงท้ายการอ้างอิงว่า (in Thai)

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-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงหาไปรษณีย์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่า ถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการ ตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธ การรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) 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 ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่คุณเขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการและผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน เม.ย. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ส.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ธ.ค.	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)

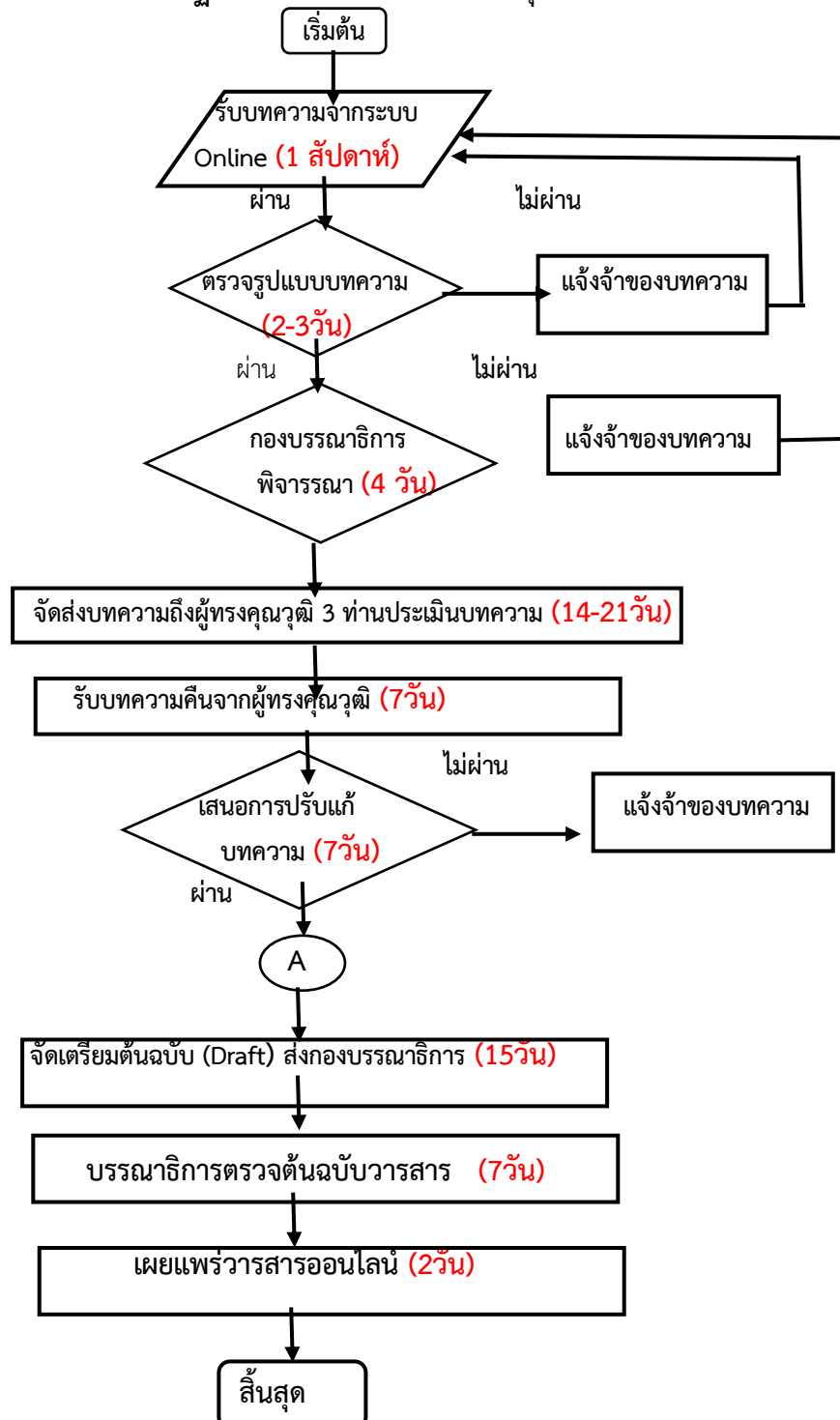
ปรับปรุง วันที่ 1 มกราคม 2565

- 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/ผู้มีพันธหลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบส่งที่ journal@bcnu.ac.th

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

เลขานุการ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี 88 หมู่ 1

ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330