



วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2562

Vol.6 No.2 July-December 2019

❖ บทความรับเชิญ

- การวิจัยดำเนินการ : สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พิกุล พรพิบูลย์

❖ บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ภววรรณตรี พลเยี่ยม
สุพัฒนา ศักดิ์ฐานานท์ พูลสุข ศิริพล
- ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟู
หลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก สุทธิณี สุดใจ มุกดา เดชประพนธ์
ธงชัย พงศ์มพัฒน์
- การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ
แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล วันดี ไกยกิจเจริญ วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ
สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ
- ผลของการสร้างเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟู
ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว กนกวรรณ บุญเสริม จินตนา ยูนิพันธุ์
ดวงตา กุลรัตนญาณ นรวิทย์ พุ่มจันทร์
- ผลของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อจำนวนวันนอน
และการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา สการัตน์ เทพประสงค์ จินตนา ยูนิพันธุ์
ดวงตา กุลรัตนญาณ นรวิทย์ พุ่มจันทร์
- ผลของกลุ่มบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข
ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อังคณา วังทอง อนุชิต วังทอง
ปัทมาวดี มะอิง ชูรัฐดี สีเต็ง

❖ บทความวิชาการ

- นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง ผ่องพรรณ อรุณแสง บุญชัย ตระกูลจรศักดิ์
ศิริมา ศรีทหาพิสิฐ กิ่งกาญจนา เมืองโคตร
สงกรานต์ ชันเลื่อน สุทธินันท์ สุนันตี

❖ ปกิณกะ

- บทบาทผู้ปกครองในการป้องกัน
ปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ขวัญจิต เพ็งแป้น



วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

สารบัญ
ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2562

Content
Vol.6 No.2 July-December 2019

บทความวิจัย

การวิจัยดำเนินการ : สมรรถนะของผู้ปฏิบัติ
การพยาบาลขั้นสูง 5

พิกุล พรพิบูลย์

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง 16

ภววรรณตรี พลเยี่ยม

สุพัฒนา ศักดิฐานนท์ พูลสุข ศิริพูล

ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟู
หลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก 30

สุทธิณี สุดใจ มุกดา เดชประพนธ์

ธงชัย พงศ์มพัฒน์

การพัฒนาแบบการดูแลแบบบูรณาการ
แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล 48

วันดี โกยกิจเจริญ วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ

สุพรรณพรณ์ กิจบรรยงเลิศ

ผลของการสร้างเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟู
ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 70

กนกวรรณ บุญเสริม จินตนา ยูนิพันธ์

ดวงตา กุลรัตนญาณ นรวิทย์ พุ่มจันทร์

ผลของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อจำนวนวันนอน
และการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา 86

สกวรัตน์ เทพประสงค์ จินตนา ยูนิพันธ์

ดวงตา กุลรัตนญาณ นรวิทย์ พุ่มจันทร์

ผลของกลุ่มบำบัดการทวนรำลึกความหลัง
ที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น 99

อังคณา วังทอง อนุชิต วังทอง

ปัทมาวดี มะอิง สุรัฐดี สี่เต็ง

บทความวิชาการ

นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง 115

ผ่องพรรณ อรุณแสง บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์

ศิริณา ศรีทราพิสิฐ กิ่งกาญจนา เมืองโคตร

สงกรานต์ ชันเลื่อน สุทธินันท์ สุนันต์

ปกิณกะ

บทบาทผู้ปกครองในการป้องกัน
ปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน 131

ขวัญจิต เพ็งแป้น

Invited Paper

Implementation Research: Competencies of
Advanced Practice Nurses 5

Pikul Phornphibul

Research

Correlation of Emotional Control and
Quality of Life in Adolescents with Cancer 16

Phawantree Phonyiem

Supattana Sakdithanont Pulsuk Siripul

Feasibility of Post-operative Recovery Program
in Patients with Mouth and Oral Cavity Cancer 30

Sutthinee Sudchai Mukda Detprapon

Thongchai Bhongmakapat

The Development of Nurse-led Integrated Care Model
for Patients with Traumatic Brain Injury 48

Wandee Koykitjaroen Wilailak Wongchunlachet

Supornpan Kitbunyonglers

The Effect of Recovery Promotion on Recovery
among Persons with Bipolar Disorder 70

Kanokwan Bunserm Jintana Yunibhand

Duangta Kulrattanayan Norawee Pumchan

Effects of Primary Nursing System on Length of Stay
and Relapse among Schizophrenic Patients with Alcohol Use 86

Sakaorat Thepprasong Jintana Yunibhand

Duangta Kulrattanayan Norawee Pumchan

Effects of the Happy Reminiscence Group Therapy
on Teenage Depression 99

Angkana Wangthong Anuchit Wangthong

Pattamawatee Ma-ing Suhudee Leedeng

Academic Article

Comprehensive Care System Innovation for
Older Persons with Dementia: BanFang District Model 115

Pongpan Aroonsang Boonchai Trakulkajornsak

Sirina Satthapisit Kingkanjana Mounkote

Songkran Kunleun Suttinan Subindee

Miscellaneous

The Role of Parents in Preventing Health Problems of
Pre-School-Children 131

Kwanjit Pengpan

ISSN 2408-1280

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นวารสารที่มีการควบคุมคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ดำเนินการโดย สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย โดยการสนับสนุนของ สภาการพยาบาล

วัตถุประสงค์ (Aims):

1. เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น กรณีศึกษา วิธีการปฏิบัติใหม่ๆ นวัตกรรม การจัดการเชิงระบบ การบริหาร ความเสี่ยง และงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ
2. เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนานวัตกรรมและการปฏิบัติ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ

ขอบเขต (Scope):

ประเภทของบทความต้นฉบับ (original articles) ในวารสารนี้ รวมถึง รายงานวิจัย (research report) โครงการวิจัยเพื่อ พัฒนาการปฏิบัติ (capstone project) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (development of practice guidelines) รายงานกรณีศึกษา (case report) และบทความวิชาการ (academic article) ทั้งนี้ ยังรวมถึง บทความประเภทอื่น (miscellaneous) และอื่นๆ

กำหนดการออกวารสาร

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ มีกำหนดออกวารสารเป็นราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

- มกราคม-มิถุนายน
- กรกฎาคม-ธันวาคม

เจ้าของ: สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

Homepage: <http://www.apnathai.org>

สำนักงาน: อาคารนครินทร์ศรี ในกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์-โทรสาร 02-1495635

อัตราค่าสมาชิก:

สมาชิกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

และหรือ สมาชิกวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

1 ปี	300 บาท	บุคคลทั่วไป	1 ปี	400 บาท
3 ปี	800 บาท	บุคคลทั่วไป	3 ปี	1,000 บาท
5 ปี	1,200 บาท	บุคคลทั่วไป	5 ปี	1,500 บาท

ที่ปรึกษา:	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
	รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง	นายกสภาการพยาบาล
	รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ:	รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
ผู้ช่วยบรรณาธิการ:	รองศาสตราจารย์ ดร.พนัสฐา พานิชชีวะกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กองบรรณาธิการ:	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ชัมภลชิต	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปรีธัญกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
	รองศาสตราจารย์ ดร.ลินจง โปธิบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สันตุ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย):

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ ธงชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข ศิริพูล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง อีระทองคำ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิไลพรรณ สมบุญตะนนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิษชุดา เจริญกิจการ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้พิมพ์-ผู้โฆษณา:

พิมพ์ที่:

นางกรปภัทร ศิลปวิทย์
บริษัท จุตทอง จำกัด
โทรศัพท์ 0-2931-7095-6 โทรสาร 0-2538-9909

บทบรรณาธิการ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2562 นี้ มี 9 บทความ ประกอบด้วย บทความ**ความรับเชิญ** เรื่อง การวิจัยดำเนินการ : สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (พิกุล พรพิบูลย์) บทความ**ความวิจัย** ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง (ภววรรณตรี พลเยี่ยม สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์ พูลสุข ศิริพล) ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก (สุทธินี สุดใจ มุกดา เดชประพนธ์ ธงชัย พงศ์มพัฒน์) การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล (วันดี ไกยกิจเจริญ วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ สุพรรณพรณ์ กิจบรรยงเลิศ) ผลของการสร้างเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (กนกวรรณ บุญเสริม จินตนา ยูนิพันธุ์ ดวงตา กุลรัตนญาณ นรวิรุฬ่มัจฉานนท์) ผลของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อจำนวนวันนอนและการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา (สกวรัตน์ เทพประสงค์ จินตนา ยูนิพันธุ์ ดวงตา กุลรัตนญาณ นรวิรุฬ่มัจฉานนท์) และ ผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (อังคณา วังทอง อนุชิต วังทอง ปัทมาวดี มะอิง ชูรัฐดี ลีเต็ง) บทความ**วิชาการ** เรื่อง นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง (ผ่องพรรณ อรุณแสง บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์ ศิริณา ศรัทธาพิสิฐ กิ่งกาญจนา เมืองโคตร สงกรานต์ ชันเลื่อน สุทธินันท์ สุนันตี) และ **ปกิณกะ** เรื่อง บทบาทของผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน (ขวัญจิต เพ็งแป้น) บทความในวารสารฉบับนี้ มีบทความสำหรับภาควิชาชีพการพยาบาลที่มีลักษณะบทความหลากหลายแบบให้เลือกศึกษา และยังมีเกร็ดความรู้เพื่อสร้างความตระหนักสำหรับภาคประชาชนร่วมด้วย

วรรณภา ศรีธัญรัตน์

บรรณาธิการวารสารฯ

การวิจัยดำเนินการ : สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

พิกุล พรพิบูลย์¹ พว., พย.ด., อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์)

บทคัดย่อ: การวิจัยดำเนินการที่ผ่านมามีการนำคำศัพท์หลายคำมาใช้อธิบายกระบวนการใช้ความรู้สู่การปฏิบัติ แนวคิดเกี่ยวกับศาสตร์การดำเนินการ ถือเป็นแขนงหนึ่งของศาสตร์การแปลความรู้สู่การปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยมีเป้าหมาย คือ การนำข้อค้นพบจากการวิจัยสู่การปฏิบัติ การวิจัยเกี่ยวกับการแปลงผลการวิจัยเป็นกระบวนการประยุกต์ความรู้จากการวิจัยพื้นฐานและการวิจัยทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติทางคลินิกทั้งระบบ การวิจัยดำเนินการ เป็นความพยายามที่จะทำการศึกษาสำรวจอุปสรรคของการประยุกต์ข้อค้นพบจากการวิจัยและค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ บทความนี้อธิบายความรู้ที่สัมพันธ์กับการวิจัยดำเนินการ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและเพิ่มศักยภาพของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติทางคลินิก

คำสำคัญ: ศาสตร์การแปลงการวิจัย ศาสตร์การดำเนินการ การวิจัยดำเนินการ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์พิเศษในบัณฑิตวิทยาลัย สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ อนุนายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) วาระ พ.ศ. 2562-2564

Implementation Research: Competencies of Advanced Practice Nurses

Pikul Phornphibul¹ RN, DNS, Dip. APMSN

Abstract: Implementation research has been described by various terms to explain the process of putting knowledge into practice. Implementation science as a branch of knowledge translation has emerged with the aims of bringing research findings into practice. Translational research is the process of applying knowledge from basic research and clinical trials to clinical practice across the system. Implementation research attempts to explore barriers of the application of research findings and to find ways to solve a wide range of implementation problems. This article describes sciences related to implementation research in order to enhance understanding and potential among advanced practice nurses in utilizing the research findings in their clinical practice.

Keywords: translational science, implementation science, implementation research
Advanced practice nurse

¹ Assistant Professor, Special Lecturer of Graduate School, Faculty of Nursing, Chiang Mai University and Vice President of Advance Practice Nurses Association (Thailand) (From 2019-2021)

บทนำ

ปัจจุบันเป็นยุคของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ ซึ่งได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยมีการอธิบายองค์ความรู้ที่เป็นพื้นฐานของเรื่องนี้ออกมาในรูปของศาสตร์การแปลความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ค้นใหม่ของการเรียนรู้และการกระทำเป็นการลดช่องว่างของความรู้กับการปฏิบัติ กลยุทธ์ของการแปลความรู้สู่การปฏิบัติ เป็นการใช้ทั้งพลังของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ร่วมกับภาวะผู้นำของผู้ปฏิบัติในการชี้แนะและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติ การแปลความรู้สู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย การสังเคราะห์ แลกเปลี่ยน และประยุกต์ความรู้โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง เพื่อเร่งให้เกิดนวัตกรรมต่าง ๆ และนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับโลก เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและเป็นการยกระดับสุขภาพของประชาชน¹ การแปลความรู้สู่การปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศาสตร์การแปลงการวิจัย (translation science) ที่แปลงผลการวิจัยจากระดับพื้นฐานไปสู่ระดับการนำไปใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพ และศาสตร์การดำเนินการ (implementation science) ที่ว่าด้วยการนำความรู้จากการวิจัยไปใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งศาสตร์ดังกล่าวนี้เป็นความรู้ที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

การกำหนดสมรรถนะสำคัญของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางพยาบาลสาขาต่าง ๆ มีความครอบคลุมถึงสมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การนำการเปลี่ยนแปลง การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย และการจัดการผลลัพธ์ของการดูแล² ดังนั้น การแสดง

ความรู้ความสามารถด้านการแปลความรู้สู่การปฏิบัติหรือการแสดงผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในบทบาทของผู้นำในการวิจัยดำเนินการ ที่มีลักษณะของการแปลงผลการวิจัยไปสู่การปรับปรุงงานประจำจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีจึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอความรู้ใน 3 เรื่อง คือ การแปลงการวิจัย (translational research) ศาสตร์การดำเนินการ (implementation science) และการวิจัยดำเนินการ (implementation research) โดยครอบคลุมทั้ง ความหมายของการวิจัยดำเนินการ ลักษณะของการวิจัยดำเนินการ ระยะของการวิจัยดำเนินการ การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ความเข้มแข็งเชิงระเบียบวิธีของการวิจัยดำเนินการ หน้าที่ของนักวิจัยในการทำวิจัยดำเนินการ และจริยธรรมในการวิจัยดำเนินการตามลำดับ ผู้เขียนมีความประสงค์ให้ความรู้ในหัวข้อดังกล่าวนี้เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการสร้างผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในฐานะผู้นำด้านการปฏิบัติทางคลินิก

การแปลงการวิจัย (Translational Research)

การแปลงการวิจัย ในที่นี้ เป็น การแปลงการวิจัยจากขั้นพื้นฐานไปสู่การวิจัยดำเนินการเพื่อใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติ โดยคำศัพท์ “การแปลงการวิจัย” ในบทความนี้ ผู้เขียนแปลมาจากคำว่า translational research เป็นคำที่เริ่มนำมาใช้ประมาณต้นทศวรรษที่ 1990 เป็นต้นมา³ ซึ่งจนถึงปัจจุบันก็ยังไม่พบคำแปลในภาษาไทย บทความนี้จะใช้ทับศัพท์ภาษาอังกฤษและใช้วิธีอธิบายความหมายตามที่มีการนิยามไว้ซึ่งจากการทบทวนพบว่า มีการใช้คำในความหมายที่สอดคล้องและสัมพันธ์กัน ในภาพรวมว่า “translational research” โดยเป็น กระบวนการวิจัย

ที่มีความต่อเนื่องกันของการแปลข้อค้นพบจากการวิจัยพื้นฐานในห้องทดลองไปสู่การวิจัยในผู้ป่วยและในชุมชน ในลักษณะของการยกระดับความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์ในชีวิตจริง โดยนิยามแบ่งการแปลงการวิจัย เป็น 2 ระยะ คือ ระยะของการแปลงจากการวิจัยพื้นฐานไปสู่การวิจัยทดลองในผู้ป่วย กับระยะของการแปลงผลการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการนำข้อค้นพบไปสู่การดำเนินการในสถานการณ์จริง ตลอดจนการนำไปใช้ในระดับชุมชนและระดับนโยบาย ดังที่ได้มีการนิยามโดยสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ว่า

“Translational research ประกอบด้วยกระบวนการแปลงการวิจัยที่มีความต่อเนื่องกันเป็นสองระยะ คือ ระยะแรก เป็นการวิจัยที่ประยุกต์ข้อค้นพบจากการวิจัยในห้องปฏิบัติการ และการวิจัยก่อนคลินิก ไปสู่การวิจัยทดลองในมนุษย์หรือในผู้ป่วย สำหรับการแปลงการวิจัยระยะที่สอง คือ การวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการวิจัยทางคลินิกที่เป็นการปฏิบัติที่ดีไปใช้ในสถานการณ์จริงหรือในชุมชน เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความคุ้มค่าของวิธีการต่าง ๆ ในการป้องกันและรักษาโรค”⁴

กระบวนการแปลงการวิจัยที่มีการประยุกต์ผลการศึกษาดทดลองทางคลินิกไปดำเนินการในชีวิตประจำวันเพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของข้อค้นพบหรือหลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัย ถือเป็นส่วนที่สำคัญของการแปลความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก ที่มุ่งเน้นการปิดช่องว่างของความรู้กับการปฏิบัติ (closing the ‘know-do gap’) โดยการสังเคราะห์การแลกเปลี่ยน และการประยุกต์ความรู้ที่กระทำโดย

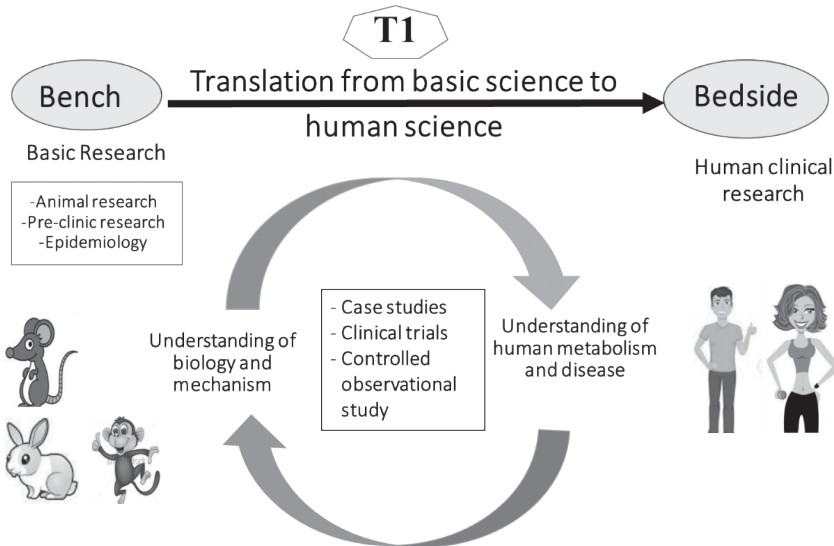
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสร้างนวัตกรรมและนำไปใช้ประโยชน์ ทั้งในระดับท้องถิ่นและโลก เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและยกระดับสุขภาพของประชาชน¹

ผู้เขียนได้ทบทวนความรู้และสร้างแผนภาพประกอบการอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น⁵ โดยรูปแบบของ translational research ประกอบด้วยกระบวนการของแปลงการวิจัย (2-stage schemes of translational research) ในสองระยะ ได้แก่ กระบวนการที่ 1 (หรือ T1) เป็นกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับการแปลงผลการวิจัยขั้นพื้นฐานไปสู่การวิจัยทางคลินิก และกระบวนการที่ 2 (หรือ T2) เป็นกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับการแปลงผลการวิจัยทางคลินิกไปสู่การวิจัยดำเนินการหรือการนำไปใช้ประโยชน์⁴ ซึ่งอธิบายในรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

กระบวนการที่ 1 (T1 – Bench to Bedside Research) ดังแสดงในภาพที่ 1 เป็นกระบวนการวิจัยแปลงผลการวิจัยขั้นพื้นฐาน (basic research) ไปสู่การวิจัยทางคลินิก (clinical research) การวิจัยในระยะนี้เริ่มจากการวิจัยพื้นฐานซึ่งประกอบด้วยหลายระดับ ได้แก่ การศึกษาในห้องปฏิบัติการ การศึกษาในสัตว์ทดลอง (animal research) การวิจัยก่อนคลินิก (pre-clinic research) และการวิจัยทางระบาดวิทยา (epidemiology) การวิจัยพื้นฐานเหล่านี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ความเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ และการเกิดโรค โดยที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาในร่างกายของมนุษย์โดยตรง จนเมื่อมีความรู้ที่ชัดเจนเพียงพอก็มีการแปลงผลการวิจัยไปสู่การวิจัยทางคลินิกโดยทำการศึกษาทดลองในตัวอย่างผู้ป่วย เพื่อศึกษากลไกทางชีววิทยา กลไกการเกิดโรค และการตอบสนองของร่างกาย วิถีวิทยาที่ใช้ในการวิจัยทางคลินิก มีได้หลาย

แบบ เช่น กรณีศึกษา (case study) การศึกษาโดยการสังเกตเปรียบเทียบ (controlled observational study) และการทดลองทางคลินิก (clinical trials) ผลการวิจัยทางคลินิก จะทำให้ได้ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ

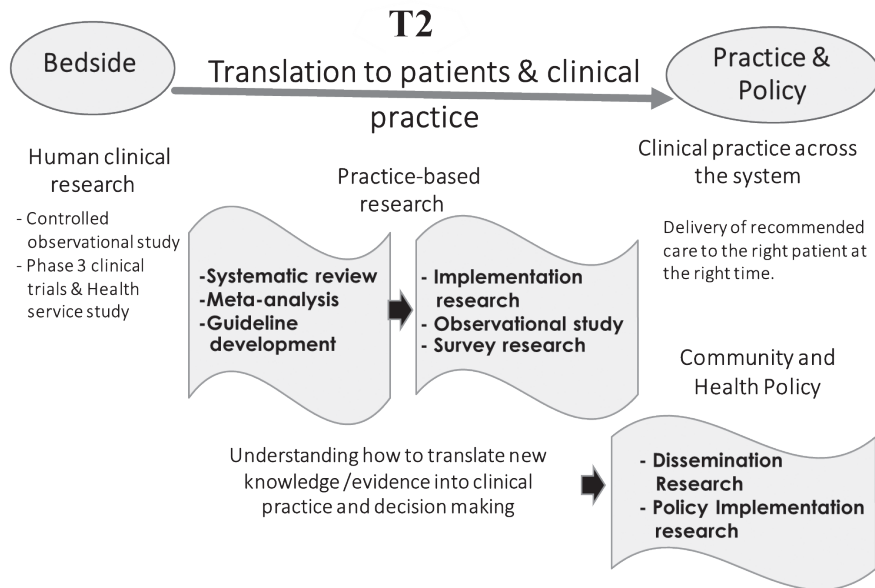
ทางคลินิกซึ่งถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (scientific evidence) ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติจริงต่อไป



ภาพที่ 1 การวิจัยเพื่อแปลงผลการวิจัยพื้นฐานไปสู่การวิจัยทางคลินิก (T1 – Bench to Bedside Research)⁵

กระบวนการที่ 2 (T2 – Bedside to Practice and Policy Research) ดังแสดงในภาพที่ 2 เป็นกระบวนการวิจัยต่อยอดจากการวิจัยทางคลินิกไปสู่การวิจัยดำเนินการ โดยการแปลงผลการทดลองหรือการทดสอบในตัวอย่างผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการวินิจฉัย การป้องกัน และดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นการดำเนินการในสภาพการณ์จริง การศึกษาประสิทธิผลในการยกระดับคุณภาพหรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เมื่อปรากฏผลการวิจัยว่า ได้ผลลัพธ์ที่ดีและสามารถให้ข้อเสนอแนะต่อการนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง ก็จะเปลี่ยนไปสู่นโยบายด้านสุขภาพ (health policy) เพื่อประโยชน์

ในทางสาธารณสุขต่อไป สำหรับกระบวนการวิจัยที่ใช้สามารถแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย กระบวนการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) และ กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical guideline development) และ 2) ระยะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย การวิจัยดำเนินการ (implementation research) การศึกษาสังเกตติดตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (observational study) และการศึกษาสำรวจ (survey research) สำหรับความรู้ที่ว่าด้วยการแปลงความรู้จากผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ เรียกว่า ศาสตร์การดำเนินการ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป



รูปที่ 2 การวิจัยเพื่อแปลงผลการวิจัยทางคลินิกสู่การดำเนินการ (T2 – Bedside to Practice and Policy)⁵

ศาสตร์การดำเนินการ (Implementation Science)

การดำเนินการ (implementation) โดยทั่วไปถูกนำมาใช้ในความหมายว่า การทำให้เกิดผลสำเร็จ การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น การนำนโยบายไปดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ หรือการนำแผนไปดำเนินงานให้บรรลุผลตามที่ตั้งไว้⁶ การดำเนินการเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่ได้ผ่านการออกแบบไว้ล่วงหน้า และถูกนำไปปฏิบัติโดยคณะทำงานหรือกลุ่มบุคคลที่มีส่วนรับผิดชอบและมีมีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนั้น ๆ⁷

ศาสตร์การดำเนินการ (implementation science) เป็นแขนงความรู้ที่ถูกพัฒนาขึ้น เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยกระบวนการดำเนินการและการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินการโดยมุ่งอธิบายเกี่ยวกับกลยุทธ์ วิธีการ ปัญหาและอุปสรรค และการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการ ศาสตร์การดำเนินการต้องอาศัยทฤษฎีจากศาสตร์แขนงต่าง ๆ เพื่อช่วยใน

การปรับปรุงกระบวนการดำเนินการ⁸ ปัจจุบันศาสตร์การดำเนินการถูกนำมาใช้ในกระบวนการแปลความรู้จากผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติที่ต้องดำเนินการไปท่ามกลางความหลากหลายของระบบบริการและบริบทเชิงนโยบาย ภายใต้สถานการณ์จริงที่ประกอบด้วยนโยบายต่างๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบงานที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วยบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้รับบริการ ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย เป็นบริบทที่ผู้วิจัยหรือผู้ดำเนินการไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์ไว้ล่วงหน้าได้เหมือนการวิจัยทดลองทางคลินิก ศาสตร์การดำเนินการมุ่งเน้นที่จะแสวงหากระบวนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องค้นหาปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุนและเอื้ออำนวย และแสวงหาแนวทางและใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามที่ขึ้นด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์⁹

นอกจากการศึกษากระบวนการดำเนินการ แล้ว ศาสตร์ดำเนินการยังรวมไปถึงการศึกษา ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดำเนินการ หรือ ผลลัพธ์ของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่เกิดต่อองค์กรและระบบสุขภาพด้วย⁸ จากแนวความคิดดังกล่าว จึงเกิดการพัฒนาทฤษฎี รูปแบบ และกรอบดำเนินการที่ช่วยให้เกิดความชัดเจนและเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้¹⁰ ภายใต้ศาสตร์ดำเนินการยังได้มีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการวิจัยดำเนินการขึ้น เพื่อแสวงหาความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพและการวัดผลลัพธ์หรือความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินการ

การวิจัยดำเนินการ (Implementation Research)

ในหัวข้อนี้กล่าวถึง ความหมายของการวิจัยดำเนินการ ลักษณะของการวิจัยดำเนินการ และระยะของการวิจัยดำเนินการ ดังนี้

ความหมายของการวิจัยดำเนินการ การวิจัยดำเนินการ หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินการในการนำผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อยกระดับคุณภาพหรือผลลัพธ์ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินการและผลลัพธ์ของการดำเนินการ¹¹ การวิจัยดำเนินการทางการแพทย์นำมาใช้เพื่อบูรณาการวิธีการป้องกัน การวินิจฉัย และการดูแลรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับงานประจำ เพื่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในระดับหน่วยงานและองค์กร ตลอดจนจูงใจต่อการใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายด้านสาธารณสุขต่อไป¹²

ลักษณะของการวิจัยดำเนินการ การวิจัยดำเนินการมีความแตกต่างจากการวิจัยทางคลินิกที่เน้นการทดสอบความรู้ในตัวอย่างผู้ป่วย และเป็นการทดลองภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวดขณะทำการทดลองเพื่อให้ได้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือ ในขณะที่ การวิจัยดำเนินการ จะทำการศึกษายภายใต้บริบทของสถานการณ์จริงที่ไม่มีการควบคุมเหมือนการวิจัยทดลองทางคลินิก ผู้วิจัยมักจะไม่สามารถทำนายสถานการณ์ล่วงหน้าได้แต่ภายใต้กระบวนการดำเนินการนั้น ผู้วิจัยจะต้องแสวงหาวิธีการหรือกลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากเดิมหรือปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างพร้อมเพรียงกัน อีกทั้งตลอดกระบวนการ ผู้วิจัยต้องแสวงหาปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคเพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในขั้นสุดท้ายของการวิจัยดำเนินการคือการวัดและประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการซึ่งต้องทำอย่างรัดกุมและมีความเป็นปรนัย น่าเชื่อถือ¹¹

ระยะของการวิจัยดำเนินการ ในการดำเนินการแปลงผลการวิจัยทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติต้องอาศัยกระบวนการศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก กับ ระยะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งจะกล่าวถึงตามลำดับดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

เป็นระยะแรกของการแปลงการวิจัยทางคลินิกไปสู่การวิจัยดำเนินการ ในระยะนี้ประกอบด้วย การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมตาเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่ดี (recommendations of best practice) และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมตา เป็น กระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การสืบค้นและรวบรวมงานวิจัย การประเมินคุณค่าและคุณภาพของงานวิจัย การคัดเลือกรงานวิจัย การอ่าน และสรุปผลการวิจัย การวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการวิจัย เพื่อจัดทำรายการข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่ดีที่ได้จากผลการวิจัย ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์¹³

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นการ จัดทำรูปเล่มเอกสารที่ประกอบด้วย ชุดกิจกรรมที่ได้ จัดหมวดหมู่ไว้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นผลจาก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แนวปฏิบัติทางคลินิกจะให้ข้อเสนอแนะทางปฏิบัติเพื่อประกอบ การตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการประเมิน วินิจฉัย แก้ไข ปัญหา (ป้องกันโรคและความเจ็บป่วย สร้างเสริม สุขภาพ บำบัดรักษาโรค และความเจ็บป่วย) และการ ประเมินผลลัพธ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่ได้มาตรฐานโดยคณะทำงานที่ประกอบด้วยทีมจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีการทดลองใช้เพื่อดูความเหมาะสม และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติก่อนจะนำไปศึกษา ประสิทธิภาพต่อไป¹⁴

ระยะที่ 2 ระยะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ในกระบวนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในทางปฏิบัติ นักวิจัยทางคลินิกสามารถออกแบบการวิจัยได้หลายรูปแบบโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษากระบวนการดำเนินการหรือศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการ เช่น การวิจัยแบบสังเกต (observational study) หรือการวิจัยแบบสำรวจ (survey study) ซึ่งความรู้ที่ได้จะช่วยให้เข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทของสถานบริการสุขภาพ กลยุทธ์ดำเนิน

การที่ได้ผลดี ปัญหาและอุปสรรค และปัจจัยเอื้ออำนวย ตลอดจนความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งผู้วิจัยทางคลินิกสามารถนำความรู้เหล่านี้ไปประยุกต์เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

เป็นการวิจัยดำเนินการใช้แนวปฏิบัติที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ทั้งสองส่วนคือ ศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ไว้ในโครงการเดียวกัน จึงทำให้มีการเรียกกันว่า การวิจัยดำเนินการ การจัดทำโครงการวิจัยในลักษณะนี้นิยมแบ่งการดำเนินการออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ คือ เตรียมความพร้อม ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ และประเมินผล ในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่สามารถออกแบบไว้ล่วงหน้าตั้งแต่การจัดทำโครงการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากร (ตัวอย่างกิจกรรม ในขั้นตอนนี้ เช่น

การประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฝึกทักษะการปฏิบัติ) การเผยแพร่สาระสำคัญของแนวปฏิบัติโดยผ่านกิจกรรมและการสื่อสารที่หลากหลายช่องทาง เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงแนวปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมาย การเตรียมสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น และการเตรียมความพร้อมพร้อมของทีมวิจัยโดยการประชุมวางแผนปฏิบัติของทีมตลอดกระบวนการไปจนถึงการวัดและประเมินผล¹⁵

2. ขั้นตอนการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่มีจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์และเทคนิคที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุน การให้กำลังใจ

การโน้มน้าวชักจูงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง การนิเทศ การประชุมทีม และการประเมินกระบวนการอย่างต่อเนื่อง^{13,14}

3. **ขั้นประเมินผล** ประกอบด้วย กิจกรรมการวัดผลหรือความเปลี่ยนแปลง โดยใช้เครื่องมือหรือวิธีการที่เป็นระบบ นำเชื่อถือ กิจกรรมการวัดผล อาจทำโดยผู้ปฏิบัติหรือทีมวิจัยซึ่งฝังตัวอยู่ในสถานที่ที่ทำการศึกษา การวัดผลลัพธ์ต้องมีการกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีความเป็นปรนัย นอกจากการวัดผลลัพธ์ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณแล้ว ควรประเมินผลลัพธ์ด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงและความคิดเห็นของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ความเข้มแข็งเชิงระเบียบวิธีของการวิจัยดำเนินการ

ความตรงภายใน (internal validity) มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับการวิจัยดำเนินการ เพราะเป็นการทำให้มีความเชื่อได้ว่า ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีนั้น เกิดจากวิธีปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จริง ซึ่งการยืนยันความตรงภายในสามารถทำได้โดยแสดงผลการเปรียบเทียบระหว่างการใช้กับไม่ใช่แนวปฏิบัติ เช่น รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์เปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาก่อนดำเนินการกับหลังดำเนินการ เปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานที่ใช้กับไม่ใช่แนวปฏิบัติ¹⁶

ความตรงภายนอก (external validity หรือ generalizability) การวิจัยดำเนินการไม่ถูกคาดหวังว่าต้องมีความตรงภายนอก เพราะเป็นการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหของหน่วยงานหรือองค์กรที่เป็นสถานศึกษา และการดำเนินการก็เป็นไปตามบริบทของ

สถานที่ที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม ความเป็นไปได้และสามารถที่จะนำวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดีนั้นไปใช้ในสถานที่หรือหน่วยงานอื่นได้ ก็ถือเป็นข้อดีประการหนึ่งของการวิจัย¹⁵

หน้าที่ของนักวิจัยในการทำวิจัยดำเนินการคือ ทำให้เกิดการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. **เตรียมความพร้อม**สำหรับการนำการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยควรกำหนดแผนดำเนินการไว้ล่วงหน้า ซึ่งต้องปรากฏอยู่ในข้อเสนอโครงการวิจัย ที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย สถานที่ศึกษา ระยะเวลาดำเนินการ วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ ดำเนินการ แนวทางดำเนินการ และการประเมินผลลัพธ์

2. **สร้างความเข้าใจ**เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ในทางปฏิบัติให้ตรงกันในกลุ่มผู้ปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งถือเป็นกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินการ เพื่อให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง สามารถทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลหรือรายงานสถิติเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือรายงานสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในทางปฏิบัติของวิธีที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน เป็นต้น

3. **เผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์**ของการปฏิบัติที่ดี ซึ่งอาจอยู่ในรูปของรายงานผลการทบทวนอย่างเป็นระบบ แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมจากผลการวิจัยที่จะประสงค์จะนำมาใช้ในการดำเนินการปรับปรุงการปฏิบัติ ซึ่งต้องมีการเผยแพร่อย่างทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินการ

4. **กำกับติดตาม**กระบวนการดำเนินการ ผู้วิจัยมีบทบาทในการแสวงหาวิธีการและกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตาม

หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ และหาทางแก้ไขหรือจัดการอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับทีมหรือกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ ซึ่งข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการดำเนินการต้องได้รับการรวบรวม บันทึก วิเคราะห์ และแปลผล นำมาปรับปรุงกระบวนการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อให้ได้คำตอบเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพด้วย

5. ประเมินผลการดำเนินการ เป็นการยืนยันถึงประสิทธิผลของการดำเนินการและของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการ ประกอบด้วยผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และผลลัพธ์ต่อหน่วยงานหรือองค์กร ผู้วิจัยมีบทบาทในการกำกับดูแลให้มีการวัด บันทึก และรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยเครื่องมือและวิธีการที่น่าเชื่อถือด้วย

จริยธรรมในการวิจัยดำเนินการ

การวิจัยดำเนินการ ต้องให้ความสำคัญกับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เหมือนกับการวิจัยประเภทอื่น ๆ การตัดสินใจและการดำเนินการใช้ความรู้หรือผลการวิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องตั้งอยู่บนจริยธรรมและกฎหมาย โครงการวิจัยต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองเชิงจริยธรรม¹⁶

กล่าวโดยสรุป การแปลงการวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ โดยที่ระยะที่ 1 คือการแปลงการวิจัยขั้นพื้นฐานไปสู่การทดลองทางคลินิก และระยะที่ 2 เป็นการแปลงการวิจัยจากผลการทดลองทางคลินิกไปสู่การวิจัยดำเนินการ การวิจัยดำเนินการเป็นการประยุกต์ความรู้จากศาสตร์การดำเนินการ ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยการประยุกต์ความรู้จากการวิจัยไปสู่

การปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการศึกษากระบวนการและผลลัพธ์ของการนำข้อค้นพบจากการวิจัยค้นหาความรู้ที่มุ่งอธิบาย การวิจัยดำเนินการมีวัตถุประสงค์ในการค้นหาความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินการ ค้นหาอุปสรรคและวิธีการจัดการ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเป็นกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะและขั้นตอนที่แตกต่างจากการวิจัยทั่วไปเพราะเป็นการดำเนินการในสถานการณ์จริงที่ไม่ได้มีการควบคุมเงื่อนไขที่กระทบต่อความเชื่อมั่นของผลการวิจัยแต่เป็นการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ และการวิจัยดำเนินการ ถือเป็นสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงประการหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Knowledge translation. [cited 2019 Jul 15]. Available from: https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/en/.
2. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. [cited 2019 Sep 1]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>
3. Rubio DM1, Schoenbaum EE, Lee LS, Schteingart DE, Marantz PR, Anderson KE, et al. Defining translational research: Implications for training. *Acad Med* 2010 March; 85(3): 470–475. doi:10.1097/ACM.0b013e3181ccd618.

4. National Institutes of Health. Definitions under Subsection 1 (Research Objectives), Section I (Funding opportunity description), Part II (Full Text of Announcement), of RFA-RM-07-007: Institutional clinical and translational science award (U54) Mar 2007. [cited 2019 Jan 10]. Available from: <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-RM-07-007.html>.
5. Phornphibul P. Implementation science and implementation research. [cited 2019 Oct 7]. Available from: http://www.apnThai.org/pdf/2019-12/doc_201912_010.pdf
6. Cambridge Dictionary. Meaning of implementation in English. [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/implementation>.
7. On Strategy Resources. Strategic implementation. [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://onstrategyhq.com/resources/strategic-implementation/>.
8. Kelly B. Implementing implementation science: Reviewing the quest to develop methods and frameworks for effective implementation. **J Neurol Psychol.** 2013;1(1): 5.
9. Medves J, Godfrey C, Turner C, Carly BA, Paterson M, Harrison M, et al. Practice guideline dissemination and implementation strategies for healthcare teams and team-based practice: a systematic review. **JB Library of Systematic Reviews** 2009;7(12):450-491.
10. Phornphibul P. Implementation science: Theories, models, and frameworks. **Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice** 2017;4(1): 5-12.
11. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231); 2005. [cited 2019 Sep 15]. Available from: <http://www.incredibleyears.com/wp-content/uploads/implementation-research.pdf>.
12. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. **Implementation science** 2006, 1:1 (Cited 2017 April 1) doi:10.1186/1748-5908-1-1 Available from: <http://www.implementationscience.com/content/1/1/1>.
13. Cochrane Consumer Network. What is systematic review? [cited 2019 Sep 15]. Available from: <https://consumers.cochrane.org/what-systematic-review>.
14. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [cited 2019 Nov 10]. Available from: [file:///C:/Users/PK/Downloads/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PK/Downloads/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines%20(1).pdf).
15. David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam. Implementation research in health: A practical guide. [cited 2019 Nov 15]. Available from: https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf.
16. Vijayaprasad G, Valerie AL, Nikola BA, Amy F, Jerome S, Nhan T, et al. Developing the ethics of implementation research in health. **Implement Sci** 2016; 11: 161. Published online 2016 Dec 9. doi: 10.1186/s13012-016-0527-y.

ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง*

ภววรรณตรี พลเยี่ยม¹ พย.ม
สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์² ป.ร.ด.
พูลสุข ศิริพูล³ Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ศึกษาในวัยรุ่นโรคมะเร็ง อายุ 10 – 19 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสอบถามการควบคุมอารมณ์ (CVI=0.93, Reliability = 0.70) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับวัยรุ่นโรคมะเร็ง (CVI =0.95, Reliability=0.83) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นโรคมะเร็งมีอายุเฉลี่ย 12.57 ปี (SD=2.22) คะแนนเฉลี่ยการควบคุมอารมณ์ 69.83 (SD = 5.94) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งฉบับ 179.30 (SD=18.26) การควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.39, p < 0.01$) พยาบาลควรส่งเสริมการควบคุมอารมณ์เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: วัยรุ่นโรคมะเร็ง การควบคุมอารมณ์ คุณภาพชีวิต

*บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการสวดมนต์และทำสมาธิต่อการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Correlation of Emotional Control and Quality of Life in Adolescents with Cancer*

Phawantree Ponyiem¹ M.N.S.

Supattana Sakdisthanont² Ph.D. (Nursing)

Pulsuk Siripul³ Ph.D. (Nursing)

Abstract: This descriptive research aimed to study the correlation between emotional control and quality of life in adolescents with cancer. The sample consisted of adolescents aged 10–19 years old, who had been diagnosed with cancer. Thirty adolescents were selected by purposive sampling method. Data were collected in June 2019. The research instruments were Emotional Control Questionnaire (CVI=0.93, reliability=0.70) and Quality of Life Questionnaire (CVI=0.95, reliability=0.83). Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation. Results showed that adolescents with cancer had average aged of 12.57 years old (SD=2.22). The mean score of emotional control was 69.83 (SD=5.94). The mean score of quality of life was 179.30 (SD=18.26). Emotional control significantly positive correlated with quality of life ($r=0.39$, $p < 0.05$). Nurses should promote emotional control of adolescents with cancer, resulting in increasing their quality of lives.

Keywords: adolescents with cancer, emotional control, quality of life

**This research article is a part of Master of Nursing Science thesis on "the effects of chanting and meditation on emotional control and quality of life in adolescents with cancer," supported by Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Workers.*

¹ Master Student of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University.

² Assistant Professor, Child Health Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University.

³ Associate Professor, Child Health Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University.

ความเป็นมาของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น จากสถิติทั่วโลกพบว่าจำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็งทั้งหมด 15,270 คน มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งจำนวน 1,790 คน คิดเป็นร้อยละ 11.74 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคมะเร็งมีแนวโน้มพบมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นมากกว่าเด็กวัยอื่นๆ โดยพบมากในช่วงอายุ 10-19 ปี¹ จากสถิติของประเทศไทยพบวัยรุ่นโรคมะเร็ง อายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากกว่าเด็กวัยอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2558 พบวัยรุ่นโรคมะเร็งอายุ 10-19 ปี ร้อยละ 37.93 พ.ศ. 2559 พบร้อยละ 58.06 พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 62.50² สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่รายงานสถิติวัยรุ่นโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าใน พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง อายุ 10-19 ปี ร้อยละ 44.32³ จากจำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด กล่าวได้ว่าประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น

ธรรมชาติของวัยรุ่นแม้ไม่มีการเจ็บป่วยก็มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง เนื่องจากอารมณ์มีการแปรปรวนตามฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลง เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งย่อมมีการควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต้องใช้เวลาในการรักษานาน อีกทั้งการรับรู้ของวัยรุ่นว่าโรคมะเร็งมีความรุนแรงและมักเสียชีวิต ส่งผลให้วัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดความรุนแรงทางร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจของวัยรุ่น พบว่าทำให้

เกิดความวิตกกังวล เครียด⁴ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคมะเร็งสูงกว่าผู้ใหญ่โรคมะเร็ง บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย⁵ วัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเองลดลง ใช้อารมณ์แก้ปัญหา⁶ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว⁷ จากผลการวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนว่า วัยรุ่นโรคมะเร็งยังไม่มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้ดีพอซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านอารมณ์สามารถเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตได้ในระดับสูง⁸

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดการมีสุขภาพดี ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความหวัง คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง เป็น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา เป็นการรับรู้ได้เฉพาะตนเกี่ยวกับการความสามารถในการทำกิจกรรม⁹ ภาสกร ศรีทิพย์สุโข และจรัสพันธ์ พุ่มศรีทอง¹⁰ ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าวัยรุ่นโรคเรื้อรังอื่น และมีการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งภาคอื่นๆ ในประเทศไทย¹¹ คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงการทำงานประสานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างร่างกายและจิตใจของบุคคล มีการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตวัยรุ่นโรคมะเร็งครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสติปัญญา ด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ¹² ซึ่งพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งในทุกมิติ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตวัยร่นโรค มะเร็ง พบดังนี้ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต วัยร่นโรค มะเร็งรู้สึกที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล และญาติอย่างดี แต่ในขณะเดียวกันผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะรักษา 2) ด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรม วัยร่นโรค มะเร็งขาดการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนและครอบครัว จากข้อจำกัดด้านการปฏิบัติตัว หรือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา¹³ การเรียนไม่ต่อเนื่อง จากโรคกำเริบเป็น ๆ หาย ๆ¹⁴ 3) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา ผมนร่วง คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกเบื่ออาหาร เกิดแผลในปาก มีอาการปวดตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ^{6,8,11} และมีภาวะ ซีด บวม อ่อนเพลียและอ่อนล้า¹⁵ 4) ด้านอารมณ์และจิตใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก 5) ด้านสติปัญญา การจัดการ การประมวลผล และความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเรียนต่ำลง⁷ 6) ด้านอัตมโนทัศน์ เกิดความรู้สึกภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากบวม ซีด ผมนร่วง 7) ด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่ได้ไปโรงเรียน และไม่ได้เล่นกับเพื่อน ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เหมือนก่อนป่วย ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น¹¹ และ 8) ด้านจิตวิญญาณ กลัวตาย นึกถึงความตายเป็นอันดับแรกคิดเรื่องความตายอยู่ไม่ไกลตัว¹⁶ จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของวัยร่นโรค มะเร็งเปลี่ยนแปลงไปทุก ๆ ด้านซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของ ภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็งนั่นเอง มีงานวิจัยพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยวัยร่นโรค ในระดับเดียวกับส่งผลกระทบต่อทางร่างกาย¹² สะท้อนว่าการเจ็บป่วยด้วยโรค มะเร็งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยวัยร่นโรคแล้วยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

การศึกษาจากปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยพบบนหอผู้ป่วย พบว่าวัยร่นโรค มะเร็งมักแสดงอาการโวยวาย เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรอคอยไม่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลพบว่าวัยร่นโรค มะเร็งมักมีการแสดงออกด้านอารมณ์ที่รุนแรงมากกว่าก่อนการเจ็บป่วย เช่น มักเอาแต่ใจตนเองมากขึ้น หงุดหงิดง่าย ใจร้อน การควบคุมอารมณ์ตนเองลดน้อยลง จากการสังเกตคุณภาพชีวิตวัยร่นโรค มะเร็งพบว่าจากพยาธิสภาพของโรค ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานและเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของวัยร่นโรค มะเร็งเปลี่ยนไป แตกต่างจากวัยร่นที่มีสุขภาพปกติ การเปลี่ยนแปลงนั้นมักแสดงออกทางด้านอารมณ์ชัดเจน จะพบว่าการควบคุมอารมณ์ของวัยร่นโรค มะเร็ง เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของวัยร่นโรค มะเร็ง ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของวัยร่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์จิตสังคม และจิตวิญญาณ สะท้อนว่าการควบคุมอารมณ์ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยร่นโรค มะเร็งในภาพรวม

ตามความเชื่อของศาสนาพุทธที่ว่า จิตใจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายหรือที่กล่าวว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” กล่าวคือเมื่อจิตใจรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย ปราศจากความทุกข์หรือความเศร้าหมอง ย่อมส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปกติ ภูมิด้านทานโรคมีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น หากจิตใจไม่เป็นปกติอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย เศร้าหมอง จะส่งผลให้ร่างกายมีการทำงานลดน้อยลง และไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ทำให้การเจ็บป่วยทางจิตมีผลต่อ

การเจ็บป่วยทางกาย ผลจากคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ลดน้อยลง ส่งผลกระทบให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยลดลง¹⁷

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งในประเทศไทย แม้จะพบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศมาก่อน แต่เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นและเยาวชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ¹⁸ แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน บริบทที่ต่างจากสังคมไทย ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้ จึงสามารถนำมาใช้อ้างอิงได้เพียงบางส่วน คือคุณภาพชีวิตที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตไม่มีความชัดเจนเพียงพอ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ในการส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตวัยรุ่นโรคมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

คำถามการวิจัย

การควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

การควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์ (correlation descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นโรคมะเร็ง ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโลหิตวิทยา หอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยในเคมีบำบัด แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่จำนวน 30 คน การคำนวณโดยใช้สูตรของ Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, & Newman TB¹⁹

$$n = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta})/c]^2 + 3$$
 แทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

The standard normal deviate for $\alpha = Z_{\alpha 0.05} = 1.960$, The standard normal deviate for $\beta = Z_{\beta 0.05} = 1.645$, $C = 0.5 * \ln[(1+r)/(1-r)] = 0.693$, The expected correlation coefficient (r) = 0.60

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ คือ 1) วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคมะเร็ง 3) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 2 ครั้ง 4) อ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจและ 5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 621004 และคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEMOU62012 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งได้อธิบายให้ผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับบ้านช้ากว่าปกติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่กลับจากเจาะเลือดระหว่างนั้นเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องรอผลตรวจเลือดก่อนที่จะพบแพทย์ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมไม่สามารถระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผู้ดูแลอนุญาตให้ลงรายมือชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้แก่ เพศ อายุ อาการและอาการแสดง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการปฏิบัติสวดมนต์และทำสมาธิ ฯลฯ

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ฯลฯ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 7 ข้อ และด้านลบ 13 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) 1-5 คะแนน ช่วงคะแนน 20-100 หาค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมอารมณ์ภาพรวม การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ 1.00-2.33

ระดับปานกลาง 2.34-3.67 และระดับสูง 3.68-5.00 แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.93 และวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (reliability) จากการทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่แผนกกุมารเวชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.70

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กโรคมะเร็งของบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์¹¹ มาปรับบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 52 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต 6 ข้อ 2) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย 10 ข้อ 3) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา 4 ข้อ 4) ด้านอารมณ์และจิตใจ 8 ข้อ 5) ด้านสติปัญญา 4 ข้อ 6) ด้านความรู้สึกต่อตนเอง 9 ข้อ 7) ด้านสังคม 7 ข้อ 8) ด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) 1-5 คะแนน ช่วงคะแนน 52-260 หาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวม การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ 1.00-2.33 ระดับปานกลาง 2.34-3.67 และระดับสูง 3.68-5.00 แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ (reliability) จากการทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่แผนกกุมารเวชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย

เมื่อได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลขอนแก่นแล้ว หลังวัยรุ่นโรคมะเร็งตอบรับการเข้าร่วมวิจัย และผู้ดูแลอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการการตอบแบบสอบถาม และหลังจากนั้นแจกแบบสอบถามให้วัยรุ่นโรคมะเร็งอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง การตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล (Normality Test) จากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 19 โดยการทดสอบ Shapiro – Wilk test และกราฟ Histogram พบว่าคะแนนการควบคุมอารมณ์โดยรวม และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของวัยรุ่นโรคมะเร็งมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

(Pearson product-moment correlation) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง 3) คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 12.57 ปี (SD=2.22) อายุต่ำสุด 10 ปี อายุสูงสุด 18 ปี เมื่อแบ่งเป็นช่วงอายุที่พบมากที่สุด 10-12 ปี ร้อยละ 56.70 (17 คน) มีพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 2 คน ร้อยละ 53.30 (16 คน) ลำดับการเกิดเป็นบุตรคนที่ 1 พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 56.70 (17 คน) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 50.00 (15 คน) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เคยปฏิบัติสวดมนต์และทำสมาธิ ร้อยละ 53.33 (16 คน) วัยรุ่นโรคมะเร็งปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ในระบบการศึกษา ร้อยละ 60 (18 คน) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 30.00 (9 คน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของวัยรุ่นโรคมาเร็งจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	50.00
หญิง	15	50.00
อายุ (ปี)		
10-12 ปี	17	56.70
13-15 ปี	9	30.00
16-19 ปี	4	13.30
$\bar{x} = 12.57$ ปี (SD=2.22) Min = 10 ปี, Max = 18 ปี		
จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน		
1 คน	9	30.00
2 คน	16	53.30
3 คน	5	16.70
ลำดับการเป็นบุตร		
บุตรคนที่ 1	17	56.70
บุตรคนที่ 2	11	36.70
บุตรคนที่ 3	2	6.70
ภูมิลำเนา		
ขอนแก่น	15	50.00
ร้อยเอ็ด	4	13.30
มหาสารคาม	4	13.30
กาฬสินธุ์	3	10.00
ชัยภูมิ	3	10.00
เลย	1	3.40
ประวัติการปฏิบัติสวดมนต์และทำสมาธิ		
ไม่เคยปฏิบัติ	14	53.33
เคยปฏิบัติ	16	46.67

ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของวัยรุ่นโรคมะเร็งจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
พักการเรียนระหว่างรักษา	12	40.00
ประถมศึกษาตอนต้น	9	30.00
ประถมศึกษาตอนปลาย	5	16.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.33

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 70.00 (21 คน) รองลงมา คือ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 13.30 (4 คน) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.15 ปี (SD = 2.40) ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 40.00 (12 คน) จำนวน

ครั้งของการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 60.00 (18 คน) อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ แผลในปาก และอาการไข้ พบร้อยละ 42.11 (8 คน) เท่ากัน รองลงมาได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียนและอาการเหนื่อยล้า พบได้ ร้อยละ 31.58 (6 คน) เท่ากัน ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และ ร้อยละของวัยรุ่นโรคมะเร็งจำแนกตามลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 30)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	21	70.00
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	4	13.34
มะเร็งต่อมไทรอยด์	2	6.67
มะเร็งสมอง	1	3.33
มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ	1	3.33
มะเร็งไทรอยด์	1	3.33
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	13	53.3
1 ปี – 2 ปี	5	16.7
มากกว่า 2 ปี– 3 ปี	4	13.3
มากกว่า 3 ปี	12	40

ตารางที่ 2 จำนวน และ ร้อยละของวัยรุ่นโรคมะเร็งจำแนกตามลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล		
1 - 5 ครั้ง/ ปี	18	60.00
6-10 ครั้ง/ ปี	12	40.00
อาการและอาการแสดงในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน	11	
ไม่มีอาการและอาการแสดง		36.67
มีอาการและอาการแสดง	19	63.33
แผลในปาก	8	26.67
ไข้	8	26.67
คลื่นไส้ / อาเจียน	6	20.00
เหนื่อยล้า	6	20.00
ซีด	3	10.00
ปวด	2	6.67

1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลวัยรุ่นโรคมะเร็งพบว่าผู้ดูแลทุกคนเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 46.00 ปี (SD = 10.93) ร้อยละ 43.30 (13 คน) มีอายุระหว่าง 51-61 ปี ลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 70.00 (21 คน) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 5.13 ปี (SD = 3.58) ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 33.30 (10 คน) ในจำนวนผู้ดูแลที่ได้เรียนหนังสือ (28 คน) การศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลพบมากที่สุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.14 (16 คน) รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.30 (13 คน)

2. การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็งผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็งคะแนนต่ำสุด 54 คะแนน คะแนนสูงสุด 84 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งฉบับ คือ 69.83 คะแนน (SD = 5.94) การแปลผลคะแนน ทั้งฉบับ

อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.49, SD = 0.30$) เมื่อพิจารณาคะแนนพบว่า ระดับการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีในระดับสูงพบจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 73.30 (22 คน) รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลางร้อยละ 26.70 (8 คน) เมื่อพิจารณาคะแนนการควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็งรายข้อมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ฉันสามารถควบคุมความโกรธได้ โดยไม่แสดงออกให้คนอื่นรับรู้ ร้อยละ 46.67 (14 คน) รองลงมา คือ เมื่อฉันเครียดเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคมะเร็ง ฉันจะระบายความรู้สึกโดยวิธีร้องไห้ ร้อยละ 43.33 (13 คน) และเมื่อฉันเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ฉันจะนั่งนิ่ง ๆ สักพักเพื่อตั้งสติและผ่อนคลาย ร้อยละ 33.33 (10 คน) และ 3 อันดับแรก ระดับน้อยที่สุดของจำนวนวัยรุ่นโรคมะเร็งตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ฉันมักเมินเฉย และไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ร้อยละ 56.67 (17 คน) รองลงมา

คือ ฉันกลัวจนนอนไม่หลับเมื่อทราบข่าวว่ามีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งร้อยละ 53.33 (16 คน) และยังพบว่าร้อยละ 50.00 (15 คน) เมื่อฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ฉันจะขอคำปรึกษาจากคนใกล้ชิด และฉันพยายามคิดถึงเรื่องอื่น เพื่อจะได้ไม่คิดถึงโรคมะเร็งที่เป็นอยู่

3. คุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ผลการวิจัยคะแนนคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งคะแนนต่ำสุด 139 คะแนน คะแนนสูงสุด 220 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งฉบับ คือ 179.30 คะแนน (SD = 18.26) การแปลผลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.45$, SD = 0.35) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ($\bar{x} = 4.19$, SD = 0.68) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายระดับสูง ($\bar{x} = 3.78$, SD = 0.62) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.28$, SD = 0.71) ด้านอารมณ์และจิตใจระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.60$, SD = 0.84) ด้านสติปัญญาระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.95$, SD = 0.52) ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับ

ตนเองระดับสูง ($\bar{x} = 3.69$, SD = 0.46) ด้านสังคมและเศรษฐกิจระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40$, SD = 0.48) และด้านจิตวิญญาณระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$, SD = 0.90)

เมื่อพิจารณาการแบ่งระดับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งตามจำนวนผู้ป่วยพบว่าอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คือ ร้อยละ 53.33 (16 คน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.67 (14 คน) นอกจากนี้เมื่อพิจารณารายด้านคุณภาพชีวิตพบว่าด้านที่มีจำนวนวัยรุ่นโรคมะเร็งคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ร้อยละ 73.33 (22 คน) ส่วนด้านจิตใจเป็นด้านที่มีจำนวนวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 33.33 (10 คน)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์กับคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37$, $p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง (n = 30)

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	r	p-value
1. การควบคุมอารมณ์ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง	3.45	0.35	0.37	0.023
2. คุณภาพชีวิตโดยรวมของวัยรุ่นโรคมะเร็ง	3.49	0.30		

หมายเหตุ $p < 0.05$, Sig (1-tailed)

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า การควบคุมอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37, p < 0.05$) กล่าวคือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีการควบคุมอารมณ์ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีการควบคุมอารมณ์ที่ไม่ดี มักมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อธิบายได้ว่า วัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีการควบคุมอารมณ์ตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.49, SD = 0.30$) เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับจำนวนวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ตอบแบบสอบถามพบมากที่สุด ร้อยละ 73.30 มีการควบคุมอารมณ์อยู่ในระดับสูง ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมของวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.45, SD = 0.35$) อาจจะ เพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่โรคสงบและระยะติดตามการรักษา นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ครั้ง/ปี ร้อยละ 60 (18 คน) และมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.15 ปี ($SD = 2.40$) ซึ่งเป็นเวลายาวนานมากพอที่จะทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดการปรับตัว จากการวิจัยของ Fardell et al.²⁰ พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะต่ำสุดในระยะการรักษาเข้มข้นซึ่งเป็นในช่วงปีแรก และค่อย ๆ สูงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงระยะหลังการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าวมีความใกล้เคียงกับผลการวิจัยนี้คือ ร้อยละ 70 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งใน 1 ปีแรกจะต้องใช้การปรับตัวมากทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้นจะทำให้วัยรุ่นเกิดการปรับตัวกับการรักษา การได้รับรู้

ข้อมูลในการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นจากบุคลากรทางสุขภาพ และจากครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าช่วง 1 ปีแรกของการเจ็บป่วย

นอกจากนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ บางส่วนต้องการดูแลจากครอบครัว บางส่วนต้องการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงพยายามแสวงหาข้อมูลและความรู้จากแหล่งเรียนรู้อื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลหรือแนวทางมาตอบสนองในสิ่งที่ตนเองต้องการ ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอายุ 10 - 19 ปี ตามทฤษฎีพัฒนาการและการเจริญเติบโต วัยนี้มีความคิดเชิงรูปธรรมและสามารถดูแลตนเองได้ แต่ผลของการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมนทำให้ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง ทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในทุกระยะของการรักษา อีกทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งโดยตรงตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัยจนกระทั่งหลังการรักษาเสร็จสิ้น การควบคุมอารมณ์ที่ดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอธิบายได้จากแนวคิดจิตเป็นนายกายเป็นบ่าว¹⁷ การควบคุมอารมณ์ได้ดีจะทำให้จิตใจผ่อนคลาย จิตใจที่เกิดการผ่อนคลายส่งผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ในทางตรงกันข้ามการควบคุมอารมณ์ไม่ดี ทำให้จิตใจไม่เกิดการผ่อนคลาย เกิดความเครียดและส่งผลให้ร่างกายไม่ผ่อนคลายเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยตามมา วัยรุ่นโรคมะเร็งเมื่อมีการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลให้การทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป อารมณ์ที่ผ่อนคลายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดีขึ้น เมื่อเจ็บป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจะมีการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากโรคมะเร็ง

เป็นการเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมอารมณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยที่พบว่าการควบคุมอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต จากข้อมูลทั่วไปพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็ง ร้อยละ 80 เมื่อได้สวดมนต์และทำสมาธิจะรู้สึกใจเย็นลงและสบายใจขึ้น ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งให้ดียิ่งขึ้นพยาบาลควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อควบคุมอารมณ์ เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระและทำสมาธิสำหรับวัยรุ่นโรคมะเร็ง

2. พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอารมณ์เพื่อให้วัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากขึ้น และศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. **Cancer statistics**. [serial online] 2018; [cited 2019 June 1]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>
2. National Cancer Institute. **Hospital-based cancer registry annual report 2015-2017**. Bangkok: Pornsup Printing Co.; 2018.
3. Khon Kaen Cancer Registry. **Hospital-based annual report 2017**. Khonkaen: Srinagarind Hospital; 2018. [cited 2019 June 4]. Available from: <https://kkcr.kku.ac.th/>
4. Park EM, Rosenstein DL. Depression in adolescents and young adults with cancer. **Dialogues in Clinical Neuroscience** 2015;17(2):171-80.
5. Tathong B, Kantawang S, Sripusanapan A. Factor in uencing uncertainty in illness among children with cancer receiving chemotherapy. **Nursing Journal** 2012;39(1):77-90. (In Thai)
6. Muffly LS, Hlubocky FJ, Khan N, Wroblewski K, Breitenbach K, Joseline G, et al. Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. **Cancer** 2016;122(6):954-61.
7. Cheung Y, Brinkman TM, Mulrooney DA, Mzayek Y, Liu W, Banerjee P, et al. Impact of sleep, fatigue, and systemic inflammation on neurocognitive and behavioral outcomes in long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. **Cancer** 2017;123(17):3410-19.
8. Fernandez G, Rodriguez F, Alonso M, Tejjido G, Pedrosa I, Lvarez, P. Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. **Eur J Oncol Nurs** 2017;30(8):75-83.
9. King CR, Hinds PS. **Quality of life: from nursing and patient perspectives :theory, research, practice**. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers; 2012.
10. Sritipsukho P, Poomsotong J. Health-related quality of life in children with chronic diseases at Thammasat University Hospital. **J Med Assoc Thai** 2012;59(1): 8-12. (In Thai)
11. Punthmatharit B, Buddharat U, Wattanasit P. Quality of life and factors influencing quality of life of cancer children in southern Thailand. **Songklanagarind Medical Journal** 2008;26(5):501-11. (In Thai)
12. Punthmatharit B, Buddharat U, Wattanasit P. Quality

- of life of children with cancer: do caregivers perceive differently. **Songklanagarind J Nurs** 2013;31(3):123-35. (In Thai)
13. Bellizzi KM, Smith A, Schmidt S, Keegan TH, Zebrack B, Lynch CF, et al. Positive and negative psychosocial impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult: impact of cancer. **Cancer** 2012;20(15):5155-62.
 14. Furlong W, Rae C, Feeny D, Gelber RD, Laverdiere C, Michon B, et al. Health-related quality of life among children with acute lymphoblastic leukemia. **Pediatric Blood&Cancer** 2012;59(4):717-24.
 15. Thuyasiri S. Relations among fatigue, management of fatigue and quality of life in pediatric oncology patients receiving chemotherapy retention [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2010. (In Thai)
 16. Treenai S, Chaiyawat W. Illness experience of adolescent patient with leukemia. **Thai Journal of Nursing Council** 2006;21(3):47-60. (In Thai)
 17. Dimidjian S, Segal ZV. Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. **Am Psychol** 2015;70(7):593-20.
 18. Derouen MC, Smith AW, Tao L, Bellizzi KM, Lynch CF, Parsons HM, et al. Cancer-related information needs and cancer's impact on control over life influence health-related quality of life among adolescents and young adults with cancer. **Psychooncology** 2015;24(9):1104-15.
 19. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, & Newman TB. **Designing clinical research : An epidemiologic approach**. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
 20. Fardell JE, Vetsch J, Trahair T, Mateos MK, Grootenhuis MA, Touyz LM, et al. Health-related quality of life of children on treatment for acute lymphoblastic leukemia: a systematic review. **Pediatr Blood Cancer** 2017;64(9):1-13.

ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

สุทธิณี สุดใจ¹ พย.ม.

มุกดา เดชประพนธ์² ประ.ด., อพ.ย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

ธงชัย พงศ์มพัฒน์³ ว.ว. (โสต ศอ นาสิกวิทยา)

บทคัดย่อ: ผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากที่ต้องทำผ่าตัด ต้องได้รับการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงระยะหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 12 ราย จากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่คลินิกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง โปรแกรมมี 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะหลังผ่าตัด 3) ระยะก่อนจำหน่าย และ 4) ระยะหลังจำหน่าย เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการปฏิบัติตนและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือและความคิดเห็นของพยาบาลประจำการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง 2 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 91.67) สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้ในทุกกิจกรรม (ร้อยละ 16.66 ถึงร้อยละ 100) และพยาบาลประจำการ 34 คน พบว่าส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้ (ร้อยละ 88.23) โปรแกรมนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: การศึกษาความเป็นไปได้ โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

¹ ผู้เข้าฝึกอบรบหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตรี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; ผู้รับผิดชอบบทความ, Email: mukda.det@mahidol.edu

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Feasibility of Post-operative Recovery Program in Patients with Mouth and Oral Cavity Cancer

Sutthinee Sudchai¹ M.N.S.

Mukda Detprapon² Ph.D. (Nursing Science), Dip.APMSN

Thongchai Bhongmakapat³ Dip. (Otolaryngology)

Abstract: Patients with mouth and oral cavity cancer receiving surgery need both physical and psychological preparation from pre-operative to post-operative phases in order to get effective recovery. This quasi experiment research with one group, pre-test and post-test design aimed to study the feasibility of post-operative recovery program in patients with mouth and oral cavity cancer. A sample of 12 patients with mouth and oral cavity cancer who had operation appointment was purposively recruited from otolaryngology clinic at a super tertiary hospital. The program consisted of 4 phases: 1) pre-operative 2) post-operative 3) pre-discharge and 4) post discharge. Research instruments were: the Post-operative Recovery Program for patients with mouth and oral cavity cancer, patient personal data record forms, program checklist and patient satisfaction questionnaires, and nurses' compliance and satisfaction. Data were analyzed by descriptive statistics. Results revealed that the sample had the reduction of average length of hospital stay for 2 days, and 91.67% of the patients had no post-operative complications. Most of them can follow the program's activities (ranged from 16.66% to 100%). Most of all 34 registered nurses could follow the intervention program (88.23%). The program had feasibility to be used in promoting post-operative recovery in patients with mouth and oral cavity cancer. Research should be done to further study clinical outcomes of the program.

Keyword: feasibility study, post-operative recovery program, patient with mouth and oral cavity cancer

¹ *Diplomate Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Adult and Gerontological Nursing Program, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

² *Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Corresponding author, E-mail: mukda.det@mahidol.edu*

³ *Assistant Professor, Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดมะเร็งที่ปากและในช่องปาก พบมากเป็นอันดับต้น ๆ ของโลกและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก ภายหลังการรักษาสามารถกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 20^{1, 2} ในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากรายใหม่ร้อยละ 4.82³ มะเร็งส่วนใหญ่เป็นชนิด squamous cell carcinoma มีสาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา วิธีการรักษาหลักคือ การผ่าตัด ในระยะลุกลามจะต้องผ่าตัดก่อนมะเร็งออกให้หมด¹ รวมถึงเนื้อเยื่อรอบก้อนมะเร็งประมาณ 2 เซนติเมตร อาจผ่าตัดตกแต่งเนื้อเยื่อหรือต่อมน้ำเหลืองที่ล่าคร่วมด้วย² หลังผ่าตัดอาจทำให้โครงหน้าผิดรูป สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะ มีการบวมของเนื้อเยื่อ อ้าปากได้น้อย ทำให้ทำความสะอาดในช่องปากได้ยากและมีการสะสมของแบคทีเรียในน้ำลายทำให้ติดเชื้อได้ง่าย² โดยเซลล์มะเร็งชนิด squamous cell carcinoma จะแบ่งตัวเพิ่มเป็นสองเท่าภายในระยะเวลา 90 วัน หลังผ่าตัดผู้ป่วยจึงควรมีแผลหายดีและร่างกายแข็งแรงเพียงพอเพื่อให้ได้รับการฉายรังสีภายในระยะเวลา 30-45 วัน เพื่อช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ให้สูงกว่าร้อยละ 50 ถ้าแผลหายช้าจะทำให้ผลการรักษาไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่สามารถรับรังสีรักษาได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้⁴

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถิติผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ได้รับการทำ flap, graft, reconstruction หรือตัดต่อมน้ำเหลืองที่ล่าคอตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 42 ราย มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.79 วัน นอนโรงพยาบาลนานกว่า 30 วัน

4 ราย (ร้อยละ 9.52) มีแผลทะลุ 2 ราย (ร้อยละ 4.76) และมีแผลแยก 1 ราย (ร้อยละ 2.38)⁶ ทำให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องล่าช้าหรือไม่สามารถรับการรักษาต่อเนื่องได้ ในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse, APN) ที่มีบทบาทในการให้การพยาบาล ให้คำแนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากทั้งระยะก่อนและหลังทำผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากส่วนใหญ่มิมีปัญหาเรื่องภาวะทุพโภชนาการและการสะสมของแบคทีเรียในช่องปาก ทำให้เกิดการติดเชื้อภายหลังการทำผ่าตัด ดังนั้นเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ⁵ ซึ่งมุ่งเน้นในเรื่องการเตรียมความพร้อมของร่างกายตั้งแต่มีก่อนผ่าตัด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ มีการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพและมีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำผ่าตัด ช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมจึงได้พัฒนาและนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากมาปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลและช่วยส่งเสริมให้แผลหายตามแผนการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและให้สามารถได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาและสามารถนำมาปรับใช้ในบริบทของหน่วยงานได้

โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) รับตรวจผู้ป่วยโรคโสต ศอ นาสิกวิทยา และรับส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการ

การรักษาที่ซับซ้อน ผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีความซับซ้อน เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ปากและในช่องปาก และแพทย์ด้านโสต ศอ นาสิก วางแผนรับเข้าผ่าตัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสมบูรณ์ของร่างกายและความพร้อมก่อนผ่าตัด มีการส่งปรึกษา ติดตามผลการรักษาและเตรียมความพร้อมในการทำผ่าตัด กรณีมีความเสี่ยงในการทำผ่าตัด จะมีการส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพก่อนผ่าตัด ดังนี้ กรณีมีปัญหาทางด้านอายุกรรมจะส่งปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดหรือแพทย์เฉพาะสาขา กรณีมีปัญหาด้านจิตใจหรือติดสิ่งเสพติด จะส่งปรึกษาจิตแพทย์ กรณีทำศัลยกรรมตกแต่งจะส่งปรึกษาศัลยแพทย์ตกแต่งและแมกซ์ิโลเฟเชียลเพื่อนัดวันทำผ่าตัดและติดตามการรักษาร่วมกัน กรณีต้องทำเพดานเทียมจะส่งปรึกษาทันตแพทย์ กรณีมีน้ำหนักลดลงมากจะส่งปรึกษาอายุรแพทย์ทางโภชนาการ หากนัดตรวจได้ช้ากว่าวันผ่าตัด แพทย์ด้านโสต ศอ นาสิกจะดูแลให้อาหารทางการแพทย์โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง เป็นผู้ประเมินและติดตามจนถึงวันทำผ่าตัด พยาบาลประจำการจะเป็นผู้ให้คำแนะนำขั้นตอนการมารับการรักษา สิทธิการรักษาพยาบาล การดูแลตนเองก่อนและหลังทำผ่าตัด กรณีที่ทำผ่าตัดหลายชั่วโมงและมีปัญหาซับซ้อนในการดูแลหลังผ่าตัด พยาบาลประจำการจะส่งปรึกษา APN เป็นผู้ให้คำแนะนำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และติดตามจนผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดในโรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์โสต ศอ นาสิก แพทย์ศัลยศาสตร์ตกแต่งและแมกซ์ิโลเฟเชียล

พยาบาลประจำการ APN แพทย์แผนกอื่นที่ส่งปรึกษา และร่วมดูแลตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ดูแลเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด พยาบาลประจำการให้คำแนะนำในปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การงดอาหารทางปากอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด บริหารยาและสารน้ำก่อนผ่าตัด แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดแพทย์ให้ยา สารน้ำและอาหาร พยาบาลประจำการดูแลและบริหารยาปฏิชีวนะ ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาแก้ปวด น้ำ และอาหาร ประเมินแผล ท่อและสายระบายต่าง ๆ จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยเรื่องการหายใจ วางแผนจำหน่ายตามแผนการรักษาให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนเวลานัด พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง มีบทบาทในการประเมิน ให้คำแนะนำและติดตามในรายที่มีความซับซ้อนและได้รับการประเมินว่ายังมีปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน การปฏิบัติดังได้กล่าวมาข้างต้นเมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วพบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การมีกระบวนการทำงานหลายขั้นตอน มีผู้ปฏิบัติงานร่วมกันหลากหลายสาขาวิชาชีพ และบุคลากรมีการหมุนเวียนปฏิบัติงานทำให้ขาดความต่อเนื่อง การนัดตรวจที่แผนกที่มีการส่งปรึกษามีความล่าช้า ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการประเมินที่ไม่ครบถ้วน เกิดความไม่พร้อมในการทำผ่าตัดตามแผนการรักษา หรือมีแผลหายช้า ทำให้การรักษาต่อเนื่องต้องหยุดชะงักหรือล่าช้าออกไปด้วย

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกผู้ป่วยมะเร็งโสต ศอ นาสิก จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก โดยการดัดแปลงโปรแกรมการฟื้นฟู

หายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ⁵ ร่วมกับแนวปฏิบัติจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของโปรแกรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด^{2, 7-11} โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากมีการหายของแผลตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และสามารถได้รับการรักษาต่อเนื่องหลังผ่าตัดได้ และเพื่อให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน จึงทำการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมมาใช้ ซึ่งการศึกษาความเป็นไปได้นี้เป็นการศึกษาแนวปฏิบัติใหม่ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่หลากหลาย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก สามารถนำข้อมูล ผลลัพธ์ทั้งด้านการนำโปรแกรมมาใช้และผลจากการปฏิบัติตามโปรแกรม มาตอบข้อสงสัย ข้อขัดแย้ง นำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สมบูรณ์และระหว่างการศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของหน่วยงาน การประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม ได้แก่ การยอมรับในโปรแกรม (acceptability) การเข้าร่วมโปรแกรม (recruitment) การปฏิบัติตามโปรแกรม (compliance) และการคงอยู่ของโปรแกรม (retention)¹² ซึ่งเป็นการพัฒนางานวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สามารถนำผลการศึกษามาใช้ในหน่วยงานโดยตรง โดยเป็นการลดขั้นตอนการทำงานวิจัยหรือการพัฒนาโปรแกรมที่ไม่จำเป็นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากที่เข้ารับการผ่าตัดที่ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา โรงพยาบาลรามารัตน

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากที่เข้ารับการผ่าตัดที่ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา โรงพยาบาลรามารัตน

วิธีการดำเนินโครงการ

การศึกษานี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม (one group quasi-experimental research) วัดก่อนและหลังการวิจัย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ที่เข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลรามารัตน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) แพทย์เจ้าของไข้ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กรณีมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใช้แบบคัดกรองความจำและการรู้คิด (The Set test) ของไอแซกและอัคธาร์¹³ ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และมีโทรศัพท์เพื่อใช้ติดต่อให้ข้อมูลได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาของโครงการและลงนามโดยความสมัครใจในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก 3 ท่าน และหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก 1 ท่าน นำมาหาค่าความตรงด้านเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง
ประกอบด้วย

1.1 แบบคัดกรองความจำและการรู้คิด (The Set Test) ของไอแซคและอัคคาร์¹³ สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป แบบประเมินประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ ชื่อสัตว์ ชื่อผลไม้ และชื่อจังหวัด หมวดละ 10 ข้อ ถ้าสามารถเขียนหรือบอกได้ให้ข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมด 40 คะแนน เมื่อมีคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าสมรรถภาพทางสมองดี

1.2 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form (NAF) พัฒนาโดยโคมินทร์และคณะ¹⁴ เพื่อคัดกรองภาวะทุพโภชนาการแบบง่าย มีข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รูปร่าง น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงใน 4 สัปดาห์ อาหารที่รับประทานในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ปัญหาเรื่องการเคี้ยว การกลืนอาหาร ปัญหาระบบทางเดินอาหารและปัญหาระหว่างการรับประทานอาหาร โดยมีอาการต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และความสามารถในการเข้าถึงอาหาร มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-29 คะแนน คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (normal-mild malnutrition) คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (moderate malnutrition) และ คะแนน > 11 คะแนน หมายถึง มีภาวะทุพโภชนาการ (severe malnutrition)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ผู้วิจัยดัดแปลงจาก Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program⁵ เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายและให้ได้รับพลังงานให้เพียงพอก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อลดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื้อหา ประกอบด้วย การประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการ การทำความสะอาดในช่องปาก การบริหารและการออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่² การส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง¹⁵ การฝึกทักษะการหายใจและการหายใจด้วยเครื่อง incentive spirometer^{8,9} การฝึกไอ¹⁰ การบริหารขาและเท้า ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดเป็นเวลา 30 วัน

2.2 คู่มือการให้คำแนะนำหลังผ่าตัดสำหรับพยาบาลประจำการ เรื่อง “การส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากและการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ” จัดทำโดยผู้วิจัย พัฒนจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย การจัดทำนอนศีรษะสูง การจัดทำนั่งศีรษะสูง การเคลื่อนไหวร่างกาย การส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง การทำความสะอาดในช่องปาก การกระตุ้นการหายใจ การไอ การบริหารขาและเท้า ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .80

2.3 คู่มือสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เรื่อง “การส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก” จัดทำโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย กิจกรรม การงดสูบบุหรี่ การส่งเสริมภาวะโภชนาการและการชั่งน้ำหนัก

การบริหารและการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว ร่างกายหลังผ่าตัด การส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง การทำความสะอาดในช่องปาก การฝึกหายใจ การไอ การบริหารขาและเท้า ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัยโรค การทำผ่าตัด ค่าอัลบูมินในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง body mass index (BMI) ระดับภาวะโภชนาการ (NAF) ประวัติการสูบบุหรี่และสิ่งเสพติด การส่งปรึกษาแพทย์หน่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

3.2 แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 9 หมวด ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ การฝึกหายใจด้วย incentive spirometer การฝึกไอ การบริหารและการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดในช่องปาก แนะนำการส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองหลังผ่าตัด การฝึกบริหารขาและเท้า ถ้าสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ให้ข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนรวม 9 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่าสามารถปฏิบัติได้ดี ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

3.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ระยะเวลาในการทำผ่าตัด ปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดและประวัติการได้รับส่วนประกอบของเลือดระหว่างทำผ่าตัด การได้รับยาปฏิชีวนะหลังผ่าตัด อาการและการได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียนและยาแก้ปวดหลังผ่าตัด วันที่ถอดท่อและ

สายระบาย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90

3.4 แบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 10 หมวด ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ การหายใจด้วย incentive spirometer การไอ การบริหารและการออกกำลังกาย การได้รับอาหารหรือสารน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับอาหารลงสู่กระเพาะอาหารภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การทำความสะอาดในช่องปาก การจัดทำเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง การฝึกบริหารขาและเท้า ถ้าสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ให้ข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนรวม 10 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่าสามารถปฏิบัติได้ดี ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87

3.5 แบบบันทึกข้อมูลหลังจำหน่าย ประกอบด้วย ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ได้ การให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไข ได้แก่ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ น้ำหนักลด การทำความสะอาดในช่องปาก การบริหารและการออกกำลังกาย และปัญหาอื่น ๆ ความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

3.6 แบบบันทึกผลลัพธ์ของโปรแกรม ประกอบด้วย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล แผลติดเชื้อ มีรูทะลุที่แผลผ่าตัด แผลแยก ภาวะปอดอักเสบ ภาวะปอดแฟบ ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันที่ขา การงดสูบบุหรี่ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81

3.7 แบบบันทึกความร่วมมือและความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อโปรแกรมฯ จัดทำโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 4 หมวด ประกอบด้วย การช่วยเหลือหรือส่งเสริมความสะดวกในช่องปากช่วงเวลาเย็น การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การช่วยจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา การจัดท่านั่งศีรษะสูงกว่า 45 องศา อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การนั่งห้อยขาข้างเดียว และการเดินไปห้องน้ำ การกระตุ้นให้ฝึกหายใจ และการไอ การบริหารขาและข้อเท้า วันละ 2 ครั้ง ถ้าสามารถปฏิบัติได้ให้ข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนรวม 4 คะแนน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89

3.8 แบบบันทึกความเป็นไปได้ของโปรแกรม จัดทำโดยผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมฯ ที่ศึกษา ได้แก่ 1) การยอมรับในโปรแกรม (acceptability) ประเมินจากความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้แบบบันทึกความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมฯ มีคะแนน 0 ถึง 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มากที่สุด คะแนน 10 หมายถึง พึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มากที่สุด คะแนนยิ่งสูงหมายถึงมีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มาก คะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ มากที่สุด 2) การเข้าร่วมโปรแกรม (recruitment) ประเมินจากอัตราส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยต่อจำนวนผู้ที่เข้าเกณฑ์การร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด 3) การปฏิบัติตามโปรแกรม (compliance) ประเมินจากการปฏิบัติตามของกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ของพยาบาล

ประจำการตามแบบบันทึกความร่วมมือและความคิดเห็นของพยาบาลประจำการต่อโปรแกรมฯ คิดเป็นร้อยละของการปฏิบัติในแต่ละหมวด และ 4) การคงอยู่ของโปรแกรม (retention) ประเมินจากอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และคงอยู่จนสิ้นสุดโปรแกรมฯ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 รายแล้วหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .71

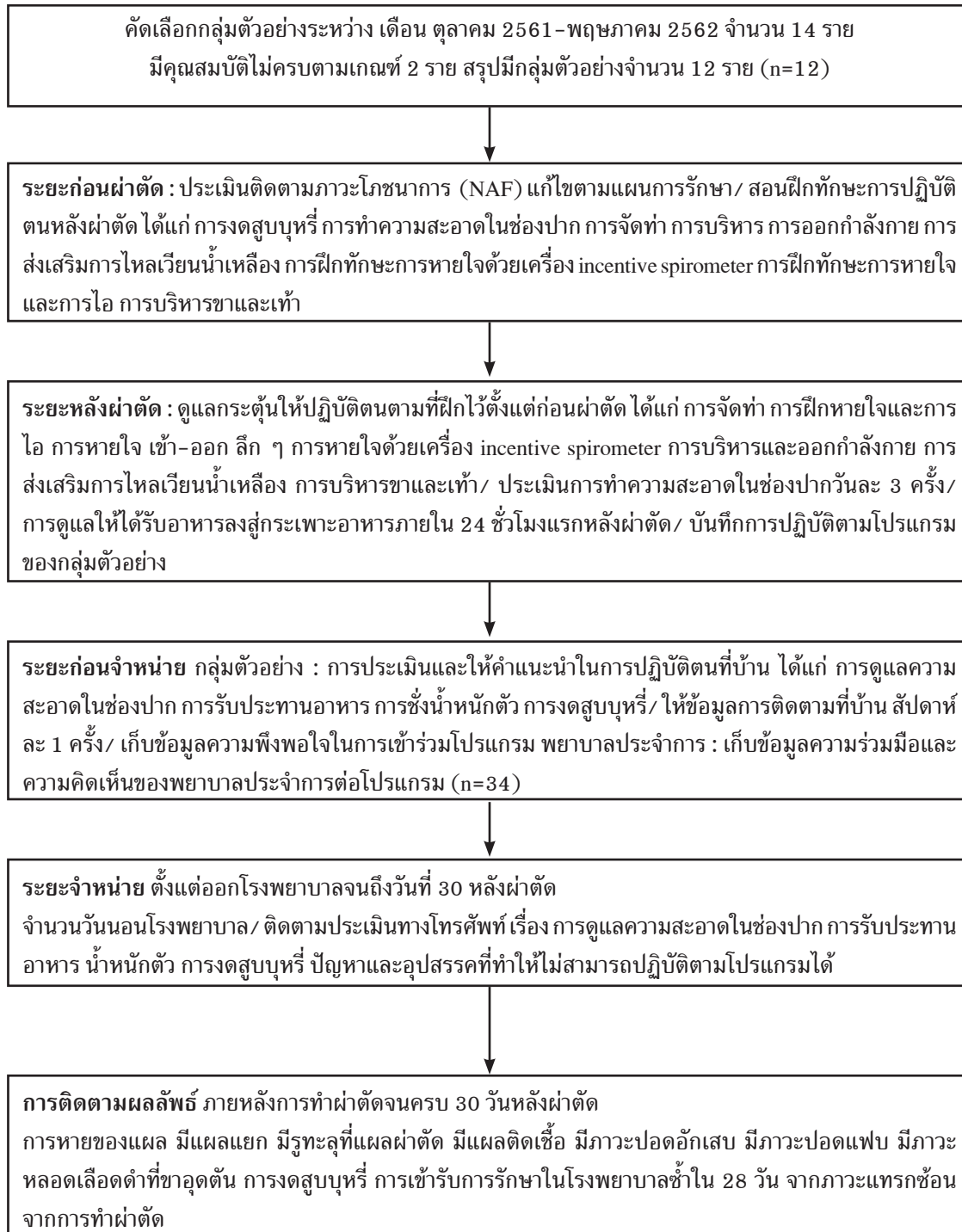
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการทำวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 09-61-15 ว ภายหลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจและการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการนำเสนอชื่อ หรือข้อมูลเป็นรายบุคคล

การดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูของแผลผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก มีการประเมิน ให้คำแนะนำและการพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นผ่าตัด หลังผ่าตัด และติดตามหลังผ่าตัดเป็นเวลา 30 วัน รวมทั้งประเมินความคิดเห็นและความช่วยเหลือของพยาบาลประจำการต่อโปรแกรม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 66.6 และ ร้อยละ 33.34 ตามลำดับ) มีอายุ 29-84 ปี เฉลี่ย 58.92 ปี (SD = 15.67) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 ชนิด (ร้อยละ 16.66) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง 4 ราย (ร้อยละ 33.33) มีจำนวน 4 ราย ที่เป็นโรคมะเร็งที่ผิวหนัง (ร้อยละ 33.33) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ 6 ราย (ร้อยละ 50) เลิกมานานกว่า 1 ปี 4 ราย (ร้อยละ 33.33) เลิกมา 2 เดือน 1 ราย (ร้อยละ 8.33) และยังไม่เลิก 1 ราย (ร้อยละ 8.33) เคี้ยวหมาก 3 ราย (ร้อยละ 25) และเสพยาสูบ 1 ราย (ร้อยละ 8.33) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 รายที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ลิ้น (ร้อยละ 58.33) กลุ่มตัวอย่าง 12 ราย ได้รับการผ่าตัด ดังนี้ wide excision, excision right tongue, excision left tongue, mandibulectomy, excision of bony palate, plastic repair of palate, anterolateral thigh flap, webster advancement flap reconstruction, radical forearm free flap, radical neck dissection, modified radical neck dissection, supraomohyoid

neck dissection and selective neck dissection มีระยะเวลาเฉลี่ยของการผ่าตัด 6.34 ชั่วโมง (SD=3.98) เสียเลือดระหว่างการทำผ่าตัดเฉลี่ย 448.33 มิลลิลิตร (range=50-1300 ml.) ระดับโภชนาการก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 83.2) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ 1 ราย (ร้อยละ 8.4) และ มีภาวะทุพโภชนาการ 1 ราย (ร้อยละ 8.4)

ข้อมูลหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย (ร้อยละ 83.33) ทำผ่าตัดก่อนมะเร็งออกทั้งหมดรวมกับการตกแต่งเนื้อเยื่อหรือการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่ลำคอ กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย (ร้อยละ 16.67) ทำผ่าตัดลิ้นออกครั้งลิ้น มีระยะเวลาการปฏิบัติตามโปรแกรมก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 10.75 วัน (SD=18.9, range=2-68) ได้รับการตรวจระดับอัลบูมินในเลือดครบทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 7 ราย (ร้อยละ 59.33) ก่อนผ่าตัดมีค่าอัลบูมินในเลือดเฉลี่ยก่อนผ่าตัด 36.78 g/L (SD=5.89) หลังผ่าตัดมีค่าอัลบูมินในเลือดเฉลี่ย 32.34 g/L (SD=3.95) หลังผ่าตัดมีภาวะโภชนาการปกติทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 12 ราย แบ่งเป็นการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดจำนวน 9 หมวด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดจำนวน 10 หมวด รายละเอียดดังแสดง ใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปฏิบัติตามโปรแกรมก่อนและหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (n=12)

ลำดับที่	รายการ	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	การงดสูบบุหรี่ มีผู้งดสูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 2 ราย สามารถงดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดและภายใน 30 วันหลังผ่าตัด จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 100)	(2)	(100)	(2)	(100)
2	การฝึกหายใจด้วยเครื่อง incentive spirometer	2	16.66	0	0
3	การฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ	12	100	12	100
4	การฝึกไอ	12	100	10	83.33
5	การรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	12	100	12	100
6	การบริหารและการออกกำลังกาย	12	100	12	100
7	การทำความสะอาดในช่องปาก	12	100	12	100
8	การบริหารขาและเท้า	12	100	12	100
9	การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองหลังผ่าตัด	12	100	12	100
10	การได้รับอาหารลงสู่กระเพาะอาหารภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	-	-	10	83.33

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำแนะนำและสอนสาธิตในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดจากผู้วิจัยและสามารถปฏิบัติแสดงกลับได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100) การฝึกหายใจด้วยเครื่อง incentive spirometer ก่อนผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ 2 ราย ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง “มีก่อนอยู่ ทำยังไงลมก็รั่วออกมาใช้ไม่ได้หรอก” “เจ็บปากมากแค่ขยับก็เจ็บแล้ว คงเป่าไม่ไหว” “เป่าเจ็บแผล ก่อนที่ปากก็ใหญ่ คาบที่เป่าไม่ไหวหรอก” ภายหลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สามารถปฏิบัติได้หลังผ่าตัดเนื่องจากมีแผลที่ปากและลิ้น แต่สามารถฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ ได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100) หลังผ่าตัดสามารถไอเอาเสมหะออกได้ 10 ราย (ร้อยละ 83.33) ในวันแรกหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มีเสมหะจึงสามารถฝึกไอได้ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง “วันแรกเสลดเยอะ

เหนียวไปหมด เวลาไอก็เจ็บ ถ้าไอตามที่บอกมันก็ออกดี จะได้ไม่ต้องไอบ่อย ๆ” ในกลุ่มตัวอย่างที่ใส่ท่อหายใจจะมีปัญหาไอเอาเสมหะออกมาไม่ได้เมื่อกระตุ้นให้ไออย่างมีประสิทธิภาพ สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้ดีขึ้น และเมื่อนำท่อหายใจออกถ้าไม่มีเสมหะจะมีการไอลดลง “ไม่มีเสมหะแล้วไม่รู้จักไอเอาอะไรออกมา” หรือ “เจ็บมาก ไม่อยากไอ” “เวลาไอจะกระเทือนแผล พอไม่มีเสลดก็ไม่อยากไอแล้ว”

ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสามารถนอนศีรษะสูง 30 องศา ในวันแรกหลังผ่าตัด 10 ราย (ร้อยละ 83.33) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่ปฏิบัติได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด การนอนศีรษะสูง 45 องศา สามารถปฏิบัติได้ในวันแรกหลังผ่าตัด 8 ราย

(ร้อยละ 66.66) วันที่ 5 หลังผ่าตัด 2 ราย (ร้อยละ 16.66) วันที่ 7 หลังผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 8.34) และ วันที่ 11 หลังผ่าตัด 1 ราย (ร้อยละ 8.34) กลุ่มตัวอย่างสามารถลุกจากเตียงและเดินได้เองในวันที่ 2, 3 และ 5 จำนวน 4, 1 และ 4 ราย (ร้อยละ 33.3, 8.33, 33.33 ตามลำดับ) ที่เหลือได้รับอนุญาตให้เดินได้ในวันที่ 10 และ 23 จำนวน 2 และ 1 ราย ตามลำดับ (ร้อยละ 16.66 และ 8.33) เรื่องการได้รับสารน้ำและอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน มีกลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานเพียงพอในวันที่ 1 หรือ 2 จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 75) ได้รับพลังงานเพียงพอเพิ่มขึ้นในวันที่ 3 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 8.33) และได้รับพลังครบถ้วนในวันที่ 4 ทั้งหมด (ร้อยละ 100) การบริหารยาและเท้าปฏิบัติได้ดีในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ในวันแรกสามารถปฏิบัติได้ 9 ราย (ร้อยละ 75) เมื่อลุกเดินเองได้จึงเลิกปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดได้รับยาปฏิชีวนะตามคำสั่งแพทย์หลังผ่าตัด และได้รับการบริหารยาจากพยาบาลประจำการครบถ้วน (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำสั่งแพทย์เรื่องยาแก้ปวดและยาแก้คลื่นไส้อาเจียน พยาบาลประจำการสามารถบริหารยาได้เมื่อมีอาการ มีผู้ป่วยได้ยาแก้ปวด 10 ราย (ร้อยละ 83.33) และได้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน 3 ราย (ร้อยละ 25)

การปฏิบัติตามโปรแกรมของพยาบาลประจำการ จากการสอบถามพยาบาลประจำการ 34 คน พยาบาลประจำการทั้งหมดมีการประเมินผู้ป่วยตามโปรแกรมฯ และให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเพิ่มเติมถ้าผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองไม่ได้ มีพยาบาลประจำการที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ครบทั้ง 4 หมวด 30 ราย (ร้อยละ 88.23) และ

ทั้งหมดสามารถช่วยเหลือให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ด้านการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายสามารถปฏิบัติได้ 32 ราย (ร้อยละ 94.11) มี 2 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากขึ้นปฏิบัติงานในช่วงที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว ในด้านการส่งเสริมความสะอาดในช่องปากช่วงเวลาเย็นสามารถปฏิบัติได้ 31 ราย (ร้อยละ 91.17) มี 3 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากไม่ได้ขึ้นเวรบ่าย ด้านการกระตุ้นการหายใจและการไอ สามารถปฏิบัติได้ 32 ราย (ร้อยละ 94.11) มี 2 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากปฏิบัติงานในเวรตึก ด้านการบริหารยาและเท้าสามารถปฏิบัติได้ 31 ราย (ร้อยละ 91.17) มี 1 ราย ที่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากปฏิบัติงานในเวรตึกอีก 2 ราย ประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีแล้ว

การติดตามที่บ้าน ในสัปดาห์ที่แรกหลังจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 75) สอบถามเรื่องการดูแลแผลและการให้อาหาร ในสัปดาห์ที่ 2 มีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 33.33) สอบถามเรื่องการขอเพิ่มปริมาณอาหารทางสายให้อาหารเนื่องจากรับประทานอาหารไม่อิ่ม และในสัปดาห์ที่ 3 พบว่ามีผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 25) ที่ถอดสายให้อาหารในสัปดาห์ที่ 3 แต่รับประทานอาหารทางปากได้น้อย มีน้ำหนักลด 1-2 กิโลกรัม จึงให้คำแนะนำในการกลืนและรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและมีน้ำหนักขึ้นมาในสัปดาห์ที่ 4

การประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ

การยอมรับในโปรแกรม (acceptability) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยประเมินคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมมากกว่า 8 คะแนน ทั้งหมด (ร้อยละ 100) แพทย์ให้ความร่วมมือในการส่งตรวจค่าอัลบูมินในเลือดก่อนและหลังผ่าตัด การทำความสะอาดในช่องปากและการทำแผล

การเข้าร่วมโปรแกรม (recruitment) มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดบริเวณปากและในช่องปากที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดจำนวน 12 ราย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (ร้อยละ 100)

การปฏิบัติตามโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมก่อนและหลังผ่าตัดตามหมวดต่าง ๆ มากกว่า 7 หมวด ถือว่าปฏิบัติตามโปรแกรมได้ก่อนและหลังผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100) หลังผ่าตัดมีผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 16.66) ไม่สามารถรับประทานอาหารลงสู่กระเพาะอาหารได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเนื่องจากให้นอนหลับต่อเนื่องเพื่อลดการเคลื่อนไหวของแผลและอีก 2 ราย (ร้อยละ 16.66) ที่ไม่มีเสมหะจึงไม่ได้ฝึกไอ

การคงอยู่ของโปรแกรม (retention) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดคงอยู่ในโปรแกรมจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 100

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.31 วัน (SD=6.58) ทั้งหมดมีการหายของแผลภายใน 30 วัน เกือบทั้งหมด 11 ราย ใน 12 ราย ไม่มี褥疮 ไม่มีภาวะปอดอักเสบ ไม่มีภาวะปอดแฟบ ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดมีภาวะโภชนาการปกติ 10 ราย หลังผ่าตัด มีภาวะโภชนาการปกติ 12 ราย ไม่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาอุดตัน ไม่มีการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด ช่องปากสะอาดดีสามารถงดสูบบุหรี่ได้ทั้งหมดไม่มีการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำภายใน 30 วัน หลังผ่าตัด มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 8.33) มีแผลแยกในวันที่ 7 หลังผ่าตัด เนื่องจากเลือด

มาเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ หลังได้รับการซ่อมแซมแล้วไม่มีแผลแยกอีก

อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีค่าอายุเฉลี่ย 59.92 ปี (ช่วงอายุ 29-84 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติในประเทศไทยที่พบมะเร็งที่ปากและในช่องปากในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมีช่วงอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป³ พบในผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ในเพศชายจำนวน 6 ราย และในเพศหญิงที่เคี้ยวหมากจำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งที่ลิ้น มีการผ่าตัดใหญ่ ทำ flap, graft, reconstruction หรือผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจึงต้องมีการวางแผนการทำผ่าตัด การเตรียมพร้อมของร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด ลดภาวะทุพโภชนาการและติดตามประเมินเนื้อเยื่อที่ปลูกถ่ายเป็นระยะๆ เพื่อให้แผลหายและมีการทำงานของอวัยวะใกล้เคียงปกติ⁷

ส่วนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

เมื่อผู้วิจัยนำเสนอเรื่องการปฏิบัติตามโปรแกรมมาแล้วกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถเข้าใจและยอมรับในการปฏิบัติตามโปรแกรม (acceptability) เนื่องจากประเมินแล้วว่าเป็นโปรแกรมที่สามารถปฏิบัติได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเกิดผลดีต่อการทำผ่าตัด เมื่อปฏิบัติแล้วพบว่า มีความพึงพอใจมากกว่า 8 คะแนน ร้อยละ 100 ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าร่วมโปรแกรม (recruitment) และมีการคงอยู่ในโปรแกรม (retention) จนสิ้นสุดการวิจัย (ร้อยละ 100) เมื่อพิจารณาเป็นรายหมวดพบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมด (ร้อยละ 100) สามารถฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ รับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการ ของร่างกาย สามารถบริหารและออกกำลังกาย สามารถทำความสะอาดในช่องปากได้ทั้งก่อนและ หลังผ่าตัด รับทราบเรื่องการฝึกบริหารขาและเท้า การ ส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองและสามารถปฏิบัติตน ได้ภายหลังการทำผ่าตัด จึงมีความเป็นไปได้ในการนำ ข้อปฏิบัติรายหมวดข้างต้นมาใช้ให้คำแนะนำทั้งก่อน และหลังผ่าตัด โดยมีเรื่องการรับประทานอาหาร การ ทำความสะอาดในช่องปาก และการส่งเสริมการไหล เวียนน้ำเหลืองที่มี APN เป็นผู้ร่วมประเมิน ให้ คำแนะนำและติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ ผ่านมาที่พบว่าการเตรียมตัวและการปฏิบัติตนที่ เหมาะสมก่อนและหลังผ่าตัดช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการทำผ่าตัดได้² การส่งเสริมภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดน้อย ที่สุดคือ 2 วัน ต้องรับประเมินเพื่อให้ได้รับอาหาร เพียงพอทันที เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเสนอแนะ ว่า ผู้ป่วยควรได้รับอาหารเพียงพอก่อนผ่าตัด 3 วัน⁵⁻¹⁶ ในผู้ที่ได้รับอาหารเพียงพออย่างต่อเนื่องจะได้รับการกระตุ้นให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมการ มีส่วนร่วมของญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะทุพโภชนาการต้องใช้เวลาเตรียมตัวก่อนผ่าตัด นานถึง 68 วัน โดยมี APN ประเมินความสามารถใน การรับประทานอาหารเมื่อสามารถรับประทานอาหาร ชนิดน้ำได้ จึงแจ้งแพทย์โสต ศอ นาสิก จัดหาอาหาร ทางการแพทย์ และประสานงานกับพยาบาลที่ดูแล เรื่องโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการปรับอาหาร มีการประสานงานกับอายุรแพทย์ทางโภชนาการใน การส่งต่อกรณีต้องการการปรึกษาเร่งด่วน จนมีแนว ปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการที่ ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เมื่อได้รับการรักษา

จนมีภาวะโภชนาการดีขึ้นจากระดับ C (มีภาวะทุพ โภชนาการ) เป็นระดับ B (มีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะทุพโภชนาการ) จึงได้รับอนุญาตให้ทำผ่าตัดแต่ ต้องอยู่ในการประเมินและติดตามของอายุรแพทย์ ทางโภชนาการอย่างต่อเนื่องจนมีภาวะโภชนาการ ปกติ มีการวัดระดับอัลบูมินในเลือดในกลุ่มตัวอย่าง บางรายก่อนผ่าตัดพบว่าระดับอัลบูมินในเลือดปกติ แต่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร และการดูดซึมอาหารจากการเป็นมะเร็ง¹⁷ ภายหลัง การผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า ค่าปกติทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด แต่การส่ง เสริมภาวะโภชนาการทั้งก่อนและหลังผ่าตัดตามโปร แกรมฯ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างไม่ เกิดการติดเชื้อซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่าการส่งเสริมด้านโภชนาการช่วยลดการติดเชื้อ หลังผ่าตัดและลดวันนอนโรงพยาบาลได้¹⁸ และควรมี การชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์เพื่อเพิ่มความตระหนักใน เรื่องการรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของ ร่างกาย

การปฏิบัติตนในหมวดการฝึกหายใจด้วย เครื่อง incentive spirometer เพื่อช่วยลดภาวะ แทรกซ้อนเรื่องระบบการหายใจหลังผ่าตัดอาจไม่ เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนที่ปากและในช่องปาก เพราะไม่สามารถอมปลายท่อหรือป้องกันลมรั่วทาง ปากได้ ส่วนการปฏิบัติตนในหมวดของการไอ กลุ่ม ตัวอย่างสามารถฝึกปฏิบัติได้ในการเตรียมตัวก่อน ผ่าตัด ภายหลังการทำผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 83.33 เนื่องจากในผู้ที่ไม่มีเสมหะแล้วไม่ต้องการไอ เนื่องจากจะกระทบกระเทือนที่แผลผ่าตัด ดังนั้นการ ไอจึงมีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังมีเสมหะหรือใส่ท่อ ทางเดินหายใจและมีเสมหะออกจำนวนมาก ในหมวด ของการงดสูบบุหรี่ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่งดสูบบุหรี่

ได้น้อยกว่า 1 ปี มีการให้คำแนะนำและติดตามผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดื่มน้ำได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จึงมีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมฯ โดยพิจารณาการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลในผู้ที่สูบบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสูบบุหรี่ทำให้แผลหายช้าจึงควรงดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัด⁷

นอกจากนี้โปรแกรมฯ ยังมีส่วนช่วยให้พยาบาลประจำการมีแนวทางในการประเมินและให้การพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด จึงเป็นบทบาทและหน้าที่ของ APN ที่จะช่วยประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และให้การพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นกว่าการดูแลตามปกติและการติดตามทางโทรศัพท์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสสอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ได้ จะได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือได้ทันเวลาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมี APN เป็นผู้ติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ช่วยแก้ปัญหาเบื้องต้นได้ทันเวลา มีการประสานงานและส่งต่อให้แก่มิสมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้และไม่เกิดอาการผิดปกติที่สามารถป้องกันได้¹⁹ ในการบริหารจัดการยาแก้ปวดของพยาบาลประจำการได้ทันเวลาช่วยลดอาการปวดและมีส่วนช่วยในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการลดอาการปวดภายหลังการทำผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ดีและลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด²⁰ และการให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนช่วยลดความไม่สบาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสามารถช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ²¹ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ทำผ่าตัดในช่องปากที่มีข้อห้าม

ในการขยับปากและลิ้น การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนช่วยลดการขยับตัวของแผล ช่วยให้แผลไม่แยกหรือเกิดรูทะลุ ทำให้แผลหายได้ตามเวลาโดยสรุปแล้วโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาปฏิบัติได้ในหมวดของการฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ การรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การบริหารและออกกำลังกาย การทำความสะอาดในช่องปาก การฝึกบริหารขาและเท้า การส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลือง ส่วนหมวดของการฝึกหายใจด้วยเครื่อง incentive spirometer การไอ และการงดสูบบุหรี่ ควรพิจารณาให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ของพยาบาลประจำการสามารถปฏิบัติได้

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปาก พบว่าช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้โดยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง 2 วัน จาก 12.79 วัน เหลือ 10.31 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกิน 30 วัน มีผู้ป่วยมีแผลแยก 1 ราย หลังผ่าตัดซ่อมแซมแล้วไม่เกิดแผลแยกอีก ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด ไม่มีการเกิดรูทะลุที่แผลผ่าตัด ไม่มีภาวะปอดอักเสบ ไม่มีภาวะปอดแฟบ ไม่มีภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาอุดตัน และไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 83.2 (มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 8.4 และ มีภาวะทุพโภชนาการ

ร้อยละ 8.4) หลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่าง 4 รายที่เป็นภูมิแพ้ทางผิวหนังที่มีความเสี่ยงแผลหายช้ายังมีแผลหายตามแผนการรักษาโดยสรุปแล้วการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เคยมีแผลแยก เกิดรูทะลุที่แผลผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีผู้กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การให้อาหารที่เพียงพอตามโปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้⁶

สรุปบทเรียนสู่การศึกษาวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้โปรแกรมในการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากมีวิธีปฏิบัติที่สามารถนำมาใช้ได้จริง และมีประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาเกิน 3 ชั่วโมง ควรแนะนำ การออกกำลังกาย วันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ฝึกหายใจให้มีประสิทธิภาพและดื่มน้ำ 2) ผู้ป่วยที่สามารถใช้เครื่อง incentive spirometer ได้ สามารถฝึกหายใจและวัดปริมาตรความจุปอดได้เป็นระยะๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการฝึกหายใจและการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรความจุปอด 3) ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจหลังผ่าตัดควรฝึกการไอที่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัดจะช่วยให้การไอขับเสมหะออกมาได้ดีขึ้น 4) การให้คำแนะนำเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายและการส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องมีแบบแผนภายหลังการทำผ่าตัด ช่วยลดอาการ บวม แดง ของแผลหลังผ่าตัด สามารถขยับตัวและเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างรวดเร็ว ในกรณีถูก

จำกัดการเคลื่อนไหวตามแผนการรักษาสามารถฝึกหายใจ เข้า-ออก ลึก ๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนน้ำเหลืองให้ดีขึ้น การขยับมือและยกแขนสูงช่วยลดการบวมบริเวณมือและแขนได้ดีขึ้น 5) การประเมินภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารช่วยให้ได้รับอาหารพลังงานและโปรตีนที่เหมาะสม โดยเฉพาะการชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ช่วยเพิ่มความตระหนักเรื่องโภชนาการ สามารถรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 6) การดูแลสุขภาพในช่องปากตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ช่วยทำความสะอาดในช่องปากหลังผ่าตัด เมื่อทำความสะอาดเองได้ให้จัดหาอุปกรณ์และวางอุปกรณ์ไว้ใกล้มือเพื่อให้ทำความสะอาดในช่องปากเอง ควรดูแลให้วันปากในเวลากลางวันเพื่อลดคราบสะสมในช่องปากและรักษาความชุ่มชื้นในช่องปาก โดยเฉพาะผู้ที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ 7) ผู้ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จำกัดกิจกรรมให้อยู่บนเตียงตลอด ควรกระตุ้นให้บริหารขาและเท้าเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ลดอาการปวดเมื่อยและป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันที่ขา 8) การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาช่วยให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีและปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ และการให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนเมื่อมีอาการช่วยลดการขับของปากและลำไส้ ป้องกันไม่ให้แผลแยก และ 9) การติดตามทางโทรศัพท์ช่วยให้สามารถรับทราบปัญหาและแก้ไขได้ทันที

การศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ แสดงถึงบทบาทของ APN ในการดูแลโดยตรง (direct care) และในการจัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (care management) ที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ส่งปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการทำ

ผ่าตัดจนกระทั่งสามารถทำผ่าตัดได้ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนและหลังการทำผ่าตัด การติดตามหลังผ่าตัดและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนแต่ละราย การให้คำปรึกษา (consultation) สอน (education) ชี้แนะ (coaching) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empower) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนตามโปรแกรมและดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของแผลได้ มีการให้คำแนะนำการพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เป็นที่ปรึกษาและนิเทศงานแก่พยาบาลประจำการและผู้ช่วยพยาบาลในรายที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น มีการประสานงาน (collaboration) กับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ โสต ศอ นาสิก ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ทางโชนาการ ก่อนผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด พยาบาลประจำการและพยาบาลที่ดูแลเรื่องโชนาการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน โดยมีการประเมินภาวะโชนาการและแพทย์ส่งตรวจหาระดับอัลบูมินในเลือด ตั้งแต่วันที่กำหนดวันนัดผ่าตัด พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโชนาการที่ต้องรับทำการรักษาเร่งด่วนเพื่อลดระยะเวลาการรอตรวจ การแก้ไขภาวะโชนาการเบื้องต้นและการติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีแนวทางการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการส่งเสริมการไหลเวียนน้ำเหลืองภายหลังการทำผ่าตัด โดยผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเอง ญาติสามารถช่วยเหลือในการจัดทำและกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังการผ่าตัด และสามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ ดังนั้น APN จึงมีความสำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมและประเมินการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ปากและในช่องปากที่มีจำนวนมากขึ้น โดยการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง และศึกษาติดตามผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตก่อนและหลังผ่าตัด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Rashid A, Warnakulasuriya S. The use of light-based (optical) detection systems as adjuncts in the detection of oral cancer and oral potentially malignant disorders: a systematic review. *J Oral Pathol Med* 2015;44(5):307-28.
2. Golusinski P, Pazdrowski J, Szewczyk M, Pienkowski P, Majchrzak E, Schneider A, et al. Multivariate analysis as an advantageous approach for prediction of the adverse outcome in head and neck microvascular reconstructive surgery. *Am J Otolaryngol* 2017;38(2):148-52.
3. Sangrajrang S, Lowhutanon P, Sangaryavanit A, Petryet V. *Hospital-Based Cancer Registry*. Bangkok: Pornsup Printing; 2018. (In Thai)
4. Polesel J, Furlan C, Birri S, Giacommarra V, Vaccher E, Grando G, et al. The impact of time to treatment initiation on survival from head and neck cancer in north-eastern Italy. *Oral Oncol* 2017;67:175-82.

5. Coyle MJ, Main B, Hughes C, Craven R, Alexander R, Porter G, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) for head and neck oncology patients. **Clin Otolaryngol** 2016;41(2):118–26.
6. Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Medical Record; 2561. (In Thai)
7. Divya GM, Zinia N, Balagopal PG, Bipin VT, Elizabeth IM, Nebu GA, et al. Risk Factors for Post-operative complications in primary oral cancer surgery—a prospective study. **Indian Journal of Surgical Oncology** 2018;9(1):28–34.
8. Opaspasu A, Trisarawat P, Kongamnoisak U, Buranapuntalug S. The immediate effects of costal breathing exercise with sustained maximal inspiration technique and flow incentive spirometer on chest expansion in sedentary young adults. **Thammasat Medical Journal** 2016;16(2):220–9. (In Thai)
9. Tew GA, Ayyash R, Durrand J, Danjoux GR. Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. **Anaesthesia**. 2018;73(6):750–68.
10. Kertbunsri S, Verungkabut T, Therawit P, Kutanon T. Principle and practical points in respiratory care Bangkok: **Beyon Enterprice**; 2558. (In Thai)
11. Chuenjit K, Ua-kit N. The effect of leg exercise combined with eeflexology on femoral venous blood flow velocity in post abdominal surgery patients. **Kuakarun Journal of Nursing** 2017;24(1):163–77. (In Thai)
12. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **BMJ (Clinical research ed)** 2008;337:a1655.
13. Isaacs B, Kennie AT. The Set Test as an aid to the detection of dementia in old people. **BritJPsychiat** 1973;123:467–70.
14. Komindrg S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. **Asia Pac J Clin Nutr** 2013;22(4):516–21.
15. Olszewski WL. **Physiological Principles of Physiotherapy**. In: Byung–Boong Lee, John Bergan, Stanley G. Rockson, editors. **Lymphedema**. NY: Springer; 2011. p. 221–7.
16. Benton K, Thomson I, Isenring E, Mark Smithers B, Agarwal E. An investigation into the nutritional status of patients receiving an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol versus standard care following oesophagectomy. **Supportive Care in Cancer**. 2018.
17. Gorenc M, Kozjek NR, Strojan P. Malnutrition and cachexia in patients with head and neck cancer treated with (chemo)radiotherapy. **Rep Pract Oncol Radiother** 2015;20(4):249–58.
18. Levett DZ, Grocott MP. Cardiopulmonary exercise testing, prehabilitation, and Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). **Can J Anesth** 2015;62(2):131–42.
19. Salander P, Isaksson J, Granstrom B, Laurell G. Motives that head and neck cancer patients have for contacting a specialist nurse – an empirical study. **J Clin Nurs** 2016;25(21–22):3160–6.
20. Bianchini C, Malago M, Crema L, Aimoni C, Matarazzo T, Bortolazzi S, et al. Post-operative pain management in head and neck cancer patients: predictive factors and efficacy of therapy. **Acta Otorhinolaryngol Ital** 2016;36(2):91–6.
21. Chiu C, Aleshi P, Esserman LJ, Inglis–Arkell C, Yap E, Whitlock EL, et al. Improved analgesia and reduced post-operative nausea and vomiting after implementation of an enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for total mastectomy. **BMC Anesthesiol** 2018;18(1):41.

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยการนำของพยาบาล

วันดี โกยกิจเจริญ¹ พย.บ.

วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ² พย.ม., วพย. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)

สุพรรณพรณ์ กิจบรรยงเลิศ³ พย.ม., อพย. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

บทคัดย่อ: การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการจัดการด้านโภชนาการ และ 2) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ผลการพัฒนา ได้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการโดยการนำของพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) นโยบายการบูรณาการงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และ 3) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ผลการศึกษา ผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านจำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการตาย การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดปอดอักเสบ และการจัดการด้านโภชนาการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ($p > .05$) ส่วนความพึงพอใจของญาติหลังการทดลองใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการพบว่า พยาบาลมีการดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ป้องกันการเกิดปอดอักเสบ และจัดการด้านโภชนาการมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว และสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบนี้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ การนำของพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต; ผู้เขียนหลัก E-mail: pupeair@hotmail.com

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

The Development of Nurse-led Integrated Care Model for Patients with Traumatic Brain Injury

Wandee Koykitjaroen¹ BNS.

Wilailak Wongchunlachat² MNS., APN. (Infection Control)

Supornpan Kitbunyonglers³ MNS., Dip.APAGN (Adult and Gerontological Nursing)

Abstract: This research and development aimed to 1) develop an integrated care model led by nurses for patients with traumatic brain injury (TBI) regarding prevention of catheter-associated urinary tract infection (CAUTI), prevention of ventilator-associated pneumonia (VAP) and nutritional management; and 2) pilot-test by using the developed integrated care model at the neurosurgical ward, Vachira Phuket Hospital. The study was conducted during March to November 2019. The development of the Nurse-led Integrated Care Model (NL-ICM) for patients with TBI composed of three components: 1) policy regarding integration of research findings in care of patients with TBI; 2) practice guidelines; and 3) enhancing nurses' competency. Results showed that clinical outcomes including, length of stay, mortality rate, rate of CAUTI and VAP and nutritional management indicators when compared between the groups before and after using the NL-ICM were not different significantly ($p > .05$). Regarding family's satisfaction, family members of the group after using the NL-ICM showed significantly more satisfied than the before group ($p < .01$). For the process outcomes after using the NL-ICM, nurses had practiced for prevention of CAUTI and VAP, as well as, nutritional management significantly more than before the NL-ICM was launched ($p < .01$). They also rated higher satisfaction than before using the NL-ICM ($p < .01$). The follow-up study and expansion of the integrated care model to other groups of patients are recommended.

Key words: integrated care model, nurse-led, traumatic brain injury patients

¹ Registered nurse, Expert level, Vachira Phuket Hospital; Corresponding author, Email: pupeair@hotmail.com

^{2,3} Registered nurse, Professional level, Vachira Phuket Hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญ

การบาดเจ็บศีรษะเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากทีมสุขภาพอย่างเร่งด่วนและถูกต้องตามมาตรฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความซับซ้อนของโรคและการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 75 เรื่อง พบว่า การติดเชื้อสำคัญในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยเฉพาะในรายที่มีการบาดเจ็บรุนแรง ได้แก่ การติดเชื้อในโพรงสมอง การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อกระแสเลือดจากการคาสายสวน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน ปัสสาวะ (catheter-associated urinary tract infection: CAUTI) และการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia: VAP)¹ นอกจากนี้ เมื่อเกิดการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเมตาบอลิซึม คือ เกิดภาวะเมตาบอลิซึมสูง (hypermetabolism) และเกิดภาวะสลายสารอาหาร (catabolic state)² โดยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเฉพาะต่อระบบเผาผลาญพลังงานส่งผลให้ร่างกายและสมองมีความต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้น³ โดยพบว่าปริมาณพลังงานที่เหมาะสมหรือเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในการสร้างอติโนซิน ไตรฟอสเฟตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึงร้อยละ 120-250 และสภาวะนั้นจะคงอยู่ยาวนานในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้^{3,4} ทั้งนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะเริ่มเสียมวลของพลังงานในระหว่างสัปดาห์ที่ 3-5 ของการบาดเจ็บ จึงสามารถพบภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ถึงร้อยละ 68⁵

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการบริการสู่การรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีวิสัยทัศน์มุ่งสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านในสาขาต่าง ๆ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ยุ่งยากและซับซ้อน และมีแผนพัฒนาสู่การเป็นศูนย์ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูง (excellence center) สาขาอุบัติเหตุระดับ 3 มีความพร้อมทั้งด้านประสิทธิภาพแพทย์เครื่องมือผ่าตัดบุคลากรพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ มีหอผู้ป่วยที่รองรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท จากสถิติปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเข้ารับการรักษากำหนดจำนวน 1,271, 1,174 และ 1,039 คน ตามลำดับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและกึ่งวิกฤติ จำนวน 36 เตียง อัตราการครองเตียง ปี พ.ศ. 2559-2561 ร้อยละ 94.82, 102.18 และ 96.29 ตามลำดับ ผลผลิตทางการพยาบาล (nursing productivity: NP) ปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 133.28 การจัดอัตรากำลังพยาบาลจัดพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยรวมทุกประเภท 1:4 และบางช่วงเวลาจัดอัตรากำลัง 1:6 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่เกินมาตรฐานและจำนวนผู้ป่วยแออัด อย่างไรก็ตามพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ได้เห็นถึงความสำคัญคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในความดูแล จึงได้ร่วมกันพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (routine to research: R2R) ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา จำนวน 3 เรื่อง และเผยแพร่ในวารสารระดับชาติ ได้แก่ 1) ผลของการเตือนการถอดสายสวนปัสสาวะต่อการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ⁶ 2) การจัดการด้านโภชนาการและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย

บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต⁷ และ 3) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อสุขภาพช่องปากและการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม⁸ จากงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

จากการนิเทศติดตามการนำงานวิจัยมาใช้ในการดูแลสุขภาพพบว่า ไม่มีการนำใช้อย่างต่อเนื่อง เมื่อเริ่มงานวิจัยเรื่องใหม่ จะลดการนำใช้งานเรื่องเก่า ซึ่งเกิดจากนโยบายไม่ชัดเจนในเรื่องการนำใช้งานวิจัย ขาดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ อัตราการล้มเหลวของโรงพยาบาลไม่เพียงพอรูปแบบการมอบหมายงานเป็นแบบตามหน้าที่ ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายๆ คน ขาดการตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนจริงหรือไม่ กอปรกับภาระงานที่สูง พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้า ทำให้ขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับยังไม่มีแนวทางการใช้ผลงานวิจัยแต่ละเรื่องอย่างชัดเจน เช่น ไม่มีการกำหนดว่าต้องทำในเวรใดบ้าง ใครเป็นคนทำ กลุ่มพยาบาลใหม่ยังขาดความเข้าใจและขาดทักษะ การนิเทศกำกับไม่ได้เน้นการนำผลงานวิจัยเหล่านี้ไปใช้ ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งหากมีการนำใช้งานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยคาดว่าจะช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีขึ้น เช่น ผลการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ห่อภิมาณสรุปว่าการใช้ระบบเตือนหรือการหยุดคำสั่งในการถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถลด CAUTI ได้ร้อยละ 53 ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ⁹ หรือการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบว่า การให้อาหารเร็วภายใน 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาสามารถลดอัตราการตาย ผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี

(Glasgow outcome score: GOS) และอัตราการติดเชื้อต่างๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ทั้งนี้ ยังมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะมีการเปลี่ยนแปลงในช่องปากหลายอย่างทำให้เชื้อแบคทีเรียก่อโรคเจริญเติบโตเป็นคราบแบคทีเรียบนผิวฟันในเวลาอันรวดเร็ว¹¹ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลช่องปากที่เหมาะสมจะทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องปาก รวมถึงการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจด้วย¹² นอกจากนี้ยังส่งผลให้ญาติอาจไม่พึงพอใจในเวลาที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานอาจเกิดความเบื่อหน่าย อ่อนล้า และไม่พึงพอใจได้เช่นกัน ดังนั้นหากมีการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้โดยเน้นให้เกิดการดูแลแบบบูรณาการองค์ความรู้จากงานวิจัยดังกล่าวน่าจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและญาติและช่วยให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น

การดูแลแบบบูรณาการ (integrated care) เป็นการผสมผสานชุดของวิธีการหรือรูปแบบของการดำเนินการเกี่ยวกับงบประมาณ การบริหาร การจัดระเบียบองค์กร การจัดระบบการบริการ และระดับการดูแลทางคลินิก โดยออกแบบให้มีความเชื่อมโยงเป็นระบบระเบียบ และการประสานความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และประสิทธิภาพของระบบบริการ¹³ ที่สำคัญคือ การดูแลแบบบูรณาการนี้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น และยังเป็นการสะท้อนภาพการสนับสนุนจากพยาบาลที่สามารถขยายผลจากกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ได้ ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับความสนใจจากทีมสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยเป็นการดูแลที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการขับเคลื่อนศักยภาพการดูแลผู้ป่วย¹⁴

หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท แม้สภาพหอผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในด้านต่างๆ แต่บุคลากรที่มีความมุ่งมั่นในการสร้างงานวิจัย ผู้วิจัยในฐานะทีมบริหารทางพยาบาลเห็นความสำคัญของการใช้แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการมาพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับการดูแลตามแนวทางที่ได้จากงานวิจัยของหอผู้ป่วยทั้ง 3 เรื่องอย่างต่อเนื่องโดยมีพยาบาลเป็นผู้นำในการดูแลให้เกิดการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คำนึงถึงความเป็นไปได้ภายใต้บริบทเฉพาะของหอผู้ป่วยโดยผู้วิจัยนำหลักการบริหาร (POSDCoRB)¹⁵ มาใช้ด้วยการแสดงบทบาท 7 ด้าน คือ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการหรือสั่งงาน การประสานงาน การรายงานและการจัดงบประมาณ ร่วมกับการนิเทศทางการพยาบาล ในการพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมที่จะนำผลงานวิจัยทั้ง 3 เรื่องสู่การปฏิบัติได้จริง และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. พัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล
2. ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาลในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการตาย ผลของการจัดการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน CAUTI และ VAP ผลของการจัดการด้านโภชนาการ และความพึงพอใจของญาติ
3. ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล ในด้านกระบวนการและความพึงพอใจของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ศึกษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการของพยาบาลในหน่วยงานที่ศึกษา

1.1 สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท และตัวแทนพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์จำนวนปีการทำงานแตกต่างกัน จำนวน 13 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล (in-depth interview) โดยใช้แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก และนำประเด็นที่ได้มาใช้ในการกำหนดรูปแบบที่จะพัฒนาต่อไป

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปประเด็นปัญหาก่อนพัฒนา

1.2.1 วิเคราะห์สถานการณ์การนำใช้ผลงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง คือ การป้องกันการติดเชื้อ CAUTI โดยการเตือนการถอดสายสวนปัสสาวะ การป้องกันการเกิด VAP โดยการดูแลสุขภาพช่องปาก และการจัดการด้านโภชนาการ ในรูปแบบปกติ (ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ที่พัฒนาขึ้น) โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะย้อนหลัง 5 เดือน (ตุลาคม 2561-กุมภาพันธ์ 2562) จำนวน 35 คน (ฉบับ) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการตาย ผลของการจัดการด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน CAUTI (จำนวนวันที่สายสวนปัสสาวะและอัตราการติดเชื้อ CAUTI) และ VAP (จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

และอัตราการเกิด VAP) และผลของการจัดการด้านโภชนาการ (ระยะเวลาเฉลี่ยการเริ่มให้อาหารทางทางเดินอาหาร และระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับพลังงานถึงเป้าหมาย) และผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

1.2.2 ประเมินความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของหอผู้ป่วยในปัจจุบัน จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ

1.2.3 ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของหอผู้ป่วยในปัจจุบัน จำนวน 22 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

2.1 นำผลการศึกษาที่ได้จากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบ “ร่าง” รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล โดยใช้แนวคิดเชิงการบริหาร POSDCoRB ด้วยการแสดงบทบาท 7 ด้าน คือ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยการหรือสั่งงาน การประสานงาน การรายงานและการจัดงบประมาณโดยคำนึงถึงบริบทของหอผู้ป่วย เพื่อให้มีการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่บูรณาการมาจากผลการวิจัย R2R ทั้ง 3 เรื่อง

2.2 จัดทำเอกสาร “ร่าง” รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล

2.3 นำเอกสาร “ร่าง” รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความ

ถูกต้องเชิงวิชาการ นำข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง

2.4 นำ “ร่าง” รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล ไปประเมินความเป็นไปได้ เพื่อดูความเหมาะสมในการใช้ภายใต้บริบทของหอผู้ป่วย ประชุมสอบถามความคิดเห็นผู้ใช้รวบรวมปัญหาอุปสรรคเพื่อการปรับปรุง ทำให้ได้มาซึ่งรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล (Nurse-led Integrated Care Model: NL-ICM) พร้อมนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาลไปทดลองใช้และการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในระยะนี้ คือ พยาบาลประจำการทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมมาตั้งแต่ระยะที่ 1 จำนวน 22 คน ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในช่วงที่ทำการศึกษา และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและญาติหรือผู้ดูแลหลัก ในระยะเวลานำใช้รูปแบบ 5 เดือน คือ พฤษภาคม – กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บศีรษะ ระดับ GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน หรือใช้เครื่องช่วยหายใจอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เป็นผู้ป่วยสมองตายหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต แพทย์คาดการณ์การมีชีวิตรอดมากกว่า 3 วัน ไม่จำกัดเพศ ไม่จำกัดศาสนา โดยมีญาติที่มีเวลาดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน และไม่น้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน รายละเอียดแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล ผู้วิจัยจัดประชุมกับบุคลากรพยาบาลที่เป็น

กลุ่มตัวอย่างชี้แจงข้อมูลการวิจัยก่อนให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคืนข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และชี้แจง “รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล (Nurse-led Integrated Care Model: NL-ICM)” และมอบเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแก่พยาบาลประจำการ เพื่อให้พยาบาลประจำการทุกคนรับทราบ มีโอกาสซักถามข้อสงสัย และสร้างความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วมในกิจกรรมการขับเคลื่อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในหอผู้ป่วย

ช่วงที่ 2 การนำรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาลมาทดลองใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (advanced practice nurse: APN) พยาบาลเจ้าของงานวิจัย R2R และพยาบาลอายุงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป เป็นผู้นิเทศรายบุคคลและรายกลุ่ม

ช่วงที่ 3 การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล ดังนี้

3.1 การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้บาดเจ็บศีรษะประกอบด้วย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการตาย ผลของการจัดการด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน CAUTI และ VAP และผลของการจัดการด้านโภชนาการ

3.2 การประเมินความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของหอผู้ป่วยในปัจจุบัน จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ

3.3 การประเมินผลด้านกระบวนการของการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ด้านการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI ด้วยการเตือนการถอดสายสวน

ปัสสาวะ (การใช้แบบฟอร์ม catheter alert และการใช้ทรายยางเตือนแพทย์) และ VAP (การประเมินสุขภาพช่องปากและการทำความสะอาดช่องปาก) และการจัดการด้านโภชนาการ (การคัดกรองภาวะโภชนาการแรกรับและการใช้ทรายยางเตือนแพทย์)

3.4 การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทั้งในส่วน of เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือทดลอง ตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนิยามเชิงทฤษฎี (conceptual definition) ของหลักการบริหาร (POSDCoRB)¹⁵ และจากการวิเคราะห์การนำใช้งานวิจัย 3 เรื่อง ประกอบด้วย

(1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก (ใช้เก็บข้อมูลระยะที่ 1 ข้อ 1.1) เป็นแบบคำถามปลายเปิด 5 ข้อ ได้แก่ จุดแข็งและ/หรือจุดอ่อนของการดำเนินงานในงานวิจัยแต่ละเรื่อง ปัญหาและ/หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในงานวิจัยแต่ละเรื่องหรือไม่ การจัดการกับปัญหาและ/หรืออุปสรรค ความต้องการความช่วยเหลือ หรือการสนับสนุน หรือ การเอื้ออำนวยความสะดวกจากหัวหน้าตึก จากผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล และจากผู้บริหารโรงพยาบาล

(2) แบบบันทึกข้อมูลผลการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM (ใช้เก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้ระยะ

ที่ 1 ข้อ 1.2.1 และหลังการทดลองใช้ระยะที่ 3 ช่วงที่ 3 ข้อ 3.1) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อความเลือกตอบเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยทั้งอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งการรักษาและผลการรักษา สาเหตุการเจ็บป่วย ประวัติโรคเรื้อรัง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) เป็นต้น และ (2) ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ CAUTI และจำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะ อัตราการเกิด VAP และจำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาเฉลี่ยการเริ่มให้อาหารทางทางเดินอาหาร และระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับพลังงานถึงเป้าหมาย

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ (ใช้เก็บข้อมูลระยะที่ 1 ข้อ 1.2.2 และระยะที่ 3 ช่วงที่ 3 ข้อ 3.2) แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ลักษณะครอบครัวและผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของหอผู้ป่วยในปัจจุบัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ โดยให้ญาติแสดงความคิดเห็นเป็นระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ จากนั้นผู้วิจัยประมวลผลเป็นคะแนนเฉลี่ยและแปลผล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51

- 4.50 มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 มีความพึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

(4) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่กำหนดไว้ในรูปแบบ NL-ICM (ใช้เก็บข้อมูลระยะที่ 3 ช่วงที่ 3 ข้อ 3.3) เป็นแบบตรวจสอบรายการใช้ในการประเมินผลด้านกระบวนการว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่กำหนดไว้ในรูปแบบ NL-ICM หรือไม่

(5) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของหอผู้ป่วยในปัจจุบัน (ใช้เก็บข้อมูลระยะที่ 1 ข้อ 1.2.3 และระยะที่ 3 ช่วงที่ 3 ข้อ 3.4) แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาปฏิบัติงาน และประสบการณ์เกี่ยวกับการทำวิจัย และส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่ามีความพึงพอใจเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของหน่วยงานมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และไม่พึงพอใจ (1) ผู้วิจัยประมวลผลเป็นคะแนนเฉลี่ยและแปลผล ค่าคะแนนเช่นเดียวกับแบบประเมินความพึงพอใจของญาติ

2. เครื่องมือทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล (NL-ICM) ที่ได้จากผลการศึกษาในระยะที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขต 11 ผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจสอบผลงานวิชาการ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและระเบียบวิจัย 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปทดลองใช้

ผู้วิจัยนำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบความเที่ยง ดังนี้ (1) การทดสอบการสังเกต (interrater agreement) ผู้วิจัยนำแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก ให้ผู้วิจัย 2 คนสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ศึกษาคนละ 3 คน แล้วนำผลการประเมินมาพูดคุยทำความเข้าใจจนกระทั่งเข้าใจตรงกันหมดทุกข้อ สำหรับแบบบันทึกข้อมูลผลการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ให้ผู้วิจัย 2 คน บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 10 คน (ฉบับ) โดยบันทึกข้อมูลอิสระจากกันแล้วนำมาพิจารณาความสอดคล้อง เมื่อพบว่ามีรายการใดมีความเห็นไม่ตรงกันผู้วิจัยใช้การประชุมปรึกษา จนกระทั่งได้ข้อสรุปที่ตรงกัน (2) การทดสอบเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ใช้กับแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติและของพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากชุดแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88 และ .83 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ VPH REC 003/2019 วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2562 และขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย (กลุ่มตัวอย่างญาติ) หรือ การพิจารณาความดีความชอบ (กลุ่มตัวอย่างพยาบาล) และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ถ้าต้องการ อีกทั้งข้อมูลต่าง ๆ ถูกเก็บรักษาเป็นความลับไม่สามารถบ่งชี้ผู้ให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย ตามลักษณะและระดับการวัดของตัวแปรที่ศึกษา และใช้สถิติอ้างอิงในการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของชุดข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test หรือ Wilcoxon Mann-Whitney U test, Chi-square และ Paired t test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล และ 2) ผลของการทดลองใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล (Nurse-led Integrated Care Model: NL-ICM) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายการบูรณาการงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มการพยาบาล ประกาศนโยบายทั้งที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นลายลักษณ์อักษรในการบูรณาการงานวิจัย R2R 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของการเตือนการถอดสายสวนปัสสาวะต่อการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ 2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่อสุขภาพช่องปากและการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ และ 3) การจัดการด้านโภชนาการและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง กำหนดนโยบายให้มีการดำเนินงานตามแนวทางการบริหาร POSDCoRB ในด้าน (1) การวางแผน โดยกำหนดทิศทางการพัฒนา ประชุมวางแผนบูรณาการนำผลงานวิจัยมาปฏิบัติทั้ง 3 เรื่องรวมมาไว้ในแผนภูมิการทำงานชุดเดียวกัน ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน (2) การจัดองค์การ จัดโซนแยกประเภทผู้ป่วย พัฒนาระบบวางแผนจำหน่าย พัฒนาระบบส่งต่อ-ส่งกลับ โดยจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการรับส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วยในเครือข่ายเพิ่มค่าตอบแทนตามจำนวนเตียง จัดหาอุปกรณ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องติดตามสัญญาณชีพส่วนกลาง (3) การบริหารงานบุคคล ด้วยการเพิ่มอัตรากำลังตาม 80% FTE คือเพิ่มพยาบาลจำนวน 2 คน จากเดิม 23 คน เป็น 25 คน จัดอัตรากำลังตามการมอบหมายงานและผสมผสานอัตรากำลังระหว่างพยาบาลและไม่ใช่พยาบาล โดยจัดพยาบาล เช้า:บ่าย:เด็ก = 9:7:7 เมื่อได้พยาบาลใหม่ตาม FTE จัด 9:8:8 (4) การรายงาน ปรับการบันทึกทางการแพทย์ใช้แบบตรวจสอบ Nurse-led Integrated Care Model checklist เป็นกรอบในการบันทึกและตรวจสอบความครบถ้วนของการดูแล

ผู้ป่วย จัดทำบันทึกการรายงาน ทั้งผลลัพธ์การดูแลด้านผู้ป่วย ผลลัพธ์การดูแลด้านพยาบาล ตาม KPI Service Plan การนำเสนอผลงาน/ KM และ (5) การจัดงบประมาณและการประสานความร่วมมือกับศูนย์วิจัยและพัฒนาของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเพื่อจัดหาทุนวิจัยให้หอผู้ป่วยจากหน่วยงานนอกโรงพยาบาล จัดหาทุนสนับสนุนการซื้อน้ำยาทำความสะอาดปาก

องค์ประกอบที่ 2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยบูรณาการงานวิจัยที่ผ่านมา และดำเนินงานโดย 1) การจัดองค์การ ด้วยการจัดทำ 1.1) แผนภูมิการทำงาน Flow Chart: Nurse-led Integrated Care Model (NL-ICM) for Patients with TBI และ 1.2) แบบตรวจสอบ Nurse-led Integrated Care Model for Patients with TBI checklist และ 2) แนวปฏิบัติการบริหารงานบุคคล โดยการมอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบชัดเจนในการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นรายกรณี เช่น พยาบาลเจ้าของไข้บันทึกทางการแพทย์และตรวจสอบความครบถ้วนของกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผู้บันทึกในเวลาราชการ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนนอกเวลาราชการ มอบหมายให้ APN หรือพยาบาลวิชาชีพอาวุโสเป็นผู้บันทึก ทบทวนติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการหลังการส่งเวร

องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการบูรณาการงานวิจัยเพื่อดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย 1) การอำนวยความสะดวกให้เกิด 1.1) โปรแกรมการสอนทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง ขณะปฏิบัติงาน 1.2) แผนการนิเทศทางคลินิกเพื่อพัฒนาความสามารถในการบูรณาการงานวิจัยโดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของฟร็อกเตอร์¹⁶ และ

1.3) การนิเทศงานโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย APN พยาบาลเจ้าของงานวิจัย R2R และพยาบาลอาวุโสที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือให้คำแนะนำและประสานแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหอผู้ป่วยและกลุ่มไลน์

2. ผลของการทดลองใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล (NL-ICM)

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบ NL-ICM ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 26 คน วัดผลของการดูแลโดยนำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICB (ข้อมูลระยะที่ 1) ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

กลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM จำนวน 35 ราย อายุเฉลี่ย 36 ปี ($SD = 12.61$) สามในสี่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 74.3) ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 45.7) กว่าครึ่งมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 57.1) และถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 57.1) สาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 88.6) รองลงมาคือถูกทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 5.7) เกือบครึ่งมีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วม (ร้อยละ 45.7) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บหน้าอก และมีเพียงร้อยละ 2.9 เท่านั้นที่มีประวัติโรคเรื้อรัง เกินครึ่งได้รับการผ่าตัดทางสมอง (ร้อยละ 57.1) มีคะแนนเฉลี่ยกลาสโกว์ แกร็บ (Glasgow coma score: GCS) 6.33 คะแนน ($SD = 1.08$)

กลุ่มหลังการนำใช้รูปแบบ NL-ICM จำนวน 26 คน อายุเฉลี่ย 37.1 ปี ($SD=22.43$) สามในสี่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.9) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84.6) กว่าครึ่งมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 61.6) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 88.5) และมีสาเหตุการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 84.6) เกือบครึ่งมีการบาดเจ็บร่วม (ร้อยละ 46.2) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บหน้าอกเช่นกัน เกือบสองในสามถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 73.1) และได้รับการผ่าตัดทางสมอง (ร้อยละ 76.9) มีคะแนน GCS แกร็บ 6.75 คะแนน ($SD = 1.48$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test และ Chi square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2.2.1 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการตาย

กลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.40 วัน ($SD = 9.16$) มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 6 ราย (ร้อยละ 17.1) กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.28 วัน ($SD = 7.93$) มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 6 ราย (ร้อยละ 19.2) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการตายของทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test และ Chi square ตามลำดับ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มก่อนการทดลองใช้และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เปรียบเทียบความแตกต่างของชุดข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35)	หลังการทดลองใช้ (n = 26)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	13.40 (9.06) Min-Max = 3-40	14.28 (7.93) Min-Max = 3-33	0.288	.775

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของการตายในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มก่อนการทดลองใช้และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เปรียบเทียบความแตกต่างของชุดข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35)		หลังการทดลองใช้ (n = 26)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การตาย	6	17.14	5	19.23	8.153	.089

2.2.2 ผลของการจัดการด้านการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI (จำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะและอัตราการติดเชื้อ CAUTI)

กลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีจำนวนวันการคาสายสวนปัสสาวะเฉลี่ย 7.97 วัน (SD = 6.19) กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีจำนวนวันการคาสายสวนปัสสาวะเฉลี่ย 7.08 วัน (SD = 2.84) และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันการคาสายสวนปัสสาวะระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า

ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงพิจารณาปรับใช้สถิตินอนพาราเมตริกทดแทน คือ สถิติวิลคอกซอนแมนวิทนีเย่ กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนของจำนวนวันการคาสายสวนปัสสาวะต่ำกว่ากลุ่มก่อนการทดลองใช้แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = 0.346, p = .729$) (ตารางที่ 3) ส่วนอัตราการติดเชื้อ CAUTI ไม่พบการติดเชื้อ CAUTI ทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองใช้ และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ด้วยสถิติ Wilcoxon Mann-Whitney U Test

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35)	หลังการทดลองใช้ (n = 26)	Z	p
	M (SD)	M (SD)		
จำนวนวันที่คาสายสวนปัสสาวะ	7.97 (6.19) Min-Max = 1-22	7.08 (2.84) Min-Max = 1-26	0.346	.729

2.2.3 ผลของการจัดการด้านการป้องกันการเกิด VAP (จำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจและอัตราการเกิด VAP)

กลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีจำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 5.40 วัน (SD = 5.09) กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM 6.31 วัน (SD = 5.67) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย ระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงพิจารณาปรับใช้สถิตินอนพารามेटริกทดแทน คือ

สถิติวิลคอกซอนแมนนิทนียู ผลการศึกษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 0.199$, $p = .843$) (ตารางที่ 4) ส่วนอัตราการเกิด VAP พบว่ากลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เกิด VAP 8 ครั้ง กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM 4 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการเกิด VAP ระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 0.527$, $p = .468$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองใช้และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ด้วยสถิติ Wilcoxon Mann-Whitney U Test

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35) หลังการทดลองใช้ (n = 26)		Z	p
	M (SD)	M (SD)		
จำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ	5.40 (5.09)	6.31 (5.67)	0.199	.843
	Min-Max = 1-17	Min-Max = 1-25		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองใช้และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ด้วยสถิติ Chi square

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35)	หลังการทดลองใช้ (n = 26)	χ^2	p value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การเกิด VAP	8 (22.86)	4 (15.39)	0.527	.468

2.2.4 ผลของการจัดการด้านโภชนาการ (ระยะเวลาเฉลี่ยการเริ่มให้อาหารทางทางเดินอาหารและระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับพลังงานถึงเป้าหมายหลังรับการรักษาในโรงพยาบาล)

กลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เริ่มให้อาหารทางสายยางหลังเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลเมื่อมีภาวะไหลเวียนโลหิตคงที่ ที่ 60.95 ชั่วโมง (SD = 20.43) ส่วนกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เริ่มให้อาหารที่ 52.94 ชั่วโมง (SD = 25.28) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีเวลาเฉลี่ยเริ่มให้อาหารทางสายยางต่ำกว่า

กลุ่มก่อนการทดลองใช้ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.08, p = .287$) ส่วนเรื่องระยะเวลาเฉลี่ยการได้รับพลังงานถึงเป้าหมายหลังรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ได้รับพลังงานถึงเป้าหมายหลังรับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 8.0 ($SD = 3.13$) กลุ่มหลังการนำใช้รูปแบบ NL-ICM ได้รับพลังงาน

ถึงเป้าหมาย วันที่ 7.6 ($SD = 5.06$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีระยะเวลาการให้สารอาหารถึงพลังงานเป้าหมายเร็วกว่ากลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.227, p = .823$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระยะเวลาที่เริ่มให้อาหารทางทางเดินอาหารและระยะเวลาการให้สารอาหารถึงพลังงานเป้าหมาย ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองใช้และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลลัพธ์ด้านโภชนาการและการได้รับสารอาหาร	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35)	หลังการทดลองใช้ (n = 26)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
ระยะเวลาที่เริ่มให้สารอาหารทางสายยาง (ชั่วโมง)	60.95 (20.43) Min-Max = 24-96	52.94 (25.28) Min-Max = 24-96	1.08	.287
ระยะเวลาการให้สารอาหารถึงพลังงานเป้าหมาย (วัน)	8.0 (3.13) Min-Max = 5-14	7.60 (5.06) Min-Max = 3-21	0.227	.823

2.3 ความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM อายุเฉลี่ย 41.25 ปี ($SD = 14.27$) เป็นเพศชายและหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 75) มีการศึกษาระดับ ปวช.-ปวส. (ร้อยละ 30) และประกอบอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 30) เกือบครึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 45) ส่วนกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีอายุเฉลี่ย 38.70 ปี ($SD = 15.82$) เกือบครึ่งเป็นเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 55) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 80) มีการศึกษาระดับมัธยมต้น (ร้อยละ 40) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 45) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง

ของข้อมูลทั่วไปทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเฉลี่ยรวมทั้ง 8 ด้าน พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีความพึงพอใจในระดับมาก ($M = 3.69, SD = 0.70$) กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน ($M = 4.40, SD = 0.50$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวมต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.734, p = .000$)

2.4 ผลของการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ด้านกระบวนการ

2.4.1 การป้องกันการติดเชื้อ CAUTI

การป้องกันการติดเชื้อ CAUTI โดยการเตือนการถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อหมดความจำเป็น ประกอบด้วย การใช้แบบฟอร์ม catheter alert สำหรับการเตือนแพทย์เพื่อพิจารณาความจำเป็นของการคาสายสวนปัสสาวะ และการใช้ตรายางเตือนแพทย์ในใบคำสั่งการรักษาเมื่อหมดข้อบ่งชี้ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลมีการนำใช้แบบฟอร์ม catheter alert มากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 12.09, p = .001$) และมีการใช้ตรายางเตือนแพทย์ในใบคำสั่งการรักษาเมื่อหมดข้อบ่งชี้ หลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM มากกว่าก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 5.14, p = .023$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการเตือนการถอดสายสวนปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองใช้และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เปรียบเทียบความแตกต่างของชุดข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square

ข้อมูลการเตือนการถอดสายสวนปัสสาวะ	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35) หลังการทดลองใช้ (n = 26)				χ^2	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การใช้ catheter alert form					12.09	.001
ไม่ได้ปฏิบัติ	32	91.43	13	50		
ปฏิบัติ	3	8.57	12	46.15		
ไม่ใส่สายสวน	0	0	1	3.85		
การใช้ตรายาง rubber stamp					5.14	.023
ไม่ได้ปฏิบัติ	30	85.71	15	57.69		
ปฏิบัติ	5	14.29	10	38.46		
ไม่ใส่สายสวน	0	0	1	3.85		

2.4.2 การป้องกันการติดเชื้อ VAP

การป้องกันการติดเชื้อ VAP โดยการประเมินสุขภาพช่องปากและการทำความสะอาดช่องปาก โดยประเมินจากการบันทึกการประเมินสุขภาพช่องปากด้วยคะแนน Bedside Oral Exam (BOE) และการบันทึกการทำความสะอาดช่องปากจากเวชระเบียน พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีการบันทึกการประเมินสุขภาพ

ช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.208, p = .040$) สำหรับการบันทึกทางการพยาบาลด้านการทำความสะอาดช่องปาก พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีการบันทึกการทำความสะอาดช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลองใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 38.93, p = .000$) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการประเมินสุขภาพช่องปากและการทำความสะอาดช่องปาก ระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองใช้และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เปรียบเทียบความแตกต่างของชุดข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square

ข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปาก	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35)		หลังการทดลองใช้ (n = 26)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การบันทึกการประเมินสุขภาพช่องปาก					4.208	.040
ช่องปาก	24	68.57	11	42.31		
ไม่ได้ปฏิบัติ	11	31.43	15	51.69		
ปฏิบัติ						
การบันทึกการทำความสะอาด					38.93	.000
ช่องปาก	32	91.43	3	11.54		
ไม่ได้ปฏิบัติ	3	8.57	23	88.46		
ปฏิบัติ						

2.4.3 การจัดการด้านโภชนาการ

การจัดการด้านโภชนาการเริ่มต้นด้วยการคัดกรองภาวะเสี่ยงทางโภชนาการในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณอาหารสู่พลังงานเป้าหมายโดยเร็ว พบว่า เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการคัดกรองภาวะเสี่ยงด้านโภชนาการผู้ป่วยกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-

ICM มีจำนวนครั้งการคัดกรองสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.16$, $p = .014$) และมีจำนวนครั้งการใช้ทรายยางเตี้นแพทย์ให้พิจารณาปรับปริมาณอาหารสู่พลังงานเป้าหมายสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 22.24$, $p = .000$) เช่นกัน (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบการคัดกรองภาวะโภชนาการแรกรับและการใช้ทรายยางเตี้นแพทย์ระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองใช้ และกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เปรียบเทียบความแตกต่างของชุดข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square

การจัดการด้านโภชนาการ	ก่อนการทดลองใช้ (n = 35)		หลังการทดลองใช้ (n = 26)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การคัดกรองภาวะโภชนาการแรกรับ					4.16	.014
ไม่ได้ประเมิน	12	34.29	3	11.54		
ประเมิน	23	65.71	23	88.46		
การใช้ทรายยางเตี้นแพทย์					22.24	.000
ไม่ได้ปฏิบัติ	35	0	13	50		
ปฏิบัติ	0	0	13	50		

2.5 ความพึงพอใจของพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 22 คน อายุเฉลี่ย 32.95 ปี (SD=9.45) มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉลี่ย 9.27 ปี (SD = 9.06) ทั้งหมดเป็นเพศหญิงและจบการศึกษาระดับปริญญาตรีส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 77.3) เกือบครึ่งมีประสบการณ์การทำงานมาก่อน (หัวหน้าทีมและผู้ร่วมทีมวิจัย) (ร้อยละ 40.9)

คะแนนความพึงพอใจรวมของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในรูปแบบปกติ (ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM) อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.43, SD = 0.33) ความพึงพอใจต่อรูปแบบ NL-ICM (หลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM) อยู่ในระดับมาก (M=3.91, SD=0.36)

เมื่อนำคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรวมมาเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีความพึงพอใจหลังการทดลองใช้สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 6.62, p = .000$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนรูปแบบการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (2) ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลตามรูปแบบการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (3) ความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพตนเอง (4) ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความความพึงพอใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ก่อนการทดลองใช้และหลังการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM เปรียบเทียบความแตกต่างของชุดข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test ($n = 22$)

ข้อมูลความพึงพอใจ	คะแนนความพึงพอใจ				t	p
	ก่อนการทดลองใช้		หลังการทดลองใช้			
	M/SD	ระดับ	M/SD	ระดับ		
1. การสนับสนุนรูปแบบการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	3.55 (.41)	มาก	4.00 (.555)	มาก	3.36	.003
2. การมีส่วนร่วมในการดูแลตามรูปแบบการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	3.14 (.41)	ปานกลาง	3.52 (.44)	มาก	3.552	.002
3.การพัฒนาศักยภาพตนเอง	3.50 (.47)	ปานกลาง	3.97 (.52)	มาก	4.00	.001
4.การปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน	3.56 (.47)	มาก	4.16 (.55)	มาก	5.35	.000
5.ความพึงพอใจโดยรวม	3.43 (.33)	ปานกลาง	3.91 (.36)	มาก	6.62	.000

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการนำการดูแล (nurse-led care) เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลสูงสุด คือ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแบบบูรณาการโดยการนำของพยาบาล หรือ Nurse-led Integrated Care Model (NL-ICM) ครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับการดูแลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งหลักฐานจากงานวิจัยครั้งนี้พัฒนาจากงานประจำ จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งจากข้อค้นพบของการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า การนำใช้ผลงานวิจัยดังกล่าวยังขาดความต่อเนื่อง จึงได้นำมาพัฒนาต่อยอดโดยใช้หลักการบริหาร POSDCoRB ที่ประกอบด้วย การวางแผน (นโยบาย) การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล (การจัดอัตรากำลัง การมอบหมายงาน กระบวนการพัฒนาความสามารถ) การอำนวยการหรือสั่งงาน (การนิเทศงาน) การประสานงาน การรายงาน (การบันทึกในบันทึกทางการแพทย์) และการจัดงบประมาณ โดยการบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติจริง ผสมผสานวิธีการหรือรูปแบบการดูแลให้มีความเชื่อมโยงเป็นระบบ และเกิดการประสานความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ได้รูปแบบการดูแลใหม่ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) นโยบายเรื่องการบูรณาการงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม 2) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยบูรณาการงานวิจัยที่ผ่านมา และ 3) การพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการบูรณาการงานวิจัยเพื่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งการพัฒนาในรูปแบบนี้ เป็นรูปแบบหนึ่งของการแปลงงานวิจัยให้อยู่ในรูปของความรู้ และเป็นกุญแจ

สำคัญให้เกิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การแปลงงานวิจัยให้อยู่ในรูปของความรู้ที่เฉพาะเจาะจงพร้อมใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก และค้นหาปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการยอมรับการนำใช้เพื่อการปรับปรุงคุณภาพ และผลักดันให้เกิดการใช้ได้อย่างรวดเร็วและจริงจัง¹⁷

ผลลัพธ์ของการดูแลเมื่อนำรูปแบบ NL-ICM ไปทดลองใช้แม้จะพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการตายระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อาจเนื่องจาก ตัวชี้วัดผลลัพธ์เรื่องอัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีผลมาจากปัจจัยด้านอื่น ๆ อีกมาก เช่น ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือการบาดเจ็บร่วม โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความรู้สึกตัวกลาสโกว์เฉลี่ยแรกรับ 6.33 และ 6.75 คะแนน ตามลำดับ บ่งชี้ถึงการบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง และผู้ป่วยอาจมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาไม่ดี¹⁸ สำหรับผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อ CAUTI และการเกิด VAP ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบก็ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนด้านการจัดการด้านโภชนาการพบว่า กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบ มีเวลาเฉลี่ยเริ่มให้อาหารทางสายยางและระยะเวลาการให้สารอาหารถึงพลังงานเป้าหมายเร็วกว่ากลุ่มก่อนการทดลองใช้ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผลลัพธ์การรักษาดังกล่าวทั้งเรื่อง CAUTI และ VAP เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญที่พบในผู้ป่วยวิกฤติทั่วไป¹⁹ โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติระบบประสาทที่พบว่าจะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บสมองส่งผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้ระบบ

คุ้มกันของร่างกายผิดปกติไป เป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น²⁰อีกทั้ง การดูแลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ได้ผลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การล้างมือ การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและการใช้แนวปฏิบัติที่ดีของ care bundles¹⁹ ซึ่งหากปัจจัยดังกล่าวไม่ได้รับการจัดการที่ดี อาจส่งผลให้การติดเชื้อไม่ลดลงได้ การจัดการด้านโภชนาการที่พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีเวลาเฉลี่ยเริ่มให้อาหารทางสายยางและระยะเวลาการให้อาหารถึงพลังงานเป้าหมายเร็วไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความรุนแรงของการบาดเจ็บ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนน้อย ผลการศึกษาที่ออกมาอาจไม่ชัดเจนมากนัก

ด้านความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในภาพรวม พบว่า กลุ่มหลังการทดลองใช้รูปแบบมีระดับความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านพยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล พยาบาลบอกกล่าวอธิบายขั้นตอนและเหตุผลก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ความคุ้มค่า คำนึงเวลา คำนึงประโยชน์ และมีคุณภาพ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามที่คาดหวัง ทั้งนี้ ความพึงพอใจอาจเกิดได้จากการใช้รูปแบบและแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนขึ้น มีการติดตามเฝ้าระวังตรวจสอบความครบถ้วนในการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นรวมทั้งมีการสื่อสารกับญาติหรือผู้ดูแลหลัก ทำให้พึงพอใจกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ รวมทั้งมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยตามแผนการนิเทศอย่างชัดเจนเป็นรายบุคคล ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ชัดเจน ทำให้ญาติมี

ความพึงพอใจมากขึ้น

การประเมินผลด้านกระบวนการ ในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ CAUTI การเกิด VAP และการจัดการด้านโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลโดยมีการใช้แนวปฏิบัติที่ออกแบบมาในลักษณะของการบูรณาการผลงานวิจัยทั้ง 3 เรื่องร่วมกับหลักการบริหารทางการพยาบาลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งด้าน 1) การเตือนการถอดสายสวนปัสสาวะที่ประกอบด้วยการใช้แบบฟอร์ม catheter alert สำหรับการเตือนแพทย์เพื่อพิจารณาความจำเป็นของการคาสายสวนปัสสาวะ และการใช้ตรายางเตือนแพทย์ในใบคำสั่งการรักษาเมื่อหมดข้อบ่งชี้ 2) การประเมินสุขภาพช่องปากและการทำความสะอาดช่องปาก และ 3) การคัดกรองภาวะเสี่ยงทางโภชนาการในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง การใช้ตรายางเตือนแพทย์ให้พิจารณาปรับปริมาณอาหารสู่พลังงานเป้าหมาย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ที่ชัดเจนมากขึ้น มีการมอบหมายงานที่เฉพาะเจาะจงร่วมกับมีการนิเทศ กำกับ ติดตามให้ความช่วยเหลือและชี้แนะอย่างใกล้ชิดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิเกนส์¹⁴ ที่สะท้อนคุณสมบัติเด่นของการพยาบาลแบบบูรณาการ คือ (1) ระบบการทำงานที่ดีโดยผู้บริหารทางการพยาบาลปรับรูปแบบการจัดอัตรากำลัง และให้การสนับสนุนงบประมาณ (2) ภาวะผู้นำของหัวหน้าและพยาบาลที่มีประสบการณ์และสัมพันธภาพที่ไว้วางใจต่อกันของบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน และ (3) การลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงกล่าวได้ว่า การดูแลในรูปแบบบูรณาการเป็นส่วนสำคัญที่ส่งเสริมการใช้แนว

ปฏิบัติที่ได้จากงานวิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มากขึ้น

ด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบ NL-ICM มากกว่าการดูแลรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การปรับเปลี่ยนวิธีการมอบหมายงาน เอื้อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้สะดวก ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบผู้ป่วยชัดเจน ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน พยาบาลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบอย่างใกล้ชิดสามารถศึกษาปัญหาความต้องการและให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ จิรพรสมใจ และรุ่งรังษี²¹ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่า รูปแบบการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วยผสมผสานกับการมอบหมายงานตามหน้าที่และเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ความคลาดเคลื่อนการบริหารยาลดลง พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และอัญชลี โสภณ และคณะ²² ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณีพบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($M = 4.87, SD = 0.34$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ โชและคณะ²³ ที่ศึกษาเวลาและการเคลื่อนไหว (time & motion study) เรื่องการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล (พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้) กับภาระงาน พบว่า การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่เหมาะสมและระบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแลแบบบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป ผลการศึกษาค้นคว้านี้ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาล: NL-ICM ซึ่งแม้ว่าจะยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องจำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการตาย อัตราการติดเชื้อ CAUTI อัตราการเกิด VAP หรือระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับการให้อาหารแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็ตาม แต่บางตัวแปรของผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนวันที่คาสาขาสวนปัสสาวะ อัตราการเกิด VAP และระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับการให้อาหารมีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเทียบกับช่วงระยะก่อนการทดลองใช้รูปแบบ NL-ICM ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาศึกษานี้ค่อนข้างสั้น ซึ่งหากมีการศึกษาติดตามต่อไปในระยะยาว อาจเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากขึ้น รูปแบบ NL-ICM ที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยที่ศึกษาภายใต้บริบทของหน่วยงานที่เป็นสถานที่ศึกษาค้นคว้าด้วย และบุคลากรพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง มีความคุ้นชินกับแนวทางที่เคยปฏิบัติในงานวิจัยของหน่วยงาน เมื่อมีการนำมาบูรณาการกับแนวคิดทางการบริหาร ภายใต้การนำของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ (ระดับต้น-หัวหน้าตึก ระดับกลาง-ผู้แทนกลุ่มงาน และระดับสูง-หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล) จึงช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ชัดเจนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจ และญาติมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในเชิงการบริหารทางการพยาบาลและการวิจัย ดังนี้

1. ควรมีการกำกับ ติดตามการใช้ NL-ICM และศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อนำไปสู่การนำใช้จริงอย่างต่อเนื่องต่อไปโดยผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง

2. ควรขยายผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยการนำของพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีประเด็นปัญหาทางคลินิกใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เช่น ผู้ป่วยวิกฤต

3. ควรสนับสนุนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ตามบริบทของหน่วยงานโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ การพัฒนาารูปแบบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การทดลองใช้ การประเมินผล ปรับปรุงรูปแบบและนำไปใช้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณประสาทศัลยแพทย์ ทีมบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาททุกท่านที่ร่วมสนับสนุนการพัฒนาและการนำใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในครั้งนี้ขอขอบคุณนายแพทย์บุญเลิศ ศรีไพโรจน์กุล ประสาทศัลยแพทย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ พว. จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลกระบี่ ผู้ทรงคุณวุฒิในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lord AS, Nicholson J, Lewis A. Infection prevention in the neurointensive care unit: A systematic review. *Neurocrit Care* 2019 Aug 1:1-5.

2. Chiang YH, Chao DP, Chu SF, Lin HW, Huang SY, Yeh YS, Lui TN, Binns CW, Chiu WT. Early enteral nutrition and clinical outcomes of severe traumatic brain injury patients in acute stage: A multi-center cohort study. *J Neurotrauma* 2012;29(1):75-80.
3. de Souza Campos BB, Machado FS. Nutrition therapy in severe head trauma patients. *RBTI*; 2012.
4. Wang X, Dong Y, Han X, Qi XQ, Huang CG, Hou LJ. Nutritional support for patients sustaining traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *PloS one* 2013 Mar 19;8(3):e58838.
5. Krakau K, Omne-Ponten M, Karlsson T, Borg J. Metabolism and nutrition in patients with moderate and severe traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Injury* 2006;20(4):345-67.
6. Kitbunyonglert S, Sornsawas S, Tamtab N, Pandang J, Bauthong J, Petpichetchian W. The effect of urinary catheter removal reminder on catheter-associated urinary tracti. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2016; 9(2) 104-118. (In Thai)
7. Kitbunyonglers S, Hobut N, Kongnam Y, Thintalang W, Bauthong J, Tavarak T, Petpichetchian W. Nutritional management and its clinical outcomes in severe traumatic brain injury patients, *JTNMC* 2017; 32(1):115-132 (In Thai)
8. Saechua T, Kongwattananon M, Bauthong J, Kitbunyonglers S, Petpichetchian W. Effects of an oral care programme on oral hygiene and ventilator-associated pneumonia amongst critically ill patients: A randomised controlled trial. *JTNMC* 2018; 33(4) 46-63

9. Meddings J, Rogers MA., Krein SL, Fakhri MG, Olmsted RN, & Saint S. Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: An integrative review. **BMJ Qual Saf** 2014;23(4):277-89.
10. Wang X, Dong Y, Han X, Qi XQ, Huang CG, Hou LJ. Nutritional support for patients sustaining traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. **PloS one**. 2013; 8(3): e58838.
11. Munro N, Ruggiero M. Ventilator-associated pneumonia bundle: Reconstruction for best care. **AACN Adv Crit Care** 2014; 25(2):163-75.
12. Prendergast V, Jakobsson U, Renvert S, Hallberg IR. Effects of a standard versus comprehensive oral care protocol among intubated neuroscience ICU patients: results of a randomized controlled trial. **J Neurosci Nurs** 2012; 44(3):134-46.
13. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. **IJIC** 2002; Oct;2.
14. Wiggins L. Integrated care nursing in Canterbury, New Zealand. **JICA**; 2016: Jun 20;24(3):150-60.
15. Chalekian PM. Instantiations of POSDCORB: A framework-theory-model approach. **AAS** 2016;48 (3):316-43.
16. Proctor B. Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intention. In Routledge handbook of clinical supervision 2010: Oct 18 (pp. 51-62). Routledge.
17. Hanucharurnkul S. Improvement science. **Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice** 2016 3(2):5-13. (In Thai)
18. Sadoughi A, Rybinnik I, Cohen R. Measurement and management of increased intracranial pressure. **Crit Care Med** 2013;6:56-65.
19. Edwardson S, Cairns C. Nosocomial infections in the ICU. **Anaesthesia & Intensive Care Medicine** 2018 ;18.
20. Busl KM. Nosocomial infections in the neurointensive care unit. **Neurologic Clinics** 2017 Nov 1;35(4): 785-807.
21. Assavavisrut T, Pttapitakpol S, Vibulchai R. A development of job delegation model for surgical intensive care unit, Yasothorn Hospital. **Journal of Nursing Division** 2014: 41(2):54-71. (In Thai)
22. Sopon A, Chumnanborirak P, Promtee P, Yutthakasemsunt S, Pochaisan O. The development model of severe traumatic brain injury: Case management study. **Journal of Nursing Science Chulalongkorn University** 2017: 29(3) : 126-138. (In Thai)
23. Cho SH, Song KJ, Park IS, Kim YH, Kim MS, Gong DH, You SJ, Ju YS. Development of staffing levels for nursing personnel to provide inpatients with integrated nursing care. **JKANA** 2017;23(2):211-22.

ผลของการสร้างเสริมการฟื้นฟูต่อการฟื้นฟู ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

กนกวรรณ บุญเสริม¹ พย.ม.

จินตนา ยูนิพันธุ์² Ph.D, อพย (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

ดวงตา กุลรัตน์ญาณ³ พย.ม, อพย.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์⁴ พ.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองใช้รูปแบบเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 66 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มด้วยการจับคู่ด้านอายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูแบบประเมินการฟื้นหายด้านสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย แบบวัดการทำหน้าที่ แบบวัดอาการเมเนีย และแบบวัดอาการซึมเศร้า เครื่องมือทุกชุดผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินการฟื้นหายด้านสุขภาพจิต เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ ผลการวิจัย: การฟื้นหายของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู ($\bar{X}=101.09$, $SD=9.65$) สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}=76.48$, $SD=10.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.05$ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อสร้างเสริมการฟื้นหายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในโรงพยาบาลจิตเวชและในการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คำสำคัญ: การฟื้นฟู การสร้างเสริมการฟื้นฟู โรคอารมณ์สองขั้ว พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง

¹ ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ผู้รับผิดชอบบทความ, Email: yuni_jintana.y@chula.ac.th.

³ อาจารย์พยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

⁴ อาจารย์จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

The Effect of Recovery Promotion on Recovery among Persons with Bipolar Disorder

Kanokwan Bunserm¹ MNS.

Jintana Yunibhand² PhD. (Nursing) Dip.PMHN

Doungta Kulrattanayan³ Dip.PMHN

Norawee Pumchan⁴ MD.

Abstract: This quasi-experimental research, the posttest-only design with nonequivalent groups, aimed to compare recovery of patients with bipolar disorder of the experimental group receiving the recovery promotion program and the control group receiving usual nursing care. Sixty-six patients with bipolar disorder, admitted in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, were matched paired by ages and illness durations, and then were randomly assigned into the experimental and the control groups. Research instruments comprised of Recovery Promotion Program; Global Assessment Function; Thai Young Mania rating scale; Montgomery Asberg Depression rating scale; and the Thai Mental Health Recovery scale. All scales were examined for content validity by the panel of 5 experts. The Cronbach's Alpha reliability of the Thai Mental Health Recovery scale was .86. The t-test was used in data analysis. The results showed that the recovery of patients with bipolar disorder receiving the recovery promotion program was significantly higher ($\bar{X}$ =101.09, SD =9.65 than those receiving usual nursing caring ($\bar{X}$ =76.48, SD =10.77) at the level of p =.05. It is suggested that the recovery promotion program could be used to improve the quality of mental health nursing service for persons with bipolar patients in psychiatric hospitals. The competencies of advanced practice nurse with the nursing care team should be developed.

Keyword: recovery, recovery promotion, bipolar disorder, advanced practice nurse

¹ Diploma Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing (Dip. APN), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; Corresponding author, Email: yuni_jintana.y@chula.ac.th.

³ Nursing preceptor, Somdet Chaopaya Institute of Psychiatry.

⁴ Psychiatric preceptor, Somdet Chaopaya Institute of Psychiatry.

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีอารมณ์ผิดปกติ มี 2 ชนิด คือ อารมณ์ซึมเศร้าและอารมณ์คลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานส่งผลต่อการคิด การพูด พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงด้านเดียวหรือสองด้านก็ได้ โดยต้องไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือผลจากยา¹ ส่งผลกระทบต่อบุคคลช่วงที่มีภาวะแมนีเซียสูงสุด ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ทะเลาะวิวาท ก้าวร้าวรุนแรง ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย ตัดสินใจผิดพลาด ขับรถเร็ว สำส่อนทางเพศ และใช้สารเสพติด ช่วงที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำสุดผู้ป่วยจะมีความคิดทำร้ายตนเอง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ² ส่งผลต่อครอบครัว ชีวิตสมรส มีการหย่าร้างสูง ส่งผลต่อหน้าที่การงาน ญาติมีความเครียด รู้สึกเป็นภาระ สูญเสียค่าใช้จ่าย³ องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วย ความพิการ และภาวะทุพพลภาพ (Disability – adjusted life years) เป็นอันดับที่ 6 ของโลก⁴

การฟื้นฟู (recovery) สร้างขึ้นจากแบบจำลองของ Young & Ensing⁵ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย (overcoming stuckness) เป็นระยะของการรับรู้และการยอมรับการเจ็บป่วย การมีความปรารถนาและแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง และการค้นหา หรือมีแหล่งความหวัง และแรงบันดาลใจระยะที่ 2 การฟื้นจากสิ่งที่หายไปและก้าวไปข้างหน้า (regaining what was lost and moving forward) เป็นระยะของการค้นหาและการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง การเรียนรู้และการผูกโยงตนเองกับค่านิยมใหม่ของตนเอง และการกลับสู่การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และระยะที่

3 การพัฒนาคุณภาพชีวิต (improving quality of life) เป็นระยะของการสร้างเสริมความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุศักยภาพในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่มากขึ้น⁶ การฟื้นฟูของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่แสดงออกถึงการมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง มีการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหวัง มีเป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต หรือมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตและพึ่งพาตนเองได้ถึงแม้จะมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้วก็ตาม

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบมีการใช้โปรแกรมจิตสังคมบำบัด⁶ แต่ยังขาดการวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน⁷ สำหรับประเทศไทย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ศึกษาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่ยังขาดในส่วนของการดูแลของญาติ⁸ มีโรงพยาบาลกลางวัน day hospital programs ฟื้นฟูการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ยังขาดความเชื่อมต่อนระหว่างกลุ่มผู้ป่วยนอกและกลุ่มผู้ป่วยใน⁹ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ

การพยาบาลเพื่อสร้างเสริมการฟื้นฟู เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยใน เมื่ออาการสงบ พร้อมทั้งจะกลับไปสู่ชุมชนและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁰ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง จึงมีการออกแบบระบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการฟื้นฟู โดยใช้กรอบทฤษฎี Schlotfeldt's Health Seeking Model (HSM)¹¹ มาใช้ในการอธิบายเหตุผลในการศึกษา

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู มี 6 ด้าน คือ 1) ด้านความสามารถในการรู้คิด (cognition) คือ โรคอารมณ์สองขั้ว เกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง มีผลต่อกระบวนการคิด การตัดสินใจแก้ไขปัญหา การแสดงออกทางอารมณ์ ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การบำบัดรักษาด้วยยากลุ่มควบคุมอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เป็นการปรับสารเคมีของสมองและการทำงานของระบบประสาทส่วนการรู้คิดช่วยลดอาการและเพิ่มความสามารถในการกลับมาทำหน้าที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู¹² 2) ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) เป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการรักษา ความร่วมมือในการรับประทานยาช่วยลดอาการกำเริบของโรค ช่วยควบคุมอาการให้สงบและพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมนำไปสู่การฟื้นฟูและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹³ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้การยอมรับการเจ็บป่วยทัศนคติและความเชื่อของบุคคล¹⁴ 3) ด้านการนอนหลับ (sleep) คุณภาพการนอนมีผลต่ออาการและการทำหน้าที่ การนอนน้อยกระทบต่ออารมณ์ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การฟื้นฟูจะหยุดชะงัก วงจรการนอนที่เป็นปัญหามีผลต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคได้¹⁵ 4) ด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life event) ผู้ป่วยที่มีความเครียดสูง การดูแลตนเองจะบกพร่อง การฟื้นฟูจะช้า¹⁶ การจัดการกับความเครียดได้ดี ส่งผลให้อาการป่วยหายเร็วขึ้นสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้¹⁷ 5) ด้านการสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกกับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบและการ

กลับเป็นซ้ำของโรค ส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย¹⁸ 6) ด้านการรับรู้ตราบาปในตนเอง (self-stigma) การรับรู้ตราบาปในตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความภาคภูมิใจในตนเอง¹⁹ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมีผลต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ต่อครอบครัวและสังคม²⁰ ส่งผลให้การฟื้นฟูช้า²¹

การวิจัยการสร้างเสริมการฟื้นฟูครั้งนี้เป็นการปฏิบัติการทางคลินิกของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วโดยการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู ใช้กรอบทฤษฎีของ Schlotfeldt's Health Seeking Model (HSM)¹¹ ร่วมกับการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู 6 ด้าน ใช้การบำบัดแบบจิตสังคมซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เชื่อว่าโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมนำไปสู่การฟื้นฟูได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จัดทำขึ้นใช้ตัวอย่างผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในประเทศไทย เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการฟื้นฟูของโรค ผู้ป่วยมีอาการสงบ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูกับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดผลหลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ไม่เท่าเทียมกัน (the posttest-only design with nonequivalent groups)²² กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว อายุ 18-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 - เดือนมีนาคม พ.ศ.2562 เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) มีอาการสงบ ประเมินจากค่าคะแนน Thai Yung Mania Rating Scale (TYMRS) < 38 คะแนน และค่าคะแนน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) < 35 คะแนน 3) มีครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พักอาศัยที่อยู่เดียวกัน 4) สามารถพูด อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้เข้าใจ 5) ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและประสาทสัมผัสรับรู้ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การพูด ไม่มีความพิการทางร่างกาย และความบกพร่องทางสติปัญญา 6) ไม่มีประวัติสารเสพติด และการเจ็บป่วยทางกายภายใน 1 ปี 7) ไม่ได้ถูกเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากปัญหาติ่มสุรา และเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอาการกำเริบประเมินจากค่าคะแนน TYMRS > 38 คะแนน และหรือประเมินจากค่าคะแนน MADRS > 35 คะแนน 2) แพทย์เจ้าของไข้มีการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) และ 3) ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล สมควรใจส่งต่อผู้ป่วยไปสถานที่อื่น เช่น สถานสงเคราะห์

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม²³ ตาม

เกณฑ์การคัดเข้าจากหอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปทั้งหมด ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 8 หอผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบยอดรับใหม่จากทะเบียนรับใหม่ในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า มีการแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิ การสอบถามความสมัครใจ การยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ การลงลายมือชื่อกำกับในเอกสาร จากนั้นทำการจับคู่ (matched paired) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการฟื้นฟู²⁴ คือ 1) อายุเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน 2) ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ 1-5 ปี, 6-10 ปี เหมือนกัน มีการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นคู่ ด้วยวิธีการสุ่มแบบ random assignment จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน โดยการจับฉลากแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มใด (single blinded) เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้นและลดความแตกต่างในคุณลักษณะจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง²⁷ พบว่า กลุ่มทดลองจาก 35 คน เหลือ 33 คน เนื่องจากมีผู้ป่วย drop out 1 คู่ หลังจำหน่ายญาติส่งผู้ป่วยไปสถานสงเคราะห์ และกลุ่มควบคุมจาก 35 คน คงเหลือ 33 คน มีผู้ป่วย drop out 1 คู่ เนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ปรับแนวทางการรักษาเป็นการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู (Recovery Promotion Program in patients with bipolar disorder) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Schlotfeldt's Health Seeking Model¹¹ ในการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุของการฟื้นฟู มี 6 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการรู้คิด 2) ความ

ร่วมมือในการรับประทายยา 3) การนอนหลับ 4) ความเครียด 5) การสนับสนุนทางสังคม และ 6) การรับรู้ตราบาปในตนเอง การออกแบบโปรแกรมใช้แนวคิดการฟื้นฟู⁵ ดำเนินการโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติ การขึ้นสูงและทีมพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ครั้ง ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด²⁵ 6 ครั้ง จิตบำบัดแบบประคับประคอง²⁶ 3 ครั้ง และสุขภาพจิตศึกษา²⁷ 3 ครั้ง โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขึ้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 3 คน มีค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1.0 จากนั้นนำไป try out กับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 5 ราย ก่อนนำมาทดลองใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.2) แบบประเมินการฟื้นฟูด้านสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย (Thai Mental Health Recovery Measure-Thai-MHRM)²⁸ เครื่องมือแปลมาจากแบบวัด Mental Health Recovery Measure (MHRM) ที่พัฒนาจากการวิจัยแบบ grounded theory⁵ ผ่าน Rasch model มีข้อคำถาม 30 ข้อ²⁹ ครอบคลุมองค์ประกอบ 8 ประการ ได้แก่ การเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย การเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง การเรียนรู้และนิยามตนเอง การทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน การมีสุขภาพที่ดีโดยรวม การสร้างศักยภาพใหม่ ด้านจิตวิญญาณ และการสนับสนุนทางสังคมการพิทักษ์สิทธิ์ แบบวัด Thai-MHRM นำมาแปลด้วยวิธี Back translation โดยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน นำมาสังเคราะห์โดยอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 308 ราย ผ่านทดสอบ Cronbach α range = 0.68

- 0.86, the average total scores = 80 (SD=20) the internal reliability coefficient alpha total score = .93, one-week test-retest .92³² ผู้วิจัยนำเครื่องมือ try out กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 30 ราย ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีค่า Cronbach's alpha Coefficient เท่ากับ .86 แบบวัดการฟื้นฟู มี 30 ข้อ มีมาตราส่วน 5 ระดับ คือ 0,1,2,3,4 คะแนนรวม เท่ากับ 120 คะแนน การฟื้นฟูมีจุดตัดคะแนนไม่ต่ำกว่า 60 คะแนน การแปลผลจากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมแบ่งเป็นระดับ คือ 105.01-120 = ระดับสูงมาก, 75.01-105 = ระดับสูง, 45.01-75 = ระดับปานกลาง, 15.01- 45 = ระดับต่ำ, 0-15 = ระดับต่ำมาก และ ค่าคะแนนเฉลี่ยแยกรายด้านแบ่งเป็นระดับ คือ 14.01-16.0 = ระดับสูงมาก, 10.01-14.00 = ระดับสูง, 6.01-10.00 =ระดับปานกลาง, 2.01-6.00 = ระดับต่ำ,และ 0.00-2.00 = ระดับต่ำมาก

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบวัดการทำหน้าที่ (Global Assessment Function: GAF Scale) ฉบับภาษาไทย³⁰ แบบวัดมีค่าตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน กำหนดเกณฑ์การวัดค่ามากกว่า 61 คะแนน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วน คือ 4.1) แบบวัดอาการเมเนีย ฉบับภาษาไทย (Thai Yung Mania Rating Scale, TYMRS)³¹ ข้อคำถามมี 11 ข้อ มีมาตรวัดค่า 5 ระดับ คือ 0,1,2,3,4, แบบวัดผ่านการตรวจสอบมีค่า item coefficient > 0.6, ค่า interrater Pearson's correlation = .87, Cronbach's α = .89 4.2) แบบวัดอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS)³² ข้อคำถามมี 10 ข้อ มีมาตรวัดค่า 7 ระดับ ตามคะแนน 0,1,2,3,4,5,6 วิเคราะห์

ผลของการสร้างเสริมการฟื้นฟูการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน แบบวัดผ่านการทดสอบความถูกต้องเนื้อหา มีค่า 0.6 – 1.0 ระดับดีถึงดีมาก มีค่าความสอดคล้องภายใน 0.4 – 0.6 ค่า Cronbach's $\alpha > .80$

การดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู ดำเนินการโดยผู้ปฏิบัติการชั้นสูงและทีมพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยการพยาบาลตามปกติตามแนวทางการพยาบาล

แบบผู้ป่วยใน ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ การรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยทำการวัดการฟื้นฟูหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ด้วยเครื่องมือ Thai-MHRM โดยนัดผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากการฟื้นฟูเริ่มเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบ กลับมาทำหน้าที่ได้ใช้เวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์³³ จากนั้นชี้แจงและยุติกลุ่ม

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

วัน/เวลา	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3
วันจันทร์ 09.00น.	TYMRS < 38 คะแนน MADRS < 35 คะแนน	TYMRS < 38 คะแนน MADRS < 35 คะแนน	TYMRS < 38 คะแนน MADRS < 35 คะแนน
วันอังคาร 09.00– 16.00น.	<u>ครั้งที่ 1</u> สัมพันธภาพบำบัด #1 “การสร้างสัมพันธภาพ” (APN)	<u>ครั้งที่ 5</u> สัมพันธภาพบำบัด #3 “การใคร่ครวญปัญหา” (APN)	<u>ครั้งที่ 9</u> สัมพันธภาพบำบัด #5 “การเสริมพลัง” (APN)
วันพุธ 10.00– 11.30น.	<u>ครั้งที่ 2</u> กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง #1 “การแลกเปลี่ยนประสบการณ์” (APN)	<u>ครั้งที่ 6</u> กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง #2 “การคิดบวก” (APN)	<u>ครั้งที่ 10</u> กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง #3 “การรับรู้ตราบาปตนเอง” (APN)
วัน พฤหัสบดี 09.00– 16.00น.	<u>ครั้งที่ 3</u> สัมพันธภาพบำบัด #2 “การระบุปัญหาเฉพาะเจาะจง” (APN)	<u>ครั้งที่ 7</u> สัมพันธภาพบำบัด #4 “การเลือกวิธีแก้ปัญหา” (APN)	<u>ครั้งที่ 11</u> สัมพันธภาพบำบัด #6 “เตรียมยุติสัมพันธภาพ” (APN)
วันศุกร์ 10.00– 11.30น.	<u>ครั้งที่ 4</u> กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา #1 (กลุ่มผู้ป่วย) “โรคอารมณ์สองขั้ว” (RN)	<u>ครั้งที่ 8</u> กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา #2 (กลุ่มผู้ป่วย) “การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน” (RN)	<u>ครั้งที่ 12</u> สุขภาพจิตศึกษา #3 (รายครอบครัว) “การเตรียมครอบครัว” (RN)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตามการอนุมัติเลขที่ 011/2562 โดยกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลในครอบครัว จะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และสิทธิ์ของกลุ่ม ตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อ ยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กรณีที่ผู้ ป่วยยังไม่สามารถลงชื่อยินยอมการวิจัยได้ จะดำเนินการ ให้ผู้ป่วยลงชื่ออีกครั้งเมื่อผู้ป่วยพร้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่า ความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบการฟื้นหาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการ ทดสอบที (t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 66 คน เป็นกลุ่มทดลอง 33 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 69.7) อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 33.3) สถานภาพโสด (ร้อยละ 51.5) การศึกษาระดับ ปริญญาตรี (ร้อยละ 42.4) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 45.5) รายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 39.4) การรับประทานยาไม่ สม่าเสมอ (ร้อยละ 60.6) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 63.6) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 57.6) ญาติมีความเครียดระดับสูง (ร้อยละ 60.6) สำหรับกลุ่มควบคุม 33 คน ส่วนใหญ่ เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 81.8) อายุ 21-30 ปี และอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 33.3) สถานภาพโสด (ร้อยละ 51.5) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 45.5) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 30.3) ไม่มีราย ได้ (ร้อยละ 33.3) การรับประทานยาสม่ำเสมอ (ร้อยละ 60.6) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี (ร้อยละ 54.5) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 36.4) และญาติมีความเครียดระดับสูง (ร้อยละ 69.7) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 66)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)		
	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=33)	รวม (N=66)
เพศ			
หญิง	23 (69.7)	27 (81.8)	50 (75.8)
ชาย	10 (30.3)	6 (18.2)	16 (24.2)
อายุ			
≤ 20 ปี	2 (6.1)	1 (3.0)	3 (4.5)
21-30 ปี	7 (21.2)	11 (33.3)	18 (27.3)
31-40 ปี	7 (21.2)	5 (15.2)	12 (18.2)
41-50 ปี	11 (33.3)	11 (33.3)	22 (33.3)
51-60 ปี	6 (18.2)	5 (15.2)	11 (16.7)
สถานภาพการสมรส			
โสด	17 (51.5)	17 (51.5)	34 (51.5)
คู่	10 (30.3)	13 (39.4)	23 (34.8)
หม้าย/หย่าร้าง	6 (18.2)	2 (6.1)	8 (12.1)
แยกกันอยู่	-	1 (3.0)	1 (1.5)
การศึกษา			
ประถมศึกษา	3 (9.1)	4 (12.1)	7 (10.6)
มัธยมศึกษา	11 (33.3)	9 (27.3)	20 (30.3)
อนุปริญญา/ ปวส	2 (6.1)	2 (6.1)	4 (6.1)
ปริญญาตรี	14 (42.4)	15 (45.5)	29 (43.9)
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (9.1)	3 (9.1)	6 (9.1)
อาชีพ			
รับจ้าง	4 (12.1)	4 (12.1)	8 (12.1)
พนักงานบริษัท	4 (12.1)	4 (12.1)	8 (12.1)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	15 (45.5)	10 (30.3)	25 (37.9)
รับราชการ	2 (6.1)	3 (9.1)	5 (7.6)
แม่บ้าน/นักศึกษา	3 (9.1)	4 (12.1)	7 (10.6)
ว่างงาน	5 (15.2)	6 (18.2)	11 (16.7)

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูระหว่างกลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู กับกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการ

ดูแลตามปกติ จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูโดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 101.09, SD = 9.650) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 76.48, SD = 10.771) และผลการทดสอบด้วยสถิติที พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติการทดสอบที (N=66)

การฟื้นฟู	หลังเข้าร่วมโปรแกรม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 33)	101.09	9.650	32	9.599	.000
กลุ่มควบคุม (n = 33)	76.48	10.771	32		

เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แม้จะพบว่าอยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม แต่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูโดยรวม ($\bar{X}$ = 101.09, SD = 9.650) สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 76.48, SD = 10.771) และเมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูเป็นรายด้านพบความแตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูรายด้านในระดับที่ดีกว่าหรือสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมถึง 5 ด้าน โดยเฉพาะในด้านการเรียนรู้และนิยามตนเอง และด้านจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูอยู่ในระดับสูงมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีสุขภาพที่ดีโดยรวม ด้านการทากิจกรรมขั้นพื้นฐาน และด้านการเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูอยู่ในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกเป็นรายด้าน เรียงลำดับตามด้านที่มีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูมากที่สุด ตามลำดับ (N=66)

การฟื้นฟูรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=33)		การแปลผล	กลุ่มควบคุม (n=33)		การแปลผล
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
ด้านการเรียนรู้และนิยามตนเอง	14.030	1.960	สูงมาก	10.697	2.417	สูง
ด้านจิตวิญญาณ	14.010	1.900	สูงมาก	10.545	2.404	สูง
ด้านการมีสุขภาพที่ดีโดยรวม	13.787	1.576	สูง	9.787	2.781	ปานกลาง
ด้านการเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย	13.727	2.080	สูง	10.424	2.773	สูง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการฟื้นฟูหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกเป็นรายด้าน เรียงลำดับตามด้านที่มีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูมากที่สุด ตามลำดับ (N=66)

การฟื้นฟูรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=33)		การแปลผล	กลุ่มควบคุม (n=33)		การแปลผล
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
ด้านการสร้างศักยภาพใหม่	13.545	1.697	สูง	10.090	2.337	สูง
ด้านการสนับสนุนทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ	13.484	1.804	สูง	10.060	2.436	สูง
ด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน	13.000	1.677	สูง	9.333	2.458	ปานกลาง
ด้านการเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง	12.666	2.313	สูง	9.666	2.087	ปานกลาง
การฟื้นฟูรวมทุกด้าน	101.09	9.650	สูง	76.48	10.771	สูง

อภิปรายผล

ผลการศึกษา ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู มีระดับของการฟื้นฟูโดยภาพรวม สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษา สนับสนุนสมมติฐาน คือ การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูที่มีการดำเนินการโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงและทีมพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การบำบัดแบบจิตสังคม สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยเชิงสาเหตุทำให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ 1) ความสามารถในการรู้จักคิด 2) ความร่วมมือในการรับประทานยา 3) การนอนหลับ 4) ความเครียด 5) การสนับสนุนทางสังคม และ 6) การรับรู้ตรวบาปในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพัฒนาตนเองนำไปสู่การฟื้นฟูโดยภาพรวมได้

สำหรับการฟื้นฟู ด้านการเรียนรู้และนิยามตนเอง (learning and self-redefinition) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=14.030$, $SD = 1.960$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=10.697$, $SD = 2.417$) อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับสัมพันธภาพบำบัดทำให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ร่วมกับการได้รับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า “เมื่อก่อนคิดว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า ตอนนี้อยู่แล้วว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว รู้จักตัวเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะรับมือกับมัน” สอดคล้องกับการฟื้นฟู ด้านจิตวิญญาณ (spirituality) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X}=14.010$, $SD = 1.900$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}= 10.545$, $SD = 2.404$) เป็นผลจากกลุ่มทดลองได้รับสัมพันธภาพบำบัด กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง มีการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางความคิดความเชื่อในทางที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการฟื้นฟูสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า “ป่วยมา 3 ปี กินยามาตลอด คิดว่าหายแล้ว ใครถามบอกว่า เป็นโรคมะเร็ง ตอนนี้ฉันเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว มีช่วงบวกกับช่วงลบ”

การฟื้นฟู ด้านการมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม (overall well-being) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=13.787$, $SD=1.576$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=9.787$, $SD=2.781$) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ในตนเอง ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า “นาฬิกาชีวิต ทุกคนมีเวลา 24 ชั่วโมงเหมือนกัน โรคอารมณ์สองขั้วที่เป็นอยู่ทำให้วงจรชีวิตเปลี่ยนไป คือกิน นอน พักผ่อน ทำงานไม่เป็นเวลา พอฉันทดลองทำดู ตอนอยู่โรงพยาบาลทุกคนบอกว่าฉันเปลี่ยนไป ลูกมาเยี่ยม บอกแม่คนก่อนหายไปไหน ผมได้แม่คนใหม่กลับมาบ้าน”

การฟื้นฟู ด้านการเอาชนะการติดอยู่กับความเจ็บป่วย (overcoming stuckness) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=13.727$, $SD=2.080$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=10.424$, $SD=2.773$) อยู่ในระดับสูงเท่ากัน อาจเนื่องจากการฟื้นฟูด้านนี้ เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนั้น การที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู จึงทำให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยเช่นกัน ดังคำกล่าวของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเล่าว่า “ก้าวข้ามความกลัว ป่วยแล้วกลัวลูกไม่ยอมรับเป็นพ่อ ป่วยแล้วกลับไปทำงานไม่ได้ เคยมีเมียต้องเลิกกัน ไม่กล้าเริ่มต้นใหม่ หลังเข้ากลุ่มความกลัวหายไป ชีวิตไม่มีคำว่าสายสำหรับการเริ่มต้น”

การฟื้นฟู ด้านการสร้างศักยภาพใหม่ (new potentials) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=13.545$, $SD=1.697$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=10.090$, $SD=2.337$) อยู่ในระดับสูงเท่ากัน สอดคล้องกับ การฟื้นฟู ด้านการสนับสนุนทางสังคมและการพิทักษ์สิทธิ (advocacy/enrichment) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=13.484$, $SD=1.804$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=10.060$, $SD=2.436$) อยู่ในระดับสูงเท่ากัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการฟื้นฟูด้านนี้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ดังนั้น การที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู จึงทำให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยเช่นกัน จึงมีค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูที่อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

สำหรับ การฟื้นฟู ด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (basic functioning) พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=13.000$, $SD=1.677$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=9.333$, $SD=2.458$) สอดคล้องกับการฟื้นฟู ด้านการเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง (self-empowerment) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการฟื้นฟูในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=12.666$, $SD=2.313$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=9.666$, $SD=2.087$) อาจเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับสัมพันธภาพบำบัด ทำให้เกิดการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังผู้ป่วยเล่าว่า “เมื่อก่อนคิดว่าคนในบ้านไม่รัก อยากให้อยู่โรงพยาบาลนานเหมือนทุกครั้งที่ผ่านมา แต่ครั้งนี้ การเข้ากลุ่มช่วยให้ฉันคิดว่า ไม่มีใครในโลกนี้ที่จะรักเรา เท่ากับรักต้องรักตัวเองก่อน กินยาและหาหมอมตามนัด จัดการกับอารมณ์ตัวเองได้ ยืนด้วยขาหาเงินเลี้ยง

ตัวเองพึ่งพาตัวเองได้”

โปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีการจัดการกับตนเอง เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบ และการพัฒนาทักษะ การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนอน และในขณะเดียวกันผู้ป่วยยังมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วย เกิดความตระหนักและกระตือรือร้นที่จะดูแลตนเอง สามารถสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบได้ การเพิ่มความรู้ก่อให้เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหา ทางอารมณ์ที่สร้างสรรค์ สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คราวและคณะ⁶ ที่ได้ศึกษาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเมื่อได้รับความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการนอน จะสามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ ส่งผลให้มีการฟื้นฟู หลังผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟู ที่มีการบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม การเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีเป้าหมายเพื่อการสร้างความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของโรคที่มีต่อการฟื้นฟู พลวัตรที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดการสนับสนุนด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองให้เกิดการฟื้นฟูหรืออาการของโรคดีขึ้น นอกจากนี้ ผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มยังส่งผล ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้

เกี่ยวกับยารักษาโรคอารมณ์สองขั้ว แนวทางการบำบัดด้วยยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีทักษะการจัดยาที่ถูกต้องครบถ้วน เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการรักษาด้วยยา สามารถจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่อง และดูแลตนเองเมื่อเกิดจากผลข้างเคียงจากยาเบื้องต้นได้ ตลอดจนเกิดทัศนคติที่ดีและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา อันเป็นการช่วยป้องกันและลดการกำเริบของอาการเมเนีย และอาการซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการฟื้นฟู สอดคล้องกับการศึกษาของสันติชัย³⁴ ที่ศึกษาโปรแกรมจิตบำบัดแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา และแนวทางการรับประทานยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ลดอาการและกลับเป็นซ้ำ การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลต่อการฟื้นฟูในการศึกษา ยังพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม หรือญาติผู้ดูแล ในการดำเนินกิจกรรม พบว่าญาติให้ความสำคัญในการร่วมกิจกรรมกับโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเกิดการฟื้นฟู การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง จึงทำได้ในรายครอบครัวส่วนรายกลุ่มไม่สามารถทำได้ เนื่องจากญาติต้องประกอบอาชีพการงาน การมาพบแพทย์โรงพยาบาล หรือเยี่ยมผู้ป่วย จึงไม่สามารถกำหนดระยะเวลา หรือกิจกรรมที่ตรงกันได้ ซึ่งสามารถนำไปเป็นโอกาสพัฒนาโปรแกรมต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการสร้างเสริมการฟื้นฟูไปใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

ในระบบการดูแลทางคลินิก โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการ
ชั้นสูงร่วมกับทีมพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่มี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรสนับสนุนให้มีการ
ศึกษาการนำใช้และศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการ
ส่งเสริมการฟื้นฟูในภาพรวมของประเทศไทย โดย
การศึกษาการใช้โปรแกรมนี้สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์
สองขั้วในระบบการดูแลของโรงพยาบาลจิตเวชทุก
แห่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดย
เชื่อมโยงการดูแลในแผนกผู้ป่วยในทุกรายสู่การดูแล
ผู้ป่วยนอกและในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**. 5th ed. Washington DC: APA;2013.
2. Perese EF. **Psychiatric advanced practice nursing: a bio-psychosocial foundation for practice**. 1sted. USA: Davis;2012.
3. Sajatovic M. Bipolar disorder: disease burden. **Am J Manage Care** 2005;11(3):S80-84.
4. Kessler RC, Ustun TB. **The WHO world mental health surveys global perspective on the epidemiology of mental disorder**. 1sted. New York: Cambridge University Press;2008.
5. Young SL, Ensing DS. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Rehabilitation Journal** 1999; 22(3):219-31.
6. Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M, et al. Disorder-specific psychosocial intervention for bipolar disorder – A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. **International Journal of Nursing Studied** 2010;47:896-908.
7. Panupisuth P, Puangladda S, Tachapisitpong A, Budsuwan P. The effectiveness of recovery oriented programs on hope and quality of life for person with serious mental illness: A systematic review. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2016;30(1):34-51. (In Thai)
8. Tanabodee-Tummajaree P, Khomchai B. The effect of group psycho-education on quality of life inpatient with bipolar disorder inpatient department. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2013;27(1):62-78. (In Thai)
9. Pumjan N. Quality of life in schizophrenia and caregiver: case study a day hospital program in Somdet Chaopaya Institute of psychiatry. **Journal of Mental Health of Thailand** 2005;13(3)146-56. (In Thai)
10. Boyd MA. Bipolar disorders management of mood lability. In: Boyd MA, editor. **Psychiatric nursing: Contemporary practice**. 5thed. China: Lippincott Williams & Wilkins;2012:426-48.
11. Glazer GL, Pressler JL. Schlotfeldt's Health Seeking Nursing Model. In: Fitzpatrick JJ, Whall AL, editors. **Conceptual models of nursing: Analysis and application**. 2nd ed. East Norwalk, USA: Division of Prentice Hall;1989:241-53.
12. Gruber SA, Rosso IM, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance predicts clinical Recovery in bipolar patients. **Journal Affective Disorder** 2008;105:253-60.
13. Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients reports of the factors influencing Medication Adherence in Bipolar disorder an integrative review of the literature. **International Journal of Nursing Studies** 2011;48(2011):894-903.

14. Sylvia LG, Reilly-Harrington NA, Leon AC, Kansky CI, Calabrese JR, Bowden CL, et al. Medication adherence in a comparative effectiveness trial for Bipolar disorder. **Acta Psychiatry Scand** 2014;129 (2014):359-65.
15. Cretu JB, Culver JL, Goffin KC, Shah S, Ketter TA. Sleep residual mood symptoms, and time to relapse in recovered patients with bipolar disorder. **Journal of Affective Disorder** 2016;190(2016):162-66.
16. Rapport D, Lynch D, McGrady A, Kaplish D, McGinnis R, Whearty K. Psychosocial factor and comorbidity associated with recovery in bipolar disorder. **Journal of Depression Therapy** 2016;1 (1):11-7.
17. Yan-Meier L, Eberhart NK, Hammen CL, Gitlin M, Sokolski K, Altshuler L. Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder. **Psychiatry Research** 2011;186(2011):267-71.
18. Studart PM, Filho SB, Studart AB, Almeida AG, Miranda-Scippa A. Social support and bipolar disorder. **Arch Clin Psychiatry** 2015;2(4):95-9.
19. Kerdpong bunchote C, Punyayong B, Wong-Anuchit C. Internalized stigma of psychiatric patients. **Journal of Mental Health of Thailand** 2015;23(1):25-37. (In Thai).
20. Cerit C, Filizer A, Tural U, Tufan AE. Stigma: A core factor on predicting functionality in bipolar disorder. **Comprehensive Psychiatry** 2012;53 (2012):484-89.
21. Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Stigma and Bipolar disorder: A review of the Literature. **Journal of Affective Disorder** 2013;150(2013):181-91.
22. Shadis WR, Cook TD, Campbell DT. **Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference**. USA: Houghton Mifflin;2002.
23. Polit DF, Hungler BP. **Nursing research: Principles and methods**. 6thed. New York: Lippincott Company; 1999.
24. Wingo AP, Baldessarini RJ, Holtzheimer PE, Harvey PD. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patient. **Bipolar disorder** 2010;12 (3):319-29.
25. Yunipan J. **Nursing for health: Concept and case study**. 1st ed. Bangkok: Pree-One; 2008.
26. Yalom ID, Leszcz M. **The theory and practice of group psychotherapy**. 5thed. New York: NY: Basic Books;2005.
27. Anderson CM, Hogerty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenia patients: Psychoeducational approach. **Schizophrenia Bulletin** 1980;6(3):490-505.
28. Vorapatratorn N. **Predicting factors of Recovery among Persons with Major Disorder**. Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Chulalongkorn University: Bangkok;2017.
29. Bullock WA. **The Mental Health Recovery Measure (MHRM): Updated normative data and psychometric properties**. Ohio: University of Toledo, Toledo;2009.
30. Wanasavak K. Medical record and document. In Sitirak N. et al. 2nd ed. **Jithavetsirirat DSM-5**. Bangkok: Prayousanthai;2014:675-93. (In Thai).
31. Kongsakon R, Bhatanaprabhabhan D. Validity and reliability of the young mania rating scale: Thai version. **J Med Assoc Thai** 2005;88(11):1598-604. (In Thai).
32. Kongsakon R, Zartrungpak S, Rojananirukit A, Buranapichet U. The reliability and validity of the Thai version of Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). **Journal of the Psychiatric Association of Thailand** 2005;48(4):211-19. (In Thai).

33. Sylvia LG, Thase ME, Reilly-Harrington NA, Salcedo S, Brody B, Kinrys G, et al. Psychotherapy use in bipolar disorder: Association with functioning and illness severity. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2015;49(5):453-61.
34. Chamchitchun S. Structured group psychotherapy program for bipolar disorder. **Journal of Mental Health of Thailand** 2008;16(3):157-165. (In Thai).

ผลของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อจำนวนวันนอนและการกลับป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา

สกวรัตน์ เทพประสงค์¹ พย.ม.

จินตนา ยูนิพันธุ์² Ph.D., อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

ดวงตา กุลรัตน์ญาณ³ พย.ด., อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

นรวิทย์ พุ่มจันทร์⁴ พ.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนและการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราของกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราที่เข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 30 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ ด้านเพศ ระยะเวลาเจ็บป่วย และการได้รับยาต้านโรคจิต เครื่องมือวิจัย ได้แก่ คู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา แบบบันทึกจำนวนวันนอน และแบบประเมินอาการทางจิตหรือการกลับป่วยซ้ำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของกลุ่มระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่า CVI = .85 และหาความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิตหรือการกลับป่วยซ้ำ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 33.98, SD = 18.21) กับกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 36.44 SD = 14.14) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการกลับป่วยซ้ำหลังการทดลอง 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 21.53, SD = 3.79) พบว่า น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 27.47, SD = 5.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .05$ ผลการศึกษาชี้ว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สามารถช่วยเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราได้โดยควรพัฒนาสมรรถนะทีมการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และศึกษาติดตามระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การกลับป่วยซ้ำ
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา

¹ ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ผู้รับผิดชอบบทความ, Email: yuni_jintana.y@chula.ac.th

³ อาจารย์พยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

⁴ อาจารย์จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Effects of Primary Nursing System on Length of Stay and Relapse among Schizophrenic Patients with Alcohol Use

Sakaorat Thepprasong¹ MNS.

Jintana Yunibhand² PhD. (Nursing), Dip.PMHN

Doungta Kulrattanayan³ MNS, Dip.PMHN

Norawee Poomchan⁴ MD.

Abstract: This quasi-experimental research with two group, pretest – posttest design, aimed to compare length of stay and relapse among schizophrenic patients with alcohol use of the experimental group receiving primary nursing system and the control group receiving usual nursing care. Samples were 30 schizophrenic patients with alcohol use, admitted in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Sample who met inclusion criteria, were matching paired by sex, illness duration, and prescribed psychotic medication and then equally assigned into an experimental and a control groups. Research instruments included the primary nursing system manual, length of stay (LOS) records, and relapse using the Brief Psychotic Rating Scale (BPRS). The content validity of the manual was examined by 5 experts with CVI = 85. The Cronbach's Alpha reliability of the relapse based on the BPRS was .70. Data were analyzed by using the independent t-test. Findings showed that there was no significant difference of the average length of stay between the experimental group ($\bar{X} = 33.98$, $SD = 18.21$) and the control group ($\bar{X} = 36.44$, $SD = 14.14$). Relapse after 1 month or the BPRS of the experiment group ($\bar{X} = 21.53$, $SD = .3.79$) was statistically significant lower than those of the control group ($\bar{X} = 27.47$, $SD = 5.26$), at the level of $p = .05$. Findings suggested that the primary nursing system could be used in schizophrenic patients with alcohol use to improve the quality of psychiatric nursing service. The competencies of primary nursing care team should be built and long-term follow up research should be conducted.

Keywords: primary nursing system, length of stay, relapse, schizophrenic patients with alcohol use

¹ Diploma Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; Corresponding author, Email: yuni_jintana.y@chula.ac.th.

³ Nursing preceptor, Somdet Chaopaya Institute of Psychiatry.

⁴ Psychiatric preceptor, Somdet Chaopaya Institute of Psychiatry.

ความเป็นมาและความสำคัญ

การกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ และยังสะท้อนถึงผลลัพธ์ของคุณภาพการบริการสุขภาพในทุกมิติ จากการทบทวนระบบการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งโดยผู้วิจัย พบว่า การปฏิบัติกรพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรานั้น ยังมีลักษณะการดูแลแบบแยกส่วน โดยมีการแยกทีมการดูแลตามระยะอาการของผู้ป่วย จากทีมการพยาบาลคนละทีม ทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดระบบบริการทางการพยาบาลที่เป็นอยู่ ส่งผลต่อผลลัพธ์และคุณภาพของการบริการ จึงมีความจำเป็นในการพิจารณาเลือกรูปแบบบริการพยาบาลใหม่ ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่าการเลือกรูปแบบการพยาบาลแบบใดนั้น พยาบาลต้องคำนึงถึง ปัจจัยด้านจำนวนบุคลากร ภาระงาน การบริหารจัดการ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของบริบทของแต่ละสถานบริการ¹

การจัดระบบบริการหรือการจัดระบบการปฏิบัติงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อ มุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และขณะเดียวกันก็สร้างคุณค่าของวิชาชีพพยาบาลด้วย โดยเฉพาะการจัดบุคลากรและจัดระบบการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม² แนวคิดการพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมุ่งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านระบบสุขภาพ ซึ่งระบบการพยาบาลหนึ่งที่สะท้อนถึงแนวคิดดังกล่าวนี้คือ ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้³ เป็นระบบการพยาบาลที่มีการมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้

รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (individualized care) มีการพยาบาลอย่างครอบคลุม (comprehensive care) โดยใช้กระบวนการพยาบาล และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of patient care) ตลอด 24 ชั่วโมง รับผิดชอบตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน มีการวางแผนการพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

การกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราตามแนวคิด Stress vulnerability model ของ Nuechterlein⁴ อธิบายว่า ผู้ป่วยมีความอ่อนแอทั้งทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม จะเกิดความเครียดและความเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำ ปัจจัยสาเหตุการกลับป่วยซ้ำ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal vulnerability factor) 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล (personal protectors) 3) ปัจจัยปกป้องสิ่งแวดล้อม (environment protectors) และ 4) ปัจจัยเสริมสิ่งแวดล้อมและความเครียด (environment potentiators & stressors) การออกแบบระบบบริการระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรานั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้สัมพันธภาพบำบัดเป็นรายบุคคล และการบำบัดทางการพยาบาลรายกลุ่ม ได้แก่ สุขภาพจิตศึกษา และจิตบำบัดแบบประคับประคอง

การศึกษาครั้งนี้ ได้นำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ไม่แยกทีมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราในแต่ละระยะอาการ พยาบาลรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างเต็มที่ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ชัดเจน คือ เพื่อลดจำนวน

วันนอนและการกลับป่วยซ้ำ สามารถให้การปฏิบัติพยาบาลตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายจากหอผู้ป่วยและโรงพยาบาล ซึ่งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยถือเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เปรียบเทียบการกลับป่วยซ้ำหลังการทดลอง 1 เดือนในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนวันนอนในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. การกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน (pretest-posttest only control group design)⁵

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2561 ทั้งเพศชายและเพศหญิง คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 2) มีคะแนนประเมินอาการทางจิตมากกว่า 36 คะแนน ประเมินโดยใช้เครื่องมือ Brief Psychotic Rating Scale (BPRS)⁶ 3) มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ประเมินโดยใช้เครื่องมือ The alcohol use disorder identification test (AUDIT)⁷ 4) มีผู้ดูแลหลักเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 5) ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน เช่น มีคดีหรือถูกบังคับคดี มีโรคร่วมทางกายหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จนเป็นเหตุให้เพิ่มการรักษาทางกาย เช่น วัณโรค ปวดบวม 6) สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ และ 7) สัมครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง⁸ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 18 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (matched paired) ด้าน เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และการได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มเดียวกัน ทั้งนี้ในระหว่างการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 3 คนที่ถูกคัดออกจากการทดลอง เนื่องจากมีการเพิ่มการรักษาด้วยไฟฟ้า 2 คน และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนกำหนด 1 คน ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมตามคู่การทดลองออกไป ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และในกลุ่มควบคุม 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา ตามแนวคิดของ Marram³ มีทีมการพยาบาล

ที่ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมกับพยาบาลผู้แทนเจ้าของไข้ และพยาบาลประจำการร่วมให้การพยาบาลบำบัดทางจิตและบำบัดทางการพยาบาลตามโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Stress vulnerability model ของ Nuechterlein⁴ ที่จัดกระทำต่อปัจจัยสาเหตุการกลับป่วยซ้ำ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal vulnerability factor) 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล (personal protectors) 3) ปัจจัยปกป้องสิ่งแวดล้อม (environment protectors) และ 4) ปัจจัยเสริมสิ่งแวดล้อมและความเครียด (environment potentiators & stressors) โดยมีคู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา ประกอบด้วย สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการบำบัดพยาบาลรายกลุ่ม ได้แก่ สุขภาพจิตศึกษา⁹ และจิตบำบัดแบบประคับประคอง¹⁰

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของคู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวชผู้มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวช จำนวน 3 คน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ .85 2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล พัฒนาโดยผู้วิจัย และแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale, BPRS)⁶ เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ (relapse)

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale, BPRS)⁶ เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้ประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิต พัฒนาโดย Overall and Gorham⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดย พญ. พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ครอบคลุมอาการทางบวก และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท และอาการที่แสดงถึงอารมณ์ต่าง ๆ ในผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .70

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตามแนวทางการดูแลตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (ตารางที่ 1) ดังนี้

ตารางที่ 1 แนวทางการดูแลตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ระยะเจ็บป่วยของโรคจิตเภท	ลักษณะการบำบัด	กิจกรรมพยาบาล	ผู้รับผิดชอบ
ระยะเฉียบพลัน (acute phase) วันแรกเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล	การบำบัดรายบุคคล	สัมพันธภาพบำบัด¹² 1) ระยะเริ่มต้น (orientation) 2) ระยะระบุปัญหา (Identification) 3) ระยะใช้ศักยภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Exploitation) 4) ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Resolution) ขั้นตอนสัมพันธภาพเหล่านี้เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลขณะที่อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล	พยาบาลเจ้าของไข้ หรือ พยาบาลผู้แทนเจ้าของไข้ บันทึกผลของการบำบัดในแบบบันทึกทางการพยาบาล
ระยะคงที่ (stabilizing phase) จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	การบำบัดรายกลุ่ม	1. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา⁹ ในญาติและผู้ป่วย เรื่อง การสังเกตอาการเตือน จำนวน 2 ครั้ง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ดังนี้ ครั้งที่ 1 (E1) พัฒนาความรู้การจัดการกับอาการทางจิตและสังเกตอาการเตือน ครั้งที่ 2 (E2) พัฒนากิจกรรมการจัดการกับอาการทางจิตและสังเกตอาการเตือน 2. กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง¹⁰ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรา จำนวน 3 ครั้ง วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-1.30 ชั่วโมง	พยาบาลเจ้าของไข้ หรือ พยาบาลผู้แทนเจ้าของไข้ บันทึกผลของการบำบัดในแบบบันทึกทางการพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุราตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตามแนวทางการดูแลตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และได้รับการบันทึกจำนวนวันนอนรักษา

ในโรงพยาบาลในวันที่จำหน่าย และมีการนัดหมายผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามอาการใน 1 สัปดาห์และในอีก 1 เดือน ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ (relapse) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลส่วน

บุคคล บันทึกจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลในวันที่ยาหาย และประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale, BPRS) เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ใน 1 เดือน หลังการจำหน่าย โดยนัดผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตามเอกสารรับรองโครงการที่ 035/2560 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาแล้วจึงดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย ในการทำกลุ่มบำบัดนั้น ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ์และใช้จรรยาบรรณของนักวิจัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย นัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการดำเนินการ ใช้เวลาทำกลุ่มประมาณ 1-1.30 ชั่วโมง และข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที (independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบที (independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าผิดปกติ (outliers) ในการวิจัยนี้มีค่าผิดปกติ เป็นข้อมูลค่าแตกต่างของจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันที่อาจเนื่องมาจากการรวบรวมข้อมูลของลักษณะครอบครัวผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จึงมีการตัดจำนวนวันนอนที่สูงผิดปกติออกไป 2 คู่และนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยใหม่¹³

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา

ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 86.66 และร้อยละ 13.33 ตามลำดับ) มีอายุระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 46.66) ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 40.00) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 80.00) สำหรับ กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 86.66) มีอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 60.00) ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.33 ตามลำดับ) และประกอบอาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 73.33) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	13	86.66	13	86.66
	หญิง	2	13.33	2	13.33
อายุ	21-30	7	46.66	9	60.00
	31-40	5	33.33	3	20.00
	41-50	3	20.00	3	20.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	6	40.00	6	40.00
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	6	40.00	5	33.33
	มัธยมศึกษาปีที่ 6	1	06.66	2	13.33
	ปวส.	2	13.33	1	06.66
อาชีพ	รับจ้าง	12	80.00	11	73.33
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	20.00	3	20.00
	พนักงานบริษัท	-	-	1	06.66

2. เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในผู้ป่วยจิตเภทที่เต็มสุรระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.683$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอนโรงพยาบาล	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=15)	33.98(18.21)	-.413	.683
กลุ่มควบคุม (n=15)	36.44(14.14)		

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบการกลับป่วยซ้ำหลังการทดลอง 1 เดือนในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($p=.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการทางจิตระยะติดตาม 1 เดือน	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=15)	21.53 (S.D= 3.79)	-5.933	.001
กลุ่มควบคุม (n=15)	27.47 (S.D=5.26)		

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทดลอง

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีการใช้สัมพันธภาพบำบัด ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สามารถค้นหาความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ โดยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้มีการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา คือ ขาดความตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง รู้สึกเบื่อหน่ายกับการใช้ยาทางจิตเป็นระยะเวลานาน ขาดความตระหนักเรื่องผลกระทบจากการดื่มสุรา คิดว่าตนเองไม่เจ็บป่วย และคิดว่าการดื่มสุราช่วยบรรเทาอาการทางจิตด้านลบได้

ภายหลังการบำบัดทางการพยาบาลทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มแล้ว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรา มีการเปลี่ยนแปลงในความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความปรารถนาดีและความจริงใจที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วย มีความคุ้นเคยกับพยาบาลเจ้าของไข้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา แสดงออกถึงสัมพันธภาพที่ดี กล้า

เปิดเผยความจริงและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกได้ คือ การสร้างความตระหนักในการดูแลและปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจในการกินยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง ลด ละ เลิกพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินยาอย่างต่อเนื่อง และพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีปัญหาด้วยตัวเอง สามารถกลับไปอยู่บ้านได้ระยะเวลานานขึ้น ลดระยะเวลาการกลับป่วยซ้ำ และลดระยะเวลาของจำนวนวันรักษาในโรงพยาบาล

อภิปรายผล

ผลการศึกษาในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อจำนวนวันนอนและการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรา ที่พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนวันนอนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยด้านการรักษาด้วยไฟฟ้า ปัจจัยด้านกลุ่มยา และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนกลุ่มยา การถูกผูกมัด หรือการได้รับการ sedation แบบยาฉีด ซึ่งทำให้มีผลต่อจำนวนวันนอนที่ยาวขึ้น เช่นกัน ลักษณะผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับโรคร่วมสารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์ บุคลิกภาพแปรปรวน ผู้ป่วยที่อายุมาก และความจำเป็นของการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้มีจำนวนวันนอนเพิ่มขึ้น¹⁴ ในการศึกษาที่พบข้อสังเกตที่เกี่ยวข้อง คือ ความพร้อมของผู้มารับกลับบ้านที่ไม่สามารถมารับผู้ป่วยหลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ เนื่องจากปัญหาในครอบครัว และ อาการทางจิตที่ไม่สงบที่พบในการศึกษานี้ คือ อาการหลงผิดและหูแว่วทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในระยะ acute นานขึ้น โรคและอาการทางจิตยังมีผลต่อจำนวนวันนอน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรานั้นมีความเกี่ยวข้องกับทั้งโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดไม่สามารถแยกการดูแลออกจากกันได้¹⁵ จึงนับว่าเป็นความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแลรักษาด้วยลักษณะผู้ป่วย และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น จึงทำให้จำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการทางจิตหรือการกลับป่วยซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($p=.001$) อธิบายได้ว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรตามแนวคิดของ Marram³ ร่วมกับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภท

ที่ดื่มสุรา ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Stress vulnerability model ของ Nuechterlein⁴ ซึ่งจัดกระทำต่อปัจจัยสาเหตุการกลับป่วยซ้ำ ทำให้ทราบถึงสาเหตุของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรามีสาเหตุมาจากการขาดความตระหนักในการรับประทุษร้ายทางจิตอย่างต่อเนื่องและขาดความตระหนักเรื่องผลกระทบจากการดื่มสุรา รู้สึกเบื่อหน่ายกับการรับประทุษร้ายทางจิตเป็นระยะเวลานาน ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าตัวเองไม่เจ็บป่วย คิดว่าการดื่มสุราช่วยบรรเทาอาการทางจิตด้านลบได้ เมื่อให้การดูแลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราที่เป็นรูปแบบการให้พยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลแบบองค์รวมโดยใช้สัมพันธภาพบำบัดควบคุมดูแลตลอดเวลาการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาลเจ้าของไข้ และไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปทำจิตสังคมบำบัดที่หน่วยงานอื่น จึงทำให้การค้นหาปัญหาตรงกับความต้องการ ร่วมกับการบำบัดพยาบาลที่สอดคล้องกับแต่ละปัจจัยสาเหตุของการกลับป่วยซ้ำจึงส่งผลให้จัดการกับอาการของโรคจิตเภทให้ลดลงเร็วขึ้น จึงเป็นการลดการกลับป่วยซ้ำ

การนำระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราในการศึกษานี้ พบว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีโดยเฉพาะด้านการกลับป่วยซ้ำที่ประเมินจากอาการทางจิตในระยะเวลา 1 เดือนหลังการจำหน่าย ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิด Stress-vulnerability model ของ Nuechterlein⁶ ที่อธิบายว่า ผู้ป่วยมีความอ่อนแอทั้งทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม จะเกิด

ความเครียดและความเสี่ยงต่อการกลับป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาจากการใช้สุราได้มากกว่าคนปกติ และอาจไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากความบกพร่องในกระบวนการคิด ไม่ตระหนักถึงความเจ็บป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพิกเฉยต่อบทบาทไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ใช้สุราและสารเสพติด เรียนรู้วิธีเผชิญและแก้ปัญหาด้วยการดื่มสุรา¹⁶ เมื่อเกิดความพึงพอใจต่อการดื่มสุราจะเกิดความอยาก (craving) จนทำให้ต้องการดื่มเพิ่มขึ้น¹⁷ และการดื่มสุราทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาลดลง¹⁸

นอกจากนี้การพยากรณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดื่มสุรามีโอกาสกลับป่วยซ้ำสูงกว่าโรคจิตเภทเพียงอย่างเดียว¹⁹ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับทั้งโรคทางจิตเวชและสารเสพติด เมื่อเจ็บป่วยแล้วผู้ป่วยมักเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและด้านการงาน โดยเฉพาะช่วง 5-10 ปีแรก²⁰ พยาบาลจึงมีส่วนร่วมสำคัญในการทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลได้โดยการจัดระบบการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในระดับหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพจากแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่เป็นรูปแบบการมอบหมายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (individualized care) มีการพยาบาลอย่างครอบคลุม (comprehensive care) โดยใช้กระบวนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of patient care) ตลอด 24 ชั่วโมง รับผิดชอบตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน มีการวางแผนการพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

ร่วมกับทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยพัฒนาระบบบริการ ออกแบบให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ไม่แยกทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุราในแต่ละระยะอาการ เพื่อรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างเต็มที่ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายชัดเจนเพื่อลดจำนวนวันนอนและการกลับป่วยซ้ำ ให้การปฏิบัติพยาบาลตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคมอื่น ๆ ช่วยให้สามารถจัดการกับอาการทางจิตได้สงบเร็วขึ้นและเข้าสู่การฟื้นฟูได้ง่ายขึ้น แต่เมื่อจำหน่ายออกจากทางโรงพยาบาลไปแล้วผู้ป่วยต้องไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่อีกครั้ง หรือสภาพแวดล้อมเดิมที่ไม่เอื้อต่อการฟื้นฟู ประกอบกับพยาธิสภาพของโรคจิตเภทที่มี cognitive impairment จึงอาจทำให้ผู้ป่วยต้องการสภาพแวดล้อมและการดูแลคล้ายกับอยู่ในโรงพยาบาล เพราะปัจจัยภายในของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะกลับป่วยซ้ำได้ ซึ่งมีผู้ป่วยหลายคนกล่าวว่า “ไม่เคยได้เคยแบบนี้มาก่อน รู้สึกดีใจที่มีคนรับฟัง” “มาโรงพยาบาลหลายครั้ง ครั้งนี้มีความตั้งใจจะดูแลตัวเองมากกว่าเดิม ไม่อยากดื่มแล้วครับ” “พยาบาลจะมาคุยกับผมอีกเมื่อไหร่ ผมอยากคุยปัญหาจริงๆ ให้ฟัง” เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จึงมีบทบาทสำคัญที่ทำให้สัมพันธภาพในการรักษาเข้าถึงง่าย และเมื่อเกิดความไว้วางใจต่อกันแล้วผู้ป่วยย่อมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริง ทำให้พยาบาลค้นหาปัญหาและความต้องการได้เร็วขึ้น สามารถนำวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม จึงสามารถช่วยจัดการอาการทางจิตสงบเร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การใช้ระบบเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มสุรา ทำให้มีการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) สามารถพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีได้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารในหน่วยงาน ควรสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการทำงานระบบเจ้าของไข้ ที่มีทีมการพยาบาล ทั้งพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงและบุคลากรพยาบาลอื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์การดูแลที่ดี

3. ด้านการวิจัย ควรมีการติดตามผลการกลับป่วยซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามอาการทางจิตและผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและควรติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การดื่มสุราร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Tiedeman M, Lookinland S. Traditional model of care delivery: What have we learned? **The Journal of Nursing Administration** 2004;34(6):291-7.
- Mahlmeister LR. Best practice in perinatal nursing: Professional role development for charge nurse. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing** 2006; 20(2):122.
- Marram GD. Primary nursing: A model for individualized care. St. Louis: CV Mosby; 1974.
- Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik K, Snyder K, et al. The vulnerability/stress model of schizophrenia relapse: A longitudinal study. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 1994;89(382):58-64.
- Polit DF, Beck CT. **Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice**. 8th ed. Philadelphia: Lippincott;2008.
- Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. **Psychol Rep** 1962;10:799-812
- World Health Organization .The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2nd ed; 2001. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=C815BE337CD862EE5D64A2115D878CF8?sequence=1
- Burns N, Grove SK. **The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization**. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders;2001.
- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DS. Family treatment of adult schizophrenia Patients: A Psycho education approach. **Shizophrenic Bulletin** 1980;6(3):490-505
- Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Book;2005.
- Kittiratanapaiboon P. **Psychosis assessment: The Brief Psychiatric Rating Scale (Thai version)** Suanprung Psychiatric Hospital;2006.
- Yuniphand J. **Health nursing: Concepts and case studies**. Bangkok;2008. (In Thai)
- Wongrattana C. **Techniques for using statistics for research**. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2544. (In Thai)
- Jacobs R, Gutacker N, Mason A, Goddard M, Gravelle H, Kendrick T, Gilbody S. Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: A regression analysis. **BMC Health Services Research** 2015;15:439.

15. Sangchanchai P, Netrakom P, Hirunwiwatanakul N. **Textbook of addiction psychiatry**. Bangkok; 2549. (In Thai)
16. Jansirimongkol B. **Review of psychiatric comorbidity in alcohol abusers**. Chiangmai; 2013. (In Thai)
17. . Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C, Miles KM, Hill D. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: Prevalence, correlates, and sub groups. **Schizophr Bull** 2000;26:179-92.
18. Batki SL, Strutynski K, Leontieva L, Canfield K, Meszaros ZS, Dimmock JA, et.al. Medical comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. **Schizophrenia Research** 2009;107:139-46.
19. Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. **Acta Psychiatry Scand** 2009;120(2): 85-96
20. Lewis DA, Lieberman JA. Catching up on Schizophrenia: Nature history and neurobiology. **Neuron** 2000;28:325-334.

ผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

อังคณา วังทอง¹ พยม., วพย., อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อนุชิต วังทอง² พ.บ.

ปัทมวาตี มะอิง³ ศศ.บ.(จิตวิทยา)

ชูรัฐดี ลีเต็ง⁴ ศศ.บ.(จิตวิทยา)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Qs) มีค่าคะแนน ระหว่าง 7-17 คะแนน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และโปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์แบบอนุกรมเวลา ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง และในระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัด หลังการเข้ากลุ่มบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็น 7.36 (SD=2.80), 4.91 (SD=1.44), และ 3.64 (SD=1.27) ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอนุกรมเวลาในแต่ละระยะ พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีแนวโน้มลดลงในแต่ละระยะ จนเข้าสู่ภาวะปกติในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ผลการศึกษา เสนอแนะว่า สามารถใช้กลุ่มบำบัดนี้ในการดูแลวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งควรทำการศึกษาวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัด การหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี:ผู้รับผิดชอบบทความ, Email: angka2006@hotmail.com

² นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ผู้อำนวยการ) โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

^{3,4} นักจิตวิทยา โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี

Effects of the Happy Reminiscence Group Therapy on Teenage Depression

Angkana Wangthong¹ Dip. PMHN

Anuchit Wangthong² MD.

Pattamawatee Ma-ing³ BA (Psychology)

Suhudee Leedeng⁴ BA (Psychology)

Abstract: This pre-experimental research, one-group, pretest-posttest design aimed to study the effects of the happy reminiscence group therapy on teenage depression. The sample was secondary school students grade 3–6 at Nong Chik district, Pattani province, who had mild to moderate depression (9Qs scores of 7–17 points). Thirty students were purposively selected into the experiment group. Research instruments were: 1) the 9-question (9Qs) depression screening tool; and 2) the Happy Reminiscence Group Therapy. Data were analyzed using descriptive statistics, and the time series analysis. Results showed that the depression mean scores of the sample at the phase of before the experiment, after immediately, and 1-month follow up were 7.36 (SD=2.80), 4.91 (SD=1.44), and 3.64 (SD=1.27) respectively. The time series analysis showed the trends of decreasing depression scores of all samples from the phases of before the experiment, after immediately, at 1-month follow up and at 3-month follow up. It is suggested that the happy reminiscence group therapy could be used to reduce depression in teenagers with depression risks and should be further study.

Keywords: group therapy, happy reminiscence, depression, teenager

¹ Diplomate, Thai Board in Advanced Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing, Nong Chik Hospital, Pattani Province; Corresponding author, Email: angka2006@hotmail.com

² Medical Director, Nong Chik Hospital, Pattani Province.

^{3,4} Psychologist, Nong Chik Hospital, Pattani Province.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งเรื่องของสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของคนในสังคม ต้องมีการปรับตัวเพื่อรับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-18 ปี เป็นวัยที่อยู่ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ¹ เปลี่ยนสภาพจากเด็กชายเด็กหญิง เป็นผู้ใหญ่เกือบเต็มทีทุกส่วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนี้ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ ตามมาได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ ลักษณะสัมพันธภาพกับผู้อื่น ค่านิยม และทัศนคติ เช่น มีความคิดเป็นของตัวเอง ต้องการอิสระ อยากรู้ยากลองและชอบเรียนรู้ทุกด้านด้วยตนเอง นอกจากวัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจตามธรรมชาติแล้ว วัยรุ่นยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี รวมถึงวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต² หากปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนมาก วัยรุ่นไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม เกิดความสับสน ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ก็จะทำให้วัยรุ่นเกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ เกิดความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรม ความคิด การรับรู้และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้³ จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตใน 17 ประเทศ ขององค์การอนามัยโลก ประเมินการว่า 350 ล้านคนทั่วโลกหรือเทียบเท่ากับ 1 ใน 20 คน กำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่เป็นภาระโรค (DALYs; disability-adjusted life years) สูงที่สุดสำหรับวัยรุ่น⁴ โดยพบสูงถึงร้อยละ 21-83² และพบความชุกชั่วชีวิตของภาวะซึมเศร้าใน

วัยรุ่นอายุ 13-18 ปี สูงถึงร้อยละ 15-60 และมักพบโรคจิตเวชร่วมด้วยร้อยละ 40-70 ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคพฤติกรรมเกราะ และภาวะติดสารเสพติด เป็นต้น³ จากผลการดำเนินงานจิตเวชและสุขภาพจิตโรงพยาบาลหนองจิก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน พบว่า สถิติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในโรงเรียนนาร่อง อำเภอหนองจิก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 200 คน พบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า 43 คน (ร้อยละ 21.5)⁵ หากสถานการณ์ดังกล่าวไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขอย่างเร่งด่วน อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมา² ซึ่งเป็นสาเหตุการตายหลักของกลุ่มเยาวชนทั่วโลก โดยวิธีการทำร้ายตัวเอง (self-harm) และยังเป็นสาเหตุหลักต่อการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตได้ปกติ⁴ ส่งผลให้แนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเกิดผลกระทบต่อดัชนีวัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน ระบบสุขภาพในภาพกว้าง เช่น กระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) การควบคุมอารมณ์ของตนเองต่ำ ทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน มีปัญหาการเรียน วิตกกังวล ไม่กล้าเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ ขาดความมั่นใจ ขาดความกระตือรือร้น มีอารมณ์ที่อ่อนไหว ไม่มั่นคง แยกตัวออกจากสังคม⁶ แยกตัวออกจากครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ใช้จ่ายเสียดสี พบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือการก่ออาชญากรรมใช้ความรุนแรง ซึ่งภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นกำลังมีปัญหาพฤติกรรม ที่พบการใช้ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น^{2,7} ก่อให้เกิดความเสียหายอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น⁸ มีความคิดอยากฆ่า

ตัวตาย ทำให้เกิดปัญหาการตายก่อนวัยอันควร หรือ ไม่ก็ได้รับบาดเจ็บ⁷ เกิดผลกระทบต่องาน เศรษฐกิจ ได้แก่ การเกิดความเสียหายของทรัพย์สินสาธารณะ ความไม่สงบสุขในสังคมชุมชน เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในวงกว้างเพิ่มขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตลดน้อยลง⁹ ปัญหา/ปัจจัยที่ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นช่วงวัยรอยต่อแห่งพัฒนาการจากเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม นอกจากนั้นวัยรุ่นยังต้องเผชิญปัญหาและปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจตามธรรมชาติดังกล่าวแล้ว ยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี รวมถึงภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตกับสภาวะความรู้สึกละเลยเรื่องราวที่เป็นสุขในครอบครัวและสังคมรอบข้าง^{2,10} ถ้าวัยรุ่นเหล่านี้ตกอยู่ในครอบครัวที่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความยากจน ครอบครัวแตกแยก บิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู ขาดความรัก ขาดการดูแลเอาใจใส่ การเผชิญเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก¹¹ จะส่งผลให้สภาวะทางอารมณ์ไม่มั่นคง ไม่สามารถอยู่กับสภาวะความรู้สึกละเลยเรื่องราวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงนี้ได้ ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้สูง³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น พบว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธี มีทั้งการรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยยาต้านเศร้า¹² แต่การรักษาด้วยยาต้านเศร้าอาจทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น ภาวะกลืนขี้เลื่อยในกระเพาะอาหาร หรือมีเลือดออกใน

กระเพาะอาหาร¹³ ส่วนการรักษาทางจิตสังคมก็มีหลากหลาย เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม¹⁴ หรือการบำบัดแบบสัมพันธ์ภาพบำบัด (interpersonal therapy)¹⁵ หรือการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving)¹⁶ ซึ่งการบำบัดดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเท่านั้น¹⁷ และแนวทางแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นประการหนึ่ง คือ การบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT)¹⁴ โดยการช่วยให้วัยรุ่นได้ทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข สามารถลดภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) มีองค์ประกอบการสนทนากลุ่ม 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างอ่างโอบอุ่น 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และ 6) บทสรุปของการรำลึกความหลังสู่ความสุข

การบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข โดยกระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพต่อการเรียนรู้ที่มีเป้าหมายเพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นเข้าใจอัตมโนทัศน์ของตนเอง ได้รำลึกถึงเหตุการณ์ตามช่วงวัยตั้งแต่วัยเด็กและวัยรุ่น เพื่อค้นพบความสุข มองเห็นทางแก้ปัญหา สามารถรับมือกับปัญหา รู้สึกปลอดภัย เพิ่มความภาคภูมิใจ ความพึงพอใจในตนเอง ลดความเหงาในจิตใจ โดยการทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่า เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ยอมรับตนเองผ่านการทวนรำลึกทบทวนชีวิตที่เป็นสุข สามารถประคับประคองให้มีชีวิตที่สมดุลภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ช่วยให้รู้สึกดี ลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดสุขภาพดี^{2,18,19} จากการศึกษาวิจัยเรื่องผลของ

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า²⁰ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและระลึกถึงความหลัง คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องการศึกษาวิจัยเรื่องผลการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ชายแดนใต้²¹ พบว่า หลังเข้าร่วมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น งานจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลหนองจิก จึงได้ศึกษาวิจัยผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เพื่อให้วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเข้ารับการบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นภาวะซึมเศร้าได้มีการปรับตัว โดยการผ่านการทบทวนชีวิต เพิ่มการรับรู้ความสามารถคุณค่าของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจพึงพอใจในตนเอง ลดความเหงาในจิตใจ ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นลดลง อยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมไทยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

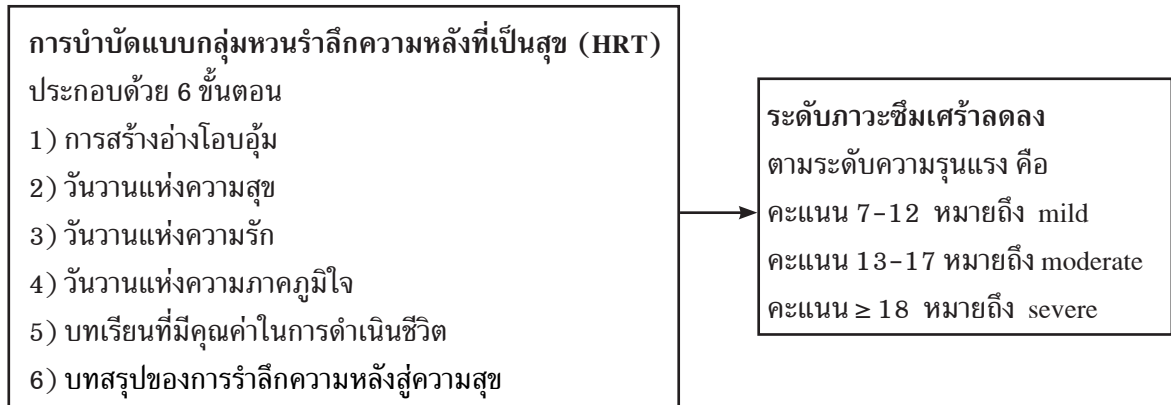
1. เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น วัดผลก่อนเข้ากลุ่มบำบัด หลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที และติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขสามารถลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ก่อนเข้ากลุ่มบำบัด หลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที และติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน ภาวะซึมเศร้ามลดลงตามลำดับ

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัยรุ่น เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง จนอาจนำไปสู่การเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตและมีปัญหาพฤติกรรมตามมาได้ง่าย เช่น ต่อต้านสังคม ก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง ใช้สารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม มักจะพบปัญหาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย² ดังนั้นการประยุกต์ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดให้เหมาะสมกับวัยรุ่น ช่วยให้วัยรุ่นที่ได้รับการบำบัดสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยได้ใช้แนวคิดโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์¹⁴ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างอ่างโอบอุ้ม 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และ 6) บทสรุปของการรำลึกความหลังสู่ความสุข เพื่อให้วัยรุ่นมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง สามารถยอมรับปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 โรงเรียนหนึ่งในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี อายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ตั้งแต่เดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2562

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (pre-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนเข้ากลุ่มบำบัดและหลังการเข้ากลุ่มบำบัดทันทีและติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน (one-group, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวัยรุ่นในการศึกษาครั้งนี้คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ที่กำลังศึกษาโรงเรียนหนึ่งในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ที่กำลังศึกษาโรงเรียนหนึ่งในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำเร็จของ Yamane มีอำนาจทดสอบที่ 90% มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 10% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) นักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 2) อายุอยู่ในช่วง 15-18 ปี 3) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($9Q = 7-17$ คะแนน) 4) อ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุไม่ได้อยู่ในช่วง 15-18 ปี 2) ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ($9Q \leq 6$ คะแนน และ ≥ 18 คะแนน)

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (Time series analysis) จัดเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเป็นช่วงเวลาดังนี้ ก่อนเข้ากลุ่มบำบัด หลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันทีและระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน โดยเรียงลำดับของเวลาที่ต่อเนื่องกัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ RECPTN No.0019/62 ทีมวิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเข้าร่วมการวิจัยเป็นการสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งทีมวิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครอง ลงลายมือชื่ออนุญาตในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำกลุ่มบำบัด รวมทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลใดๆ และทีมวิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัย หากขณะดำเนินการวิจัยเกิดผลกระทบทางจิตใจ จะหยุดการทำกิจกรรม และแสดงออกถึงการเข้าใจความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมให้กำลังใจ หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อ หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดผลกระทบทางจิตใจใดๆ ทั้งสิ้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งทีมวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับใครและความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดามารดาผู้ปกครอง

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²² ทีมวิจัยได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานมาใช้ในกลุ่มวัยรุ่น โดยแบบประเมินมีลักษณะข้อคำถาม 9 ข้อ ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล การนอนหลับ การแสดงออกทางกายภาพและความคิด แบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรง คือ คะแนน 7-12 หมายถึง ระดับเล็กน้อย (mild depression) ได้คะแนน 13-17 หมายถึง ระดับปานกลาง (moderate depression) และได้คะแนน ≥ 18 หมายถึง ระดับรุนแรง (severe depression) จากการนำไปทดลองใช้ในวัยรุ่นได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินด้วย Cronbach's Coefficient Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83-0.87

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์¹⁴

กระบวนการบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เป็นการสนทนากลุ่ม 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างอ่างโอบอ้อม หลังจากนั้นเป็นการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ในขั้นที่ 2-5 คือ เรื่อง 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และในขั้นที่ 6) เป็นการสรุปผลการทวนรำลึกความหลังสู่ความสุข ซึ่งโปรแกรม HRT นี้ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรำลึกถึงความหลังที่เป็นสุข เกิดทักษะการคิดบวกและการจัดการอารมณ์ ส่งผลให้เกิดการมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหา เกิดความเคารพในตนเอง เป็นกลไกที่เพิ่มการมองตนเองทางบวก มีความหวัง เกิดกำลังใจ มีความสุข สามารถลดภาวะ

พฤติกรรมและความคิดทางลบ ลดภาวะซึมเศร้า โดยโปรแกรม HRT ใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง และนัดทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอนห่างกันประมาณ 7 วัน รวมระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์

กิจกรรมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1) การสร้างอ่างโอบอุ้ม มี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทำความรู้จักกัน 2. นำเข้าสู่กระบวนการหวนรำลึกความหลัง 3. บอกวัตถุประสงค์หรือบทวนวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัด 4. ฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขและแบ่งปันเรื่องราว 5. สรุปวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกลุ่มบำบัด และ 6. มอบหมายการบ้าน และนัดครั้งต่อไป

2) วันวานแห่งความสุข มี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. ประเมินสมาชิกต่อการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. ฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องวันวานแห่งความสุขและแบ่งปันเรื่องราว 4. ชื่นชมความประทับใจจากการฟังเรื่องราววันวานแห่งความสุข 5. สรุปการหวนรำลึกความหลังวันวานแห่งความสุขและประโยชน์ที่ได้รับ และ 6. มอบหมายการบ้าน และนัดครั้งต่อไป

3) วันวานแห่งความรัก มี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. ประเมินสมาชิกต่อการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. ฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องวันวานแห่งความรัก และแบ่งปันเรื่องราว 4. การชื่นชมความประทับใจจากการฟังเรื่องราววันวานแห่งความรัก 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง วันวานแห่งความรักและประโยชน์ที่ได้รับและ 6. มอบหมายการบ้านและนัดครั้งต่อไป

4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ มี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่าน

มา 2. ประเมินสมาชิกต่อการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. ฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องวันวานแห่งความภาคภูมิใจ และแบ่งปันเรื่องราว 4. การชื่นชมความประทับใจจากการฟังเรื่องราว 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง วันวานแห่งความภาคภูมิใจและประโยชน์ที่ได้รับและ 6. มอบหมายการบ้านและนัดครั้งต่อไป

5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต มี 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. ประเมินสมาชิกต่อการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. ฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขเรื่องราวบทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และแบ่งปันเรื่องราว 4. การชื่นชมความประทับใจจากการฟังเรื่องราว 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และประโยชน์ที่ได้รับและ 6. การมอบหมายการบ้าน และนัดครั้งต่อไป และขั้นที่

6) บทสรุปของการรำลึกความหลังสู่ความสุข มี 4 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. การประเมินสมาชิกต่อการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. การสรุปผลการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่ผ่านมา และ 4. สิ่งที่ได้เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสิ่งที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ที่ม่วิจยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการสอนสาขาการพยาบาลจิตเวชและจิตเวช, พยาบาลจิตเวช (ปริญญาโท) ผ่านอบรมการทำกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข และพยาบาล

ผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีประสบการณ์เชี่ยวชาญในวัยรุ่น ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเครื่องมือโปรแกรมกลุ่มบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ไปทดสอบความเป็นไปได้ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ประเมินความเข้าใจในการใช้ภาษา ลำดับในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาความสอดคล้องการดำเนินกิจกรรมและพบว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดดังกล่าวสามารถใช้ในวัยรุ่น ซึ่งมีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างได้จริง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ทีมวิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²² ไปทดลองใช้กับกลุ่มวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเองทั้งหมดและมีทีมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ทีมวิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก ทีมวิจัยขอความอนุเคราะห์

ผู้ช่วยวิจัย 2 คน และเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้ ผู้ช่วยวิจัยต้องมีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดมาก่อน นัดประชุม/ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจกับแบบสอบถามทำความเข้าใจโปรแกรมกลุ่มบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ชี้แจงขั้นตอนการทำกลุ่มและเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น

1.3 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่ทำการวิจัย เพื่อชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย หลังได้รับการอนุมัติแล้ว ทีมวิจัยเข้าพบอาจารย์ผู้รับผิดชอบงาน OHOS (One Hospital, One School) เพื่อขออนุญาตนำกลุ่มตัวอย่างในการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำกลุ่ม การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ซึ่งในที่นี้อาจารย์ผู้รับผิดชอบงาน OHOS (One Hospital, One School) ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองให้ทำหน้าที่แทนลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ทีมวิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจงโดยทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) คะแนนภาวะซึมเศร้า อยู่ในช่วง 7-17 คะแนน ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ชี้แจงขั้นตอน และรายละเอียดในการทำวิจัย

2.2 ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มบำบัดการทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขครบ 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างอ่างโอบอุ้ม หลังจากนั้นเป็นการบำบัดทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขในขั้นตอนที่ 2-5 คือ 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการ

ดำเนินชีวิต และขั้นตอนที่ 6) บทสรุปของการรำลึกความหลังสู่ความสุข จะใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง และนัดทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอนห่างกันประมาณ 7 วัน รวมระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์

3. ชั้นประเมินผล

กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซ้ำ หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันทีและระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 เดือน และ 3 เดือน ทีมวิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติตามที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ นำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัด, หลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที, ระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือนและ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (Time series analysis) โดยเรียงลำดับของเวลาที่ต่อเนื่องกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) มีอายุ 15 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 18 ปี (mean=16; SD=1.11) ศึกษา

มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) และความสัมพันธ์ระหว่างนักเรียนกับบิดามารดาผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มีความรักใคร่กัน จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33)

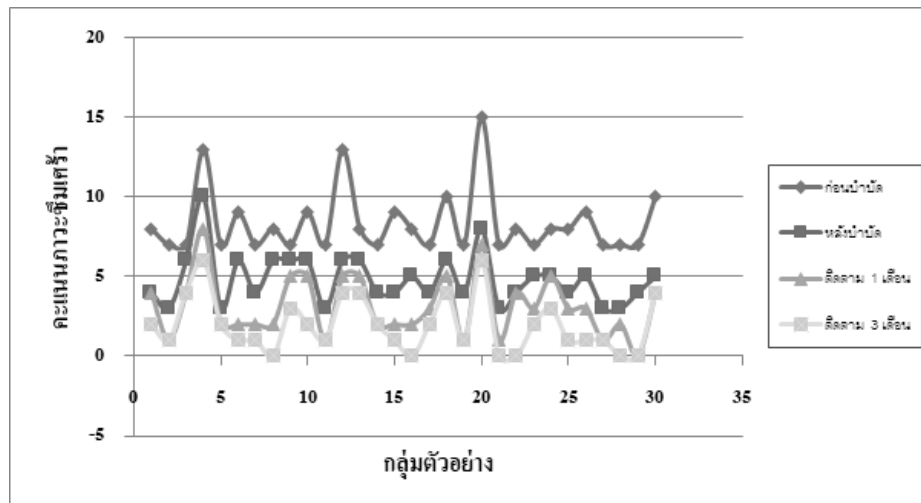
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัด หลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที ระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือนและ 3 เดือน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเรียงลำดับตามช่วงเวลา 4 ครั้งที่ต่อเนื่องกัน วิเคราะห์ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (Time series data) ดังแสดงในตารางที่ 1 และภาพที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของของกลุ่มตัวอย่าง และในระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัดและหลังการเข้ากลุ่มบำบัดทันทีที่ระยะติดตามผล 1 เดือน เป็น 7.36 (SD=2.80), 4.91 (SD=1.44), 3.64 (SD=1.27) ตามลำดับ และผลการวิเคราะห์แบบอนุกรมเวลา พบว่า ข้อมูลคะแนนและระดับของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง มีแนวโน้มลดลงตามลำดับจนสู่ระดับภาวะปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้ คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที น้อยกว่าระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัด และยังพบว่าระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือน คะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าระยะหลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที และระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 3 เดือน คะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือนตามลำดับ โดยทุกรายมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 3 เดือน (ตารางที่ 1 และภาพที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัด ระยะหลังเข้ากลุ่มบำบัดทันที ระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือน และระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 3 เดือน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (N=30)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนภาวะซึมเศร้า				ระดับความรุนแรง			
	ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที	ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 3 เดือน	ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที	ติดตาม 1 เดือน	ติดตาม 3 เดือน
1	8	4	4	2	mild	normal	normal	normal
2	7	3	1	1	mild	normal	normal	normal
...	...	...	...	...	...	...	...	...
12	13	6	5	4	moderate	normal	normal	normal
...	...	...	...	...	...	...	...	...
18	10	6	5	4	moderate	normal	normal	normal
19	7	4	1	1	mild	normal	normal	normal
20	15	8	7	6	moderate	mild	mild	normal
...	...	...	...	...	...	...	...	...
30	10	5	4	4	mild	normal	normal	normal



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัด หลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที ระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือนและระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 3 เดือน โดยใช้ข้อมูลอนุกรมเวลา (N=30)

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (pre-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดผล 4 ช่วงเวลา คือ ระยะเวลา ก่อนเข้ากลุ่มบำบัด ระยะเวลา หลังเข้ากลุ่มบำบัดทันที ระยะเวลา ติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือน และระยะเวลา ติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 3 เดือน (one-group, pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น และเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าของวัยรุ่น ตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

จากสมมติฐาน ข้อที่ 1 และ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขสามารถลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางได้ โดยพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที น้อยกว่าระยะก่อนเข้ากลุ่มบำบัด และพบว่า ในระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือน คะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าระยะหลังเข้ากลุ่มบำบัดเสร็จทันที และระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 3 เดือน มีคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าระยะติดตามผลหลังเข้ากลุ่มบำบัด 1 เดือนตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขเป็นกระบวนการกลุ่มที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันขาดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ ช่วยให้วัยรุ่นเกิดทักษะการคิดบวกและการจัดการอารมณ์ สร้างความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วม ลดการแยกตัว เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิตด้วยความรัก เกิดแรงจูงใจ ไม่ท้อถอย ภาคภูมิใจและยังเพิ่มปัจจัยปกป้องโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ด้วยสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล¹⁶ จะสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถและมีความสุขเข้มแข็งทางจิตใจ อยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุขดังตัวอย่างคำพูดที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “ได้ดูแลเพื่อน แก่งเลียง ให้เพื่อนยิ้ม สร้างสัมพันธภาพที่ดีมีความสุข” (S15) ควบคู่กับการสอนวัยรุ่นให้เรียนรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการแก้ปัญหา ชื่นชมให้กำลังใจกันและกัน เน้นการรำลึกความหลังที่เป็นสุข ทบทวนความคิด ดังตัวอย่างคำพูดที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “เต๊ะ (เต๊ะเป็นการแทนตัวเอง ซึ่งหมายถึงน้อง) อ่านหนังสือไม่ออก แต่พยายามฝึกอ่านจนอ่านได้มากขึ้น ทำให้มีกำลังใจว่าไม่มีอะไรยากเกินความสามารถเรา” (S30) ช่วยเพิ่มทักษะการคิดบวกจากเรื่องราวหรือประสบการณ์ในอดีตที่เป็นสุข¹³ พัฒนาวิธีการเผชิญกับอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองในทางสร้างสรรค์¹⁷ ดังตัวอย่างคำพูดที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “ได้เป็นพี่ staff ในค่ายและสามารถเข้ากับน้องๆ ได้ น้องๆ จะมาปรึกษา พูดคุยตลอด” (S9) ซึ่งโปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข จะประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสามารถนำมาอภิปรายแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะการสร้างอ่างโอบอุ้ม เป็นขั้นตอนทักทาย ทำความรู้จักกัน บอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขเป็นการทำความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งพบว่าการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ ผ่อนคลาย ไว้วางใจ กล่าวพูด กล่าวเล่าความรู้สึกกับกลุ่มวัยเดียวกัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรมเพื่อสร้างความมั่นใจ ไว้วางใจ เป็นความรู้สึกที่บุคคลหนึ่งรับรู้ได้ว่ามีผู้เอื้ออาทร เกิดความไว้วางใจ ปรับทุกข์ บอกเล่าเรื่องราว สร้างความรู้สึกผ่อนคลายของกลุ่มตัวอย่าง²³ ดังที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “เวลาที่ได้พูด

คุยกับเพื่อน ๆ รุ่นเดียวกัน รู้สึกดี เพื่อนจะเข้าใจ
เรามาก” (S10)

1.2 ระยะเวลารำลึกความหลัง กลุ่มตัวอย่างได้
หวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ดังนี้

1.2.1) วันวานแห่งความสุข จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทักทายพูดคุยหยอกล้อมากขึ้น และมีความรู้สึกผ่อนคลายจากครั้งที่ผ่านๆ มา มีการทบทวนกิจกรรมครั้งแรก ทบทวนกติกา กลุ่ม ให้เล่าเรื่องราวแลกเปลี่ยนประสบการณ์วันวานแห่งความสุข ดังตัวอย่างคำพูดที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “ได้อยู่กับเพื่อน ๆ เล่นฟุตบอล ยิ่งประตูดี้” (S4) ซึ่งความสุขเป็นอารมณ์ความรู้สึก สบายกาย สบายใจ หรือเป็นอารมณ์ที่พบกับความสมหวัง ความสุขเป็นพื้นฐานของมนุษย์ทุกเพศทุกวัย ความสุขทำให้มีพลัง มีความคิดสร้างสรรค์ ขณะเดียวกันความสุขเป็นแรงผลักดัน มองเป้าหมายชีวิตเป็นเรื่องท้าทาย เพื่อให้มีชีวิตที่สมหวังมากขึ้น²⁴ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับภาวะวิกฤตได้เป็นอย่างมาก²⁵

1.2.2) วันวานแห่งความรัก จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกผ่อนคลาย ให้ความสนใจ กล้าแสดงความคิดเห็นได้ดี กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้พูดมีการตอบสนองโดยการมองตา พยักหน้า มีการพูดชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมได้เล่าประสบการณ์แห่งความรัก ดังตัวอย่างคำพูดที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “ได้อยู่กับครอบครัว มีพ่อแม่ที่รักเรา (ยิ้ม แวตาประกาย) ได้เห็นรอยยิ้มของคนในครอบครัว” (S1) “ได้พบ ได้คุยกับคนที่แอบชอบ” (S21) “ได้อ่านอัลกุรอ่านให้แม่ที่เสียชีวิตแล้ว” (S9) (หมายเหตุ: อัลกุรอ่าน เป็นคัมภีร์ในศาสนาอิสลาม ชาวมุสลิมเชื่อว่าเป็นพระวจนะของอัลลอฮ์ที่ประทานทางเทวทูตญิบรีล มาสู่ท่านศาสดามุฮัมมัด) เป็นต้น ซึ่งความรักนั้นเป็นความต้องการ

ขั้นพื้นฐานทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เป็นความรู้สึกต้องการใครสักคนมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มาดูแล มอบความรักให้แก่กัน เป็นกิจกรรมหวนรำลึกความหลังที่เกิดจากความรัก เกิดจากการปฏิบัติตัวตามหลักศาสนาที่นับถือ เกิดความผูกพัน เข้าใจในอดีตที่ผ่านมา เป็นการสร้างและมอบสิ่งดี ๆ ให้กับตนเองและผู้อื่น สร้างความอบอุ่นมั่นคงทางจิตใจ จะทำให้เรามีความสุขมากขึ้นไปด้วย²⁶

1.2.3) วันวานแห่งความภาคภูมิใจจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วันวานแห่งความภาคภูมิใจ ดังตัวอย่างคำพูดที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “เพื่อน ๆ ชมว่าเล่นบอลเก่ง” (S4) “ภูมิใจที่สอบผ่าน” (S11) “ภูมิใจที่ได้เกิดเป็นลูกของพ่อแม่” (S1) “การให้กำลังใจและคำปรึกษาแก่เพื่อน” (S15) เป็นต้น จากกิจกรรมกลุ่มวันวานแห่งความภาคภูมิใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งความภาคภูมิใจมีทั้งการให้และรับจากผู้อื่น กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัว ปรับมุมมองและความรู้สึกในแง่ดีต่อตนเองและต่อผู้อื่น สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตและภาคภูมิใจในตนเอง²⁷ โดยการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ลดความเศร้าในจิตใจ

1.3 ระยะสรุปบทเรียนของการรำลึกความหลัง
 สู่ความสุขที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต เป็นกิจกรรม
 สรุปการทวนรำลึกบทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนิน
 ชีวิตที่ผ่านมา ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง
 ตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับผู้อื่น²⁸ และ
 เข้าใจธรรมชาติของชีวิตเป็นบทเรียนที่มีคุณค่าในช่วง
 เวลาที่ผ่านมา ที่มีทั้งความสุขและความทุกข์ ชีวิตจึง
 ต้องอยู่ได้ด้วยพลังของศรัทธา มีความหวัง มีกำลังใจ
 และมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับความทุกข์ ซึ่งความ

ศรัทธาและความหวังในชีวิตที่ผ่านมา จะช่วยสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน²³ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงทั้งตนเองและครอบครัว¹² ดังตัวอย่างคำพูดที่กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “สามารถทำในสิ่งที่ตนเองไม่ถนัด ไม่เก่ง เช่น เล่นวอลเลย์บอลไม่เก่ง แต่ซ้อมบ่อย ๆ จนสอบผ่าน” (S25) “ทำรายงานหาย สุดท้ายต้องทำใหม่ และได้คะแนนดีกว่าทุกครั้ง” (S29) เป็นต้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) สามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ โดยโปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังคิดถึงเรื่องที่มีความสุขในอดีตที่ผ่านมาช่วยเรียนรู้วิธีการลดอาการซึมเศร้า มีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สามารถวิเคราะห์อาการ เกิดการปรับตัวลดเศร้า ส่งผลให้สารแห่งความสุขเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขสามารถนำไปใช้ในการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นวัยเรียนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างนี้ได้
2. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของการใช้การบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยการศึกษาวิจัยทดลองต่อไป และศึกษารูปแบบการบำบัดแบบต่างๆ เช่น การบำบัดรายบุคคลและ/หรือรายครอบครัว เป็นต้น
3. ควรขยายผลการศึกษาการนำใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณงานยุทธศาสตร์พัฒนาด้านสาธารณสุขและสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก โครงการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ กิจกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตพื้นที่ชายแดน พื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่สูงและพื้นที่เกาะ

เอกสารอ้างอิง

1. Nakwaree K, Nintachan P, Sangon S. Effect of the resilience-enhancing program in junior high school students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2015; 29(2): 46-63. (In Thai)
2. Ngaongam B, Uthis P. The effect of the emotions management program on depression in early adolescents with behavioral problems. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2015;29(2):116-127. (In Thai)
3. Kaewkangwan S. Psychology of life development at all ages. Book 1, theoretical concepts – childhood central 2010. Bangkok: Thammasat University. (In Thai)
4. Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute; Child and Adolescent Psychiatry Club of Thailand and The Royal College Pediatricians of Thailand. Clinical practice guideline for adolescents with depression; 2018. Bangkok: Beyond. (In Thai)
5. Psychiatric and Mental Health, Nong Chik Hospital. Database for depression screening in Nong Chik District, Pattani Province;2018. (In Thai)
6. Uratanamnee S, Lerdsmarn S. Stress anxiety and depression of high school teenager in preparation for university admission. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2017;29(2):78-94. (In Thai)

7. Sogantat N. Violent Behavior: A case study of brawl of vocational education students in Bangkok. **Journal of Thai Justice System** 2014; 7(3): 99-120. (In Thai)
8. Upamairat T, Kongsuwan V, Suttharangsee W. The effect of a Self-Regulation Program on attitude toward violence self-behaviors of adolescent students. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2019;33(2):13-28. (In Thai)
9. Kongsuwan V, Chanchong W, Suttharangsee W and Intanon T. The effects of violence management skills training program for core-team high school youths in preventing aggressive behaviors. **Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities** 2104; 20(4): 73-105. (In Thai)
10. Nintachan P, Thanoi W, Sangon S, Pattanamas M, Intharaksa C. Factors predicting resilience in underprivileged adolescents. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2017; 31(1): 13-28. (In Thai)
11. Arunphongphaisan S. Epidemiology of depression. In Arunphongphaisan S, Wasananon S. editor. The book of depression. Khon Kaen: International Science Library; 2015. (In Thai)
12. Itthasakun P. Abnormal emotional disorder in Loetrakun M, Sukanich P. editor, Ramathibodi Psychiatry. No.3, pp.149-173. Bangkok: Department of Mental Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University;2012. (In Thai)
13. Kongsuk T, Chantong S, Kenbupha K, Sookawadee S, Yangyeen R, Leejongpermpon J. Reliability and accuracy of the Depression Scale with 9 Questions compared to the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17). Presented at the 9th international mental health conference;2010. (In Thai)
14. Laikongtham W, Pimtra S, Kongsuk T, Rungruangkolkit S. The results of a happy backache treatment group on depression in Thai elderly with depression. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2015;29(2):12-27. (In Thai)
15. Waiwattana V. Relationship between personal and family characteristics and quality of life elderly, Surat Thani province. Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University;2007. (In Thai)
16. Vatanasin D. Prevention of adolescent depression: from evidence to practice. **The Journal of Faculty of Nursing Burapha University** 2016;24(1):1-12. (In Thai)
17. Wongkhan M, Nintachan P, Sangon S. Factors related to resilience in adolescents. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2015;29(1):57-75. (In Thai)
18. Prohmpet W, Songwathana P. Research synthesis of mental remedy for people affected by the civil unrest in the southernmost provinces. **Journal of Liberal Art** 2018;10(1):. (In Thai)
19. Soonthomchaiya R. Recollection therapy: Psychosocial therapy in elderly depression patients. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2011;25(2):1-11. (In Thai).
20. Wannakasem W, Soonthornchaiya R. The effect of nursing program enhancing adaptation and reminiscence on depressive symptoms among older persons with major depressive disorder. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2011;25(3):82-96. (In Thai)
21. Wangthong A, Vanaleesin S, Wangthong A, Leedeng S, Lateh N. The effect of Happy Reminiscence Therapy on decreasing depression among women who lost their husbands from southern violence. **Nursing Journal of the Ministry of Public Health** 2019;29(3):94-106. (In Thai)

22. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai central dialect. **Journal of the Psychiatric Association of Thailand** 2018; 63(4): 321-334. (In Thai)
23. Wangthong A, Suttharangsee W, Wangthong A, Watsen T. Perspective of service recipients towards nursing with human heart in different cultures, Nongchik District, Pattani Province. **Nursing Journal of the Ministry of Public Health** 2013;23(3): 35-44. (In Thai).
24. Phalitnonkiat Y, Prasarnthong N. Happiness created at any age. Bangkok: The Agricultural Cooperative Assembly of Thailand;2013. (In Thai)
25. Ananpawet S. The effectiveness of the application under the concept of positive psychology for the happiness and negative emotions of parents of patients with autism. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2017; 31(3):30-44. (In Thai)
26. Tantipiwatanasakul P. 10 Happy commandments. Bangkok: The Agricultural Cooperative Assembly of Thailand. Agricultural Cooperative Assembly of Thailand;2013. (In Thai)
27. Sangon S, Nintachan P and Kingkaew J. Factors influencing depression in Thai disadvantaged adolescents in a province in the central region. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2018; 32(2):13-36. (In Thai)
28. Phuipha T, Bunthumporn N, Vuthiarpa S. The effect of a like-skill training program on the depressive symptoms of senior high school students. **Journal of the Royal Thai Army Nurses** 2018;19 (special):89-98. (In Thai)

นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง

ผ่องพรรณ อรุณแสง¹ วท.ม.

บุญชัย ตระกูลขจรศักดิ์² พบ. อว. (เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) อว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

ศิริณา ศรีธาทพิณ³ พบ. วว (จิตเวชศาสตร์) อว. (เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน)

กึ่งกาญจนา เมืองโคตร⁴ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

สกรณนต์. ชันเลื่อน⁵ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

สุทธินันท์ สุนิบัติ⁶ ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ: ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะการวินิจฉัยรักษาและดูแล เป็นบริการที่ยังจำกัดในระดับตติยภูมิเท่านั้น แม้จะมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิแต่ยังขาดการวินิจฉัยรักษาดูแลต่อเนื่องและครบวงจร บทความนี้นำเสนอระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง ซึ่งเป็นนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพที่ได้มีการพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่มีการพัฒนาเพิ่มเติม มี 3 ระบบย่อย คือ 1) ระบบคัดกรองและคัดแยก: แบบลงแขก ลงขัน 2) ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษา: สากลุกขุน และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน: ไตรภาคี ซึ่งทั้งสามระบบย่อยนี้มีการดูแลที่เชื่อมโยงกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะ รูปแบบของ “สากลุกขุน” ในโรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวเข้าถึงบริการการวินิจฉัยบำบัด รักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องจนครบวงจร โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องและขยายผลต่อไป

คำสำคัญ: นวัตกรรมระบบ, การดูแลแบบครบวงจร, ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านฝาง (วาระถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562)

³ นายแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

^{4,5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝาง

⁶ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail: ssuttin@kku.ac.th

Comprehensive Care System Innovation for Older Persons with Dementia : BanFang District Model

Pongpan Aroonsang¹ MS.

Boonchai Trakulkajornsak² MD. Dip. (Preventive Medicine) Dip. (Family Medicine)

Sirina Satthapisit³ MD. Dip. (Psychiatry) Dip. (Preventive Medicine)

Kingkanjana Mounkote⁴ MSN (Community Nursing)

Songkran Kunleun⁵ MSN (Mental Health and Psychiatric Nursing)

Suttinan Subindee⁶ PhD (Nursing)

Abstract : Care system for older persons with dementia, especially diagnosis, treatment and care services are still limited to the tertiary care level. Despite there was dementia screening service at the primary care level, there was discontinuation of diagnosis, treatment and care services after screening. This article presents dementia care system innovation for older persons with dementia: BanFang district model which was developed and further refined from action research on “Development of dementia care service system: A case study of BanFang District, Khon Kaen province.” This system innovation comprised of 3 sub-systems: 1) screening and identifying cases: helping each other and sharing resources; 2) diagnosis, treatment and care: jury panel system; and 3) continuing care in community: three parties’ collaboration. This system has care continuation among at all 3 levels of care: primary, secondary, and tertiary care levels. “jury panel method” at community hospital was an important point of care continuation of this system. This resulted in increasing access to diagnosis, treatment and care of older persons and their families within the dementia comprehensive care system. It is suggested that this system should be further developed and expanded.

Keywords: system innovation, comprehensive care, older persons with dementia

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² Hospital Director, BanFang Hospital, (the term until , September 2019)

³ Psychiatrist, Expert Level, Department of Psychiatry, Khon Kaen Regional Hospital,

^{4,5} Professional Nurse, Expert Level, BanFang Hospital,

⁶ Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; Corresponding author; E-mail: ssuttin@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้นในภาวะสังคมผู้สูงอายุ มีการคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2543, 2553, 2563 และ พ.ศ.2573 จะมีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 162,563 คน (ร้อยละ 3.04) เป็น 241,378 คน (ร้อยละ 3.35) เป็น 358,265 คน (ร้อยละ 3.33) และเป็น จำนวน 532,560 คน (ร้อยละ 3.36) ตามลำดับ¹ และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 8.1 พบในผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 9.2) มากกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 6.8) และพบว่า ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4.8 กลุ่มอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 7.7 กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบสูงถึง ร้อยละ 22.6 ตามลำดับ² ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อพร้อมรับสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นนี้

ระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันด้านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีข้อแนะนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ให้ทำการคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อมต่างๆ ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และในระดับตติยภูมิ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ^{3, 4} การดำเนินการคัดกรองตามนโยบายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขระดับต่างๆ ในระดับพื้นที่บางแห่งพบว่าผู้ทำหน้าที่ประเมิน/คัดกรองจริงส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และ/หรือบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งเมื่อดำเนินการคัดกรองแล้ว ผู้ที่ได้รับการคัดกรองส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ผลการ

คัดกรองเข้าข่ายหรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อการวินิจฉัยแยกโรค มักไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระดับตติยภูมิ ทำให้ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรได้^{5, 6} โดยเฉพาะด้านการวินิจฉัยและรักษาภาวะสมองเสื่อมพบว่า ยังเป็นปัญหาของสาธารณสุขไทย ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปยังมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยแยกโรค เพราะต้องเกี่ยวข้องกับแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ได้แก่จิตแพทย์ อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ด้านประสาทวิทยา อายุรแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์ประสาทรังสี และอื่น ๆ ในการร่วมวินิจฉัยรักษาและดูแล^{4, 6} ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอยู่มีหลายขั้นตอน ขาดความต่อเนื่อง และไม่ครบวงจรความสามารถในการเข้าถึงการดูแลภาวะสมองเสื่อมจึงขึ้นกับศักยภาพของครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสำคัญ

สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย จึงได้จัดทำโครงการการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย ทั้งในเขตเมือง เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทและเขตชนบท โดยมีพื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่นำร่องหนึ่งในห้าแห่งของประเทศไทย โดยเป็นพื้นที่แบบชนบท^{6, 7} และจากการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะ

สมองเสื่อมครบวงจร พื้นที่อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นและทีมวิจัยพื้นที่ของอำเภอบ้านฝาง ในระยะเวลา 1 ปี 8 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ทำให้เกิดผลลัพธ์ นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการการดูแลครบวงจรในชุมชน (ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ) โดยมีการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกกลุ่มของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะต่าง ๆ มีการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถลดขั้นตอนการส่งต่อการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิได้⁷ ซึ่งมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มเติมโดยทีมส่วนกลาง⁸ ดังนำเสนอในบทความครั้งนี้

ระบบการดูแลแบบครบวงจร เป็นการดูแลที่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทุกระยะสภาพสมองทั้งภาวะที่มีการรู้คิดหรือสภาพสมองปกติ (normal cognition) ภาวะที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment, MCI) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) และในทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การบำบัดรักษาและการดูแล ที่เป็นการบูรณาการบริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมโดยมีชุมชนเป็นฐาน เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการที่บ้านและในชุมชน^{7,8}

นวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครบวงจรโมเดลอำเภอบ้านฝาง มีระบบย่อย 3 ระบบที่เป็นความใหม่บ่งบอกได้ว่าเป็นนวัตกรรมระบบที่

ไม่มีปรากฏมาก่อนคือ 1) ระบบคัดกรองและคัดแยก: ลงแขก ลงขัน 2) ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อ: ทีม/สภาชุมชน และ 3) ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน: ไตรภาคี^{7,8} ดังต่อไปนี้

1. ระบบคัดกรองและคัดแยก: ลงแขก-ลงขัน

การคัดกรองและการคัดแยกเป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อการจำแนกจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนในชุมชนหรือแต่ละตำบล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่พบความผิดปกติหรือเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดหรือภาวะสภาพสมองปกติ (normal cognition) 2) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment, MCI) ซึ่งในการดำเนินงานในพื้นที่ใช้คำว่า “กลุ่มที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อย” เพื่อสามารถสื่อสารกับภาคประชาชนได้เข้าใจขึ้นและ 3) กลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (dementia) การดำเนินงานตามโมเดลอำเภอบ้านฝางในการคัดกรองและคัดแยกนี้ เป็นความร่วมมือของทั้งภาคสุขภาพ ภาคสังคม/ท้องถิ่น และภาคชุมชน/ท้องถิ่น ร่วมดำเนินการแบบ “ลงแขก” คือการดำเนินงานร่วมกันแบบร่วมด้วยช่วยกัน และมีการ “ลงขัน” คือ การร่วมสนับสนุนงบประมาณ/แหล่งประโยชน์ ตามกำลังความสามารถ เช่น การสนับสนุนงบประมาณ สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และยานพาหนะ เป็นต้น ทั้งนี้จะมี Dementia care manager หรือ DT care manager ของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของตำบลนั้น เป็นผู้จัดการ คัดกรองและคัดแยกโดยมีแนวทางดำเนินการดังนี้

1.1 การคัดกรอง มีวัตถุประสงค์เพื่อการจำแนกผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความจำออก

จากกลุ่มที่ยังไม่พบความผิดปกติ เป็นการดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือบุคลากรภาคประชาชน [7] โดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม แบบคัดกรองนี้ออกแบบมาให้ผู้สูงอายุผู้ดูแลและญาติที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุสามารถทำแบบคัดกรองนี้ได้ ข้อความที่ต้องตอบมี 14 ข้อ เป็นการถามเหตุการณ์ตามข้อความทีละข้อ และให้ถามความถี่ของการเกิดในทุกข้อ คะแนนที่ได้พิจารณาตามความถี่โดยค่าคะแนน 1 คือ เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรืออาจจะเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ค่าคะแนน 2 คือ เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรืออาจจะเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน ค่าคะแนน 3 คือ เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรืออาจจะเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์ และค่าคะแนน 4 คือ เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน คะแนนรวมสูงสุดหรือทุกข้อคำถามมีเหตุการณ์นั้นเกิดในความถี่ที่เป็นทุกวัน จะมีคะแนนสูงสุดคือ 56 คะแนน และคะแนนรวมต่ำสุดหรือทุกข้อคำถามมีเหตุการณ์นั้นเกิดในความถี่ที่แต่ละปีหรือมีนาน ๆ ครั้งหรือไม่มีเลย คือ 14 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมที่สูงแสดงถึงความจำบกพร่องมาก คะแนนรวมที่น้อยหรือต่ำแสดงว่ามีความจำบกพร่องน้อย จุดตัดคือเท่ากับ 40 หรือมากกว่า แสดงถึง มีปัญหาความจำมาก ควรได้รับการประเมินต่อไป แต่ในโมเดลบ้านฝางนี้ได้พิจารณาพื้นฐานการศึกษาและความซับซ้อนของภาษาและวัฒนธรรมการตอบคำถามของผู้สูงอายุ กำหนดจุดตัดที่ 30 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการคัดแยกในระยะต่อไป

การดำเนินการคัดกรองของโมเดลบ้านฝางนี้มีพยาบาลวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนและของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของตำบลที่ศึกษาเป็นผู้จัดการคัดกรอง

แบบลงแขก-ลงขัน โดยเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจนมีคุณสมบัติสามารถเป็น dementia care manager (DT care manager) ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแล ทีมดำเนินงานหลัก คือ อสม. ของตำบลที่ผ่านการอบรมและผ่านการฝึกฝนการใช้แบบคัดกรองความจำ 14 ข้อคำถามและแบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นเครื่องมือ ผู้สูงอายุทุกรายต้องได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเนื่องจากการมีภาวะซึมเศร้าจะมีผลต่อคะแนนการคัดกรองความจำหรือสมรรถภาพสมองที่ผิดปกติได้

ระบบการคัดกรองเริ่มจาก DT care manager ของแต่ละตำบล รวบรวมและตรวจสอบรายชื่อของผู้สูงอายุทั้งหมดของตำบลให้เป็นปัจจุบัน จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุจัดเตรียมแบบประเมิน และวางแผนการดำเนินการ โดยการจัดอบรม อสม.ในพื้นที่ของต้นเกี่ยวกับความสำคัญและเป้าหมายของการทำการคัดกรอง ถ่ายทอดเทคนิค วิธีการเข้าถึงผู้สูงอายุ วิธีการถามเพื่อให้ได้คำตอบตามเป้าหมาย การพิจารณาคำตอบ การให้คะแนนอย่างถูกต้อง การบอกผลและการบันทึก ต้องมีการคัดเลือก อสม. ที่มีทักษะเหมาะสมทำการคัดกรอง และการมอบหมาย อสม. ทำการคัดกรอง ตามระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งตรวจสอบผลการคัดกรอง รวบรวมรายงานจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง รายงานปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน และทำการแก้ไขปัญหาลูกตั้งต้นด้วย

DT care manager ของแต่ละตำบลจะตรวจสอบจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมอบหมาย อสม. ที่รับผิดชอบติดตามผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองตามมูลเหตุของปัญหา จัดทำทะเบียนผู้ทำการคัดกรองจริงตามรายชื่อผู้สูงอายุ และตรวจสอบความถูกต้องของผลการคัดกรอง จาก

นั้นจำแนกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน จัดเป็นกลุ่มยังไม่พบความผิดปกติและ 2) กลุ่มที่มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีความสงสัยว่ามีความบกพร่องด้านความจำ โดยกลุ่มที่สงสัยมีความบกพร่องด้านความจำนี้ DT care manager จะจัดทำทะเบียนรายชื่อไว้เพื่อเตรียมเข้า “ระบบคัดแยก” พร้อมบันทึกจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและประมวลผลความครอบคลุมของการคัดกรองโดยแสดงเป็นค่าร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากจำนวนประชากรสูงอายุทั้งหมดที่มีอยู่เป้าหมายคือความครอบคลุมร้อยละ 80

1.2 การคัดแยก เป็นการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองมาแล้วว่า เป็นกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านความจำมาทำการคัดแยกถึงความบกพร่องของสภาพสมอง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีคะแนนการคัดกรองเข้าข่ายสงสัยว่าผิดปกติ แต่เมื่อคัดแยกซ้ำ พบว่าเป็นกลุ่มปกติ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะถูกนำกลับเข้าไปรวมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ผลจากการคัดกรองพบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม การคัดแยกดำเนินการโดยบุคลากรทีมสุขภาพซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ ในการคัดแยกมาตรฐาน 2 ชุด คือ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini-Mental State Examination, MMSE) และแบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย โดยต้องทำการประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เพื่อแยกภาวะซึมเศร้าก่อนการคัดแยกภาวะสมองเสื่อมด้วย

แบบประเมิน MMSE ผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จะได้รับการจัดกลุ่มเพื่อเข้ารับการวินิจฉัยในระยะต่อไป ในขณะที่ผู้ไม่พบความผิดปกติจะได้รับการคัดแยกหาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ด้วยแบบประเมิน MoCA ต่อไป กรณีที่ไม่พบความผิดปกติจะถูกนำไปรวมกลุ่มผู้ที่ไม่พบความผิดปกติจากการคัดกรองและจากการคัดแยกด้วย MMSE ต่อไป

การดำเนินการคัดแยกด้วยวิธีการลงแขก เป็นการระดม บุคลากรผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ ทั้งในและนอกพื้นที่ดำเนินการมาร่วมกันคัดแยก โดยมี DT care manager ของแต่ละตำบล นัดหมายผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มาทำการคัดแยกตามสถานที่ที่นัดหมาย พร้อมประสานกับทีมสังคมและชุมชน ในการจัดรถรับส่งและการอำนวยความสะดวก ถือว่าเป็นการลงขันทรัพยากรร่วมกัน การลงแขกทำงานของทีมสุขภาพนี้เป็นวิธีการทำงานที่มีภาคสังคมและชุมชนลงขันร่วม เป็นบริการสุขภาพเชิงรุก ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กระทั่งเวลาในการดำเนินการ ทำให้ DT care manager ได้จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม นำสู่การกำหนดแผนการดูแลในระบบบริการขั้นต่อไปได้อย่างทันการณ์ทันเวลา

การคัดกรองที่มีการระดม อสม.ที่มีทักษะในการใช้แบบสอบถาม มาช่วยพื้นที่ที่ทำได้ และการคัดแยกที่ระดมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ผู้รู้ผู้ทำได้จากแหล่งต่าง ๆ มาร่วมดำเนินการ เป็นการทำงาน ตามโมเดลอำเภอบ้านฝางเรียกว่า การลงแขก การร่วมทุนของทีมสังคมและชุมชนในการดำเนินการคัดกรองคัดแยกเรียกว่า การลงขัน ดังนั้นระบบคัดกรองและคัดแยกที่เกิดขึ้นนอกจากเป็นระบบใหม่ ที่ดำเนินการครอบคลุมผู้สูงอายุแล้วยังเป็นระบบการดูแลที่มีการลงแขก-ลงขันร่วมกันของภาคในพื้นที่อีกด้วย

ตามโมเดลบ้านฝางนี้ ผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มจะได้รับการดูแล โดย 1) กลุ่มปกติหรือไม่พบความผิดปกติจากการคัดกรองคัดแยก จะนำสู่โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีการออกกำลังกายสมอง หรือ brain exercise ที่มีการดำเนินการในตำบลนั้น 2) กลุ่มมีภาวะความจำหรือการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จะถูกคัดสรรผู้ที่ร่วมกิจกรรมได้เข้าสู่ระบบการพัฒนาศักยภาพสมอง ซึ่งเป็นการดูแลที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่มีความจำหรือการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่อยู่ระหว่างกลุ่มปกติและกลุ่มสมองเสื่อม และ 3) กลุ่มที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม จะเป็นตัวนำเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อ ที่เป็นระบบเชื่อมต่อกับระบบคัดกรอง-คัดแยกนี้

2. ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อ: สากลุข

หัวใจสำคัญของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร คือ การค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน เพื่อให้การวินิจฉัยบำบัดรักษาและให้การดูแล ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและอย่างสมศักดิ์ศรีโดยเครือข่ายของทุกภาคส่วนทั้งสุขภาพสังคม/ท้องถิ่น และชุมชน/ท้องที่

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมโดยใช้การวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis) นั้น ตามมาตรฐานการรักษาแล้ว ผู้ทำการวินิจฉัยต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือผ่านการฝึกอบรมการวินิจฉัยและดูแลภาวะสมองเสื่อมมาแล้ว ซึ่งในระดับโรงพยาบาลชุมชน แพทย์เฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญด้านนี้มีน้อยมาก ความจำกัดนี้เป็นการปิดกั้นโอกาสของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในการได้รับการวินิจฉัย บำบัดรักษาและการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่ายร่วมกับ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ

ที่รับผิดชอบให้การดูแลสุขภาพประชาชนทั้งอำเภอตามโมเดลบ้านฝางนี้ มีการพัฒนาระบบการวินิจฉัยและรักษาบำบัดผู้ที่ภาวะสมองเสื่อมให้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน อันเป็นการเปิดโอกาสให้การรักษาภาวะสมองเสื่อมได้ขยายขอบเขตออกไป ผู้คนเข้าถึงได้ง่ายขึ้นและไม่ถูกกละเลย ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยุคสังคมผู้สูงวัยย่อมจะมีโอกาสดีขึ้น

เนื่องจากระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว ที่เป็นเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาในพื้นที่บ้านฝางนั้น ไม่มีตัวอย่างให้เรียนรู้-เลียนแบบ เป็นความใหม่ที่ต้องเรียนรู้และพัฒนาขึ้น จึงเป็นโอกาสของการพัฒนาการมีทีมงานสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพยาบาลวิชาชีพระดับปฐมภูมิที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญในการดูแลระดับทุติยภูมิ เป็นอย่างดี โดยมีการทำงานร่วมกับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้กันอยู่แล้ว และมีจุดที่สำคัญ คือ ผู้นำองค์กรหรือผู้อำนวยการของโรงพยาบาลชุมชน เห็นประโยชน์ของการมีระบบเชื่อมโยงกับชุมชน โดยสิ่งที่ต้องขับเคลื่อนหรือทำให้เกิดขึ้นในการพัฒนาระบบ คือ การพัฒนาทีมสุขภาพทุกระดับบริการสุขภาพให้มีความรู้มีทักษะ และมีประสบการณ์ตรงในการประเมิน ค้นหาผู้ที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม และมีการวินิจฉัย บำบัดรักษาและการดูแลในชุมชน

ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อโมเดลบ้านฝางนี้ การมีฉันทามติร่วมใจกันพัฒนา เป็นสิ่งสำคัญให้มีระบบการวินิจฉัยและบำบัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลบ้านฝาง มีระบบส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติมในกรณีที่สงสัยหรือมีความต้องการพิเศษ คือ มี

ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษาแล้ว และมีการบูรณาการภาคีทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนเป็นรากฐานของการพัฒนาระบบใหม่

การวินิจฉัยบำบัดรักษาและส่งต่อโมเดลบ้านฝาง การดำเนินการ มีกระบวนการวินิจฉัยที่มี ทีมการวินิจฉัย และมี กระบวนการวินิจฉัย ดังนี้

2.1 ทีมการวินิจฉัย เรียกว่าทีมลูกขุน และการประชุมเพื่อการวินิจฉัย เรียกว่า สภาลูกขุน ทีมลูกขุนมีบุคคลสำคัญ 3 ชุดด้วยกัน คือ ทีมงานที่เป็นต้นเรื่อง เป็นผู้นำเสนอผู้สูงอายุเข้ารับการวินิจฉัยบำบัดรักษา ผู้ประสานงาน เป็นผู้ประสานงานในระบบนี้ และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นทีมแพทย์ผู้ทำการวินิจฉัยและบำบัดรักษา

2.1.1 ต้นเรื่องในที่นี้ คือ DT care manager เป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนและของ รพ.สต. ที่รับผิดชอบเป็นผู้นำเสนอผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเข้ารับการวินิจฉัยบำบัดรักษาพยาบาลต้นเรื่อง นี้จะคัดสรรผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ของตน โดยพิจารณาจากคะแนน MMSE (คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่ระดับการศึกษานั้น ๆ) ทำการประเมินและประมวลข้อมูลสุขภาพและสภาพสมองส่งเข้ามาที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ทีมแพทย์ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำการวินิจฉัยบำบัดรักษาโดยประสานกับ ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลบ้านฝาง เพื่อจัดคิวและเตรียมข้อมูลเพื่อเข้ารับการวินิจฉัย

การนำเสนอผู้สูงอายุเข้ารับการวินิจฉัยนั้น ต้องมีข้อมูลที่ครอบคลุม ชัดเจน และตรงประเด็นเพื่อการวินิจฉัยได้ถูกต้อง ดังนั้น “กรณีศึกษา” จึงเป็น

เครื่องมือของพยาบาลต้นเรื่องในการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เห็นสถานการณ์จริงและเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพได้ครอบคลุมทั้ง ข้อมูลสุขภาพทั่วไป เส้นทาง การเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของการรู้คิดที่ระบอบการที่เกิดขึ้น การเริ่มมีอาการ การดำเนินของอาการ การจัดการอาการระยะแรก (การดูแลโดยตนเองและครอบครัว) การบำบัดรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา ผลกระทบต่อผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัวทุกด้าน ทั้งด้านการดูแล การเงิน เศรษฐกิจ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของคนในครอบครัว ผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล บทบาทของทีมสุขภาพในการดูแล ความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อมูลของกรณีศึกษาต้องสะท้อนเส้นทางของปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางสมองที่เกิดขึ้น ตั้งแต่แรกเริ่ม ต่อเนื่องเป็นลำดับ กระชับ ชัดเจน และมีข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยได้ ดังนั้นพยาบาลต้นเรื่องจะประมวลสรุปบันทึกข้อมูลใน แบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory: AIT) ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้การนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลหน้าที่สมอง (cognitive function) 6 ด้าน และข้อมูลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living, BADL) และการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living, IADL) ในเครื่องมือที่จัดทำสรุปเป็นแผ่นเดียว (one page) ไว้อย่างชัดเจนเป็นระบบ เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์วินิจฉัยและดูแล

ระบบการวินิจฉัยนี้เป็นการลดขั้นตอนของการวินิจฉัยให้กระชับขึ้น เพราะในภาวะปกตินั้น ขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ ในการวินิจฉัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหนึ่งคนที่ญาติพาไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจนถึงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางนั้น ต้องใช้เวลาในการไปตรวจหลายครั้ง ต้องการข้อมูลสุขภาพหรืออาการที่ชัดเจนตรงประเด็น ต้องใช้เวลาการไปโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งจึงจะได้รับการวินิจฉัยและได้รับการบำบัดรักษา⁷ แต่ในระบบที่มีกรณีศึกษาแบบแผ่นเดียว (one page) ที่พยาบาลวิชาชีพต้นเรื่องนำเสนอในโมเดลอำเภอบ้านฝางนี้ เป็นงานเชิงรุก และทำให้กระบวนการวินิจฉัยบำบัดรักษากระชับขึ้น

การนำเสนอข้อมูลกรณีศึกษา

ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) เส้นทางการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของการรู้คิดที่แสดงการเกิดอาการอะไร เมื่อไหร่ อย่างไร ดำเนินไปอย่างไร การจัดการอาการระยะแรก (การดูแลโดยตนเองและครอบครัว) การบำบัดรักษาที่ได้รับ ผลการรักษา ผลกระทบต่อผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบต่อครอบครัวทุกด้าน ทั้งด้านการดูแล การเงินเศรษฐกิจ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของคนในครอบครัว ผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลบทบาทของทีมสุขภาพในการดูแล ความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประมวลข้อมูล และนำเสนอเป็น แบบบันทึกวิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory: AIT) ดังนี้

- ประวัติและการดำเนินของความสัมพันธ์ของสภาพสมอง พฤติกรรมและอารมณ์
- ประวัติและการดำเนินของความสัมพันธ์ของการรู้คิด (cognition) 6 ด้านได้แก่ ความจำ

(memory) การใช้ภาษา (language) สมาธิ-ความใส่ใจ (attention) มิติสัมพันธ์ (visuospatial) การบริหารจัดการ หรือการตัดสินใจและวางแผน (executive function) และ การทำหน้าที่ด้านสังคม (social function)

- ความสามารถในการทำหน้าที่ ทั้งกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (BADL และ IADL)

- คะแนนผลการคัดกรองและการคัดแยก (14 ข้อคำถาม, MMSE, MoCA, และ TGDS)

ความสำเร็จในการวินิจฉัยบำบัดรักษาเชิงรุกนี้ พยาบาลต้นเรื่องต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เรื่องการดูแลสมองเสื่อมและมีทักษะในการประเมินข้อมูลภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย การทำหน้าที่ของสมอง (6 domains) และความสามารถในการทำหน้าที่ได้ ซึ่งตามโมเดลบ้านฝางนี้ คือ DT care manager ที่รับผิดชอบ เป็นเจ้าของกรณีศึกษา ส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อการวินิจฉัยบำบัดรักษา นำเสนอข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยไม่เพียงเท่านั้น DT care manager นี้ยังเป็นผู้ขับเคลื่อนที่สำคัญในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนอีกด้วย

2.1.2 ผู้ประสานงาน หรือในที่นี้ คือ DT care coordinator ในระบบนี้มีผู้ประสานงานระหว่างพยาบาลต้นเรื่องทีมงานในโรงพยาบาลชุมชน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือแหล่งประโยชน์อื่น ผู้ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในโมเดลบ้านฝาง ใช้ชื่อว่า DT care coordinator ซึ่งเป็นพยาบาลด้านจิตเวชที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่ประสานรับกรณีศึกษาจากพื้นที่จัดคิวเตรียมข้อมูลการบำบัดรักษาที่เคยได้รับจากเวชระเบียนและ OPD card จัดการประสานการทำงานกับแพทย์ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบการ

ดูแลด้านสมองเสื่อม และประสานนัดหมายการประชุมแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อเข้าร่วมการวินิจฉัยและการบำบัดรักษา และยังทำหน้าที่ประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และส่งผู้สูงอายุและข้อมูลการรักษาคืนกลับยังพยาบาลต้นเรื่อง (DT care manager) เพื่อเข้าระบบการดูแลต่อเนื่องต่อไป

2.1.3 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ระบบการวินิจฉัยรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามโมเดลบ้านฝางนี้ มีกระบวนการวินิจฉัยและรักษาที่มีมาตรฐานและทำได้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นแพทย์ประจำโรงพยาบาลบ้านฝางจึงเป็นแพทย์เจ้าของไข้ ที่ให้การวินิจฉัยรักษาร่วมกับแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญ กระบวนการนี้ทำให้มีแพทย์ผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมที่โรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายระบบการวินิจฉัยรักษาภาวะสมองเสื่อมที่มีศักยภาพ ใช้งานได้จริงเกิดขึ้นในระบบการสาธารณสุขไทยที่น่าพึงพอใจ เกิดในโรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้ชิดประชาชนและเป็นการเตรียมคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาที่จะเกิดในสังคมสูงอายุ โมเดลการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของบ้านฝางนี้ ถือเป็นตัวอย่างของการลดทอนขั้นตอนการเข้าถึงการรักษาบำบัดที่สามารถปรับใช้เพื่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เป็นอย่างดี และที่สามารถขยายผลการดำเนินการได้

สภาลูกขุน ตามโมเดลบ้านฝางนั้น คือ ทีมผู้ร่วมทำการวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในสภาลูกขุนมี ทีมลูกขุน และตัวแทนสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลหน่วยการดูแลต่อเนื่อง ผู้สนใจ และมีนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาที่เป็นเครือข่าย

ทีมลูกขุน จะเป็นหลักในสภาลูกขุน นั่นคือ ต้องมีแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมที่เป็นจิตแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมจากแหล่งประโยชน์ที่เป็นเครือข่าย ซึ่งโดยทั่วไปคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมกับ DT care manager และ มี DT care coordinator เป็นหลัก

2.2 กระบวนการวินิจฉัย การวินิจฉัย บำบัดรักษาและส่งต่อ เริ่มต้นที่ DT care manager เจ้าของกรณีศึกษา ที่ทำการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุประเมินชีวประวัติการเจ็บป่วย การทำหน้าที่การรู้คิดหรือสภาพสมองที่บกพร่องไป (cognitive impairment) และความสามารถในการทำหน้าที่ (BADL & IADL) ประมวลเป็นเอกสารและสื่อในการนำเสนอที่เรียกว่า วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (AIT) โดยมีข้อมูลการทำหน้าที่การรู้คิดหรือสภาพสมองที่บกพร่อง ความสามารถในการทำหน้าที่ และผลการทดสอบหน้าที่สมองและอารมณ์ที่ได้ดำเนินการ ข้อมูลและรายชื่อผู้สูงอายุที่จะเข้ารับการวินิจฉัยบำบัดรักษาของแต่ละตำบล จะถูกส่งมายัง DT care coordinator ผู้ประสานการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่นี้จะทำการลงทะเบียน จัดลำดับการเข้าสภาลูกขุน จัดการและประสานการประชุมสภาลูกขุนให้เกิดขึ้น

สภาลูกขุน/ทีมลูกขุนในที่ประชุมจะร่วมรับฟังข้อมูลของผู้สูงอายุที่นำเสนอโดย DT care manager ที่เป็นเจ้าของกรณีศึกษา และร่วมกันประมวลข้อมูลเพิ่มเติม ทำการตรวจร่างกาย (กรณีสามารถพาผู้สูงอายุมาร่วมการประชุมได้) วิเคราะห์ วินิจฉัย สั่งแผนการรักษาและพิจารณาให้แนวทางในการดูแล ทีมดำเนินการเรียกกระบวนการประชุมพิจารณาว่า การประชุม

สภาลูกขุน โดยตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่นอกเหนือจากทีมลูกขุนจะร่วมให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย บำบัดรักษา รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องด้วย

ทีมลูกขุน จะรับผิดชอบร่วมกันให้การวินิจฉัยหรือทำการ “คัดกลุ่ม” ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากกลุ่มผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ถือเป็นขั้นตอนต่อจากการคัดกรองและคัดแยก ทำให้การจำแนกผู้สูงอายุทั้งหมดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ กลุ่มสภาพสมองปกติ กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม

ทีมลูกขุนไม่เพียงวินิจฉัยหรือคัดกลุ่ม ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่านั้น ยังให้แนวทางการรักษาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวที่บ้านแบบส่งตรงต่อให้ DT care manager ที่เจ้าของกรณีศึกษารวมทั้งครอบครัว ญาติและผู้ดูแล รับรู้ผลโดยตรง ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องและครอบครัวได้รับข้อมูลการรักษาดูแลโดยตรงเหมือนกันพร้อมกัน สามารถสอบถามเป้าหมายและแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เกิดความเข้าใจมั่นใจในการดูแล โดยเฉพาะเรื่องการใช้จ่าย ซึ่งยังประโยชน์ต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จัดได้ว่าเป็น one stop service ที่มีเป้าหมายชัดเจนและลดทอนขั้นตอนกระบวนการวินิจฉัยรักษาได้อย่างแท้จริง

DT care coordinator นอกจากบันทึกผลการวินิจฉัยและแผนการรักษาไว้เป็นหลักฐาน จัดทำฐานข้อมูลและส่งต่อหลักฐานและแผนการดูแลให้ DT care manager ในพื้นที่เพื่อการดูแลในชุมชนต่อไปแล้วในกรณีที่ต้องส่งต่อไปตรวจวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยจะประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลตติยภูมิ นัดหมายการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาเพิ่มเติม ซึ่งแนวทางการรักษาและบำบัดดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากแพทย์ระดับตติยภูมิ

จะถูกส่งต่อกลับคืนมายังแพทย์ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ และ DT care coordinator ก่อนส่งต่อไปยัง DT care manager เจ้าของกรณีศึกษาเพื่อการดูแลในชุมชนต่อไป

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โมเดลอำเภอบ้านฝางนั้น ตั้งเป้าหมายไว้ว่า โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นเจ้าภาพหลัก สามารถดำเนินการได้อย่างอิสระ โดยการสนับสนุนและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน: ไตรภาคี

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โมเดลอำเภอบ้านฝางเป็นการดูแลเชิงรุก ใช้แนวความคิดมีส่วนร่วมของไตรภาคี และมีวิธีปฏิบัติอย่างมีระบบระเบียบ ทั้งการประเมิน การตัดสินใจปัญหาและความต้องการ การจัดการดูแล การประเมินผลและส่งต่อจึงถือว่าเป็นนวัตกรรม ที่มีความใหม่ที่ดำเนินโดยไตรภาคีและมีระบบในการดำเนินการ

เป้าหมายของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนนี้ คือ การดูแลโดยภาคีสุขภาพ สังคมและชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านและในชุมชน ซึ่งการดูแลนั้นนอกจากครอบคลุมทุกมิติแล้ว ยังต้องสะท้อนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างชัดเจน กลวิธีที่ใช้คือการเยี่ยมบ้าน โดยมีทีมสุขภาพหรือ DT care manager ประจำพื้นที่หรือเจ้าของกรณีศึกษา เป็นผู้จัดการและประสานการดูแลให้เกิดขึ้นใช้เครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อการมีส่วนร่วมของไตรภาคี คือแบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวโมเดลอำเภอบ้านฝาง มีความเป็นระบบ

และโดยการมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ ภาคสังคมและภาคชุมชนหรือไตรภาคี เป็นการดูแลที่สะท้อนความเฉพาะต่อภาวะสมองเสื่อม คือ ต้องดูแลทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และดูแลผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพด้วย โดยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นกำหนดให้ครอบคลุม ด้านยาและการรับบำบัดรักษาต่อเนื่อง ด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมายและระยะสุดท้ายของชีวิต และด้านการดูแลทั่วไป ส่วนการดูแลผู้ดูแล คือ การทำให้มีใจ มีความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งมีการจัดการด้านอาชีพเศรษฐกิจที่จะส่งเสริมให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องตามอัตภาพด้วย

ระบบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน: ไตรภาคี มีการดำเนินงานผ่านกลวิธีที่พยาบาลมีความเชี่ยวชาญอยู่แล้ว คือ “การเยี่ยมบ้าน” โดยมีขั้นตอนที่รับรู้ร่วมกัน และมีเครื่องมือที่สะท้อนการดำเนินงานของไตรภาคี ที่จะต้องร่วมรับรู้ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือในสถานการณ์จริง ที่เรียกว่า แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว^{7,8} เป็นแนวทางในการประเมิน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนเริ่มเมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากสภากาชาด ซึ่ง DT care manager เป็นหนึ่งในสภานั้นและจะชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อ DT care coordinator ส่งผลการวินิจฉัยและแผนการบำบัดมา เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน DT care manager โดยอาจมีทีมสุขภาพอื่นร่วมด้วยจะเริ่มดำเนินการเยี่ยมบ้านตามระบบการดูแล

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ข้อมูลรอบด้าน เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการต่าง ๆ เพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อให้ได้ ข้อมูลเพียงพอในการคิดและวางแผนการดูแลแบบ ครบวงจร การเยี่ยมบ้านครั้งแรกนี้ DT care manager จะให้การดูแลด้านสุขภาพโดยตรงร่วมด้วย โดยเน้น เรื่องการดูแลการได้รับยาและติดตามผลการใช้ยา และเป็นการเยี่ยมเพื่อให้ข้อมูลรอบคร้วเกี่ยวกับกา รดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นด้วย

ด้วยศักยภาพ DT care manager จะสามารถ จัดหรือประสานทีมสุขภาพทั้งในระดับตำบลและ อำเภอให้การดูแลด้านสุขภาพที่บ้านได้ แต่บางปัญหา ต้องการความร่วมมือจากทีมสังคม/ท้องถิ่น และ ชุมชน/ท้องที่ ซึ่งการพิจารณาความช่วยเหลือใด ๆ ก็ตาม ทีมร่วมนี้ต้องได้เห็นสถานการณ์จริง ได้รับรู้ ปัญหา ได้วิเคราะห์และหาทางแก้ไขร่วมกันกับทีม สุขภาพ กระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความ ต้องการครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วม กันของทีมสุขภาพ สังคม/ท้องถิ่น และชุมชน/ท้องที่ จึงถูกกำหนด ประสานงานและจัดการขึ้น โดย DT care manager ติดต่อประสานงานกับไตรภาคี มาร่วมการ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ตารางการนัดหมายและลำดับการ เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ข้อมูลสำคัญและจำเป็นในการ พิจารณาหาความช่วยเหลือ และแบบประเมินสภาพ ความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและ ครอบครัวที่มีข้อมูลที่ต้องการสื่อสารให้ทีมไตรภาคี ได้พิจารณาโดยง่าย เป็นตัวนำเข้าของการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2: ไตรภาคีห้ามติการ
ดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีหลาย
ด้าน ทั้งการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ
สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมถึงอาชีพการงานด้วย

ดังนั้นการดูแลจึงไม่สามารถเบ็ดเสร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ทีมสุขภาพตามลำพัง ความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยที่สุด คือ ทีมสังคม/ท้องถิ่น และชุมชน/ท้องที่ ถือว่าจำเป็นยิ่ง แม้แต่ทีมสุขภาพเองยังต้องการสหสาขาวิชาชีพมาร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ หรือ DT care manager ในการดูแล

การวิเคราะห์กรณีศึกษาที่ดำเนินการโดย DT care manager ของแต่ละตำบลนั้น พบว่าต้องจัดการให้มี “การเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายสังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่” และเป็นการลงเยี่ยมเพื่อรับรู้ปัญหา ร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลและการช่วยเหลือ และมอบหมายงานการช่วยเหลือรวมทั้งผู้รับผิดชอบด้วย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 นี้จึงเป็นการดำเนินงานร่วมของสามเสาหลักของชุมชน โดยมีแบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว เป็นแนวทางในการประเมิน ตัดสิน การดูแล/ความช่วยเหลือที่จะจัดให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวนี้ DT care manager จะเตรียมการทั้งประสานงานผู้ที่เป็นแกนหลักของไตรภาคี ประสานนัดหมายครอบครัว จัดฝั่งลำดับการเยี่ยม เตรียมเอกสารแบบประเมิน และที่ต้องเตรียมหนักคือข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมด เพื่อนำเสนอในการประชุมเตรียมการก่อนลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั่นคือ ก่อนลงประเมินต้องมีการประชุมเตรียมการ การตกลงกติกาที่จะทำร่วมกันก่อน

DT care manager จะนำเสนอข้อมูลทุกกรณีศึกษาอย่างกระชับ ด้วยทีมไตรภาคีมีเวลาจำกัด ดังนั้นการเยี่ยมจึงต้องมีประสิทธิภาพ และได้ประสิทธิผลเชิงประจักษ์ การเยี่ยมบ้านที่มีเตรียมการอย่างดี คือ การใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงประชุมทีมก่อนลงเยี่ยม จะสามารถเยี่ยมตัดสินการดูแลได้ 5-6 ครอบครัวต่อวัน และมีการประชุมกลุ่มสรุปทุกครั้ง

หลังการเยี่ยมบ้าน การได้ลงทำจริงทำให้สามารถประมาณการใช้เวลาและมีแนวทางที่จะกำหนดกิจกรรมในแผนการทำงานของทีมเครือข่ายได้

หลังการนำเสนอข้อมูลของ DT care manager ทีมไตรภาคีจะสอบถามข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม จากนั้นจะมีการเยี่ยมบ้านที่ละบ้าน มีการประเมินสภาพความเป็นจริง ทั้งคน ความจำเป็นและสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติมร่วมกัน และมีวิเคราะห์ปัญหาและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่น ๆ การมีแบบประเมินสภาพความเป็นจริงทำให้ทีมสามเสาหลัก ชุมชนประเด็นปัญหาและความต้องการด้านต่าง ๆ ได้ง่าย คงค้างเพียงความช่วยเหลือหรือการดูแลที่ใครจะเป็นผู้ร่วมจัดให้

ในส่วนของทีมสุขภาพ DT care manager จะวางแผนเป้าหมายการดูแล ผู้รับผิดชอบ รวมทั้ง อสม. หรือ อพส. ที่เป็นตัวหลักในการดูแลครอบครัวนั้น เพื่อให้รับรู้ร่วมกัน ทั้งนี้ในงานที่เกินกำลังจะขอความช่วยเหลือจากทีม ทีมสังคม/ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องที่ที่บทบาทเน้นไปที่สิ่งแวดล้อม การกินอยู่ ที่อยู่อาศัย และความปลอดภัย การดูแลของทีมสังคมมักเป็นไปตามระเบียบของ เทศบาล/อบต. ที่มีอยู่และตามช่องทางการใช้ระเบียบ ซึ่งมีขั้นตอนและอาจไม่ทันการณ์ DT care managerจึงต้องประสานให้ดำเนินการทันเวลา

สำหรับทีมชุมชน/ท้องที่ ความที่อยู่ร่วมกันในชุมชนกับผู้สูงอายุและครอบครัวมานาน ความเอื้ออาทรจึงส่งต่อถึงกัน มีการให้ความช่วยเหลือเป็นแบบกัลยาณมิตร รวมถึงเป็นรั้ว เฝ้าระวังเมื่อผู้สูงอายุหลงทางออกจากบ้าน บริจาควัสดุอุปกรณ์และร่วมแรงในการปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัย สำหรับโมเดลบ้านฝางนี้ มีพระภิกษุร่วมในทีมด้วย ทำให้การเยี่ยมเยือนมีการดูแลทั้งผู้สูงอายุและให้กำลังใจผู้ดูแลและมีการสนับสนุนปัจจัย ข้าวสารอาหารแห้งแก่ครอบครัวด้วย

ในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นั้น การลงพื้นที่จริงทำให้ทีมไตรภาคีรับรู้ทุกภาระของผู้ดูแลและครอบครัว และหลายครอบครัวก็เกิดทุกข์ทางอารมณ์ด้วย การบำบัดทุกข์บำรุงสุขผู้ดูแลตามแนวคิดของทีมสังคม/ท้องถิ่นจึงมุ่งที่การสร้างอาชีพ อาชีพที่เสริมรายได้และอยู่กับบ้าน แต่เนื่องจากการรอคอยผลงานระยะยาว ดังนั้นการมีศูนย์ดูแลกลางวัน ที่ให้เวลาลูกหลานไปทำงานยามกลางวันได้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง มีการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้มาร่วมกิจกรรมของศูนย์ฯ ส่วนทุกข์ของผู้ดูแลหรือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น มีทั้งดูแลไม่รู้ ไม่เข้าใจและดูแลไม่ได้ จึงเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพที่ต้องให้คำแนะนำในเรื่องโรค การดูแลมิติต่าง ๆ และให้คำปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการจัดทำกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล (group support) ทำให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เข้าใจผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้น และมีเครือข่ายของผู้ดูแลที่สามารถปรึกษากัน

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 การดูแลที่ครอบคลุม
DT care manager ทีมสุขภาพ จิตอาสา อสม. อพส. หรือผู้ดูแลประจำตำบลที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนที่ได้กำหนดไว้ในทางปฏิบัติทีมสุขภาพ หรือ DT care manager จะเป็นหลักในเรื่องยา การฟื้นฟูความจำ ดูแลโรคประจำตัวต่าง ๆ ที่มี และประเมินสุขภาพโดยรวม เพื่อติดตามการบำบัดรักษาทั้งสมองเสื่อมและโรคที่เป็นอยู่ รับฟังปัญหาและให้คำแนะนำหรือร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาคำแนะนำที่ทีมร่วมดูแลและผู้ดูแลในการติดตามและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งติดตามการดำเนินงานต่าง ๆ ที่ได้ตกลงกันไว้ซึ่งรวมถึงการประสานและติดตามการได้รับสิทธิผู้พิการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

DT care manager จะกำหนดคำสั้น ๆ ง่าย ๆ เพื่อเป็นแนวทางให้ในทีมร่วมและผู้ดูแลจัดการดูแลได้อย่างครอบคลุม ว่าให้ช่วยดูแล 5 อ. คือ อาหาร/อนามัย-อากาศ/ออกกำลังกาย/อารมณ์/อุจจาระ 3 ส. คือ สิทธิ สมองและ สิ่งแวดล้อมและ 1 ย. คือ ยา โดยมีการแนะนำการปฏิบัติการดูแลตามหลัก อ ส ย. ตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประเมินได้

การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้ ช่วยพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของผู้ดูแล/จิตอาสา/ ชุมชน อันจะเป็นประโยชน์นำไปใช้สืบต่อไปได้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 นี้ DT care manager ยังใช้เป็นโอกาสติดตามงานของภาคีที่ได้มีมติกันไว้แล้ว และใช้เป็นโอกาสติดตามประสานการช่วยเหลือให้ความก้าวหน้าด้วย

การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4 การดูแลเพื่อการส่งต่อ
การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว ยังคงเป็นการดูแลต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านของ DT care manager/ผู้ดูแล/จิตอาสา/ ชุมชน DT care manager จะประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน รวมทั้งติดตามการดูแลของภาคีเครือข่าย สรุปการดูแลของไตรภาคีเพื่อเตรียมการส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาวในการนี้ DT care manager จะประมวลข้อมูล บันทึกแบบประเมินการดูแลระยะยาว และส่งต่อประวัติแผนการดูแล หรือรายงานการประเมินต่าง ๆ ให้กับผู้รับผิดชอบการดูแลระยะยาวในชุมชนต่อไป

การดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโมเดลอำเภอบ้านฝาง เป็นระบบการดูแลที่ครบวงจร คือมี การประเมินสุขภาพรอบด้านโดยไตรภาคี การตัดสินใจ และกำหนดความช่วยเหลือ การดำเนินการดูแลและให้ความช่วยเหลือ และการประมวลผลการดูแล และการสรุปส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาวของตำบลอาศัยกลวิธีเยี่ยมบ้าน ที่เป็นความร่วมมือ

ของสามภาคส่วนคือ ภาคสุขภาพ ภาคสังคม/ท้องถิ่น และภาคชุมชน/ท้องถิ่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝางนี้ เป็นนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพแบบครบวงจรรูปแบบใหม่ มีระบบย่อย 3 ระบบ คือ 1) ระบบคัดกรองและคัดแยก: แบบลงแขก ลงขัน 2) ระบบการวินิจฉัยบำบัดรักษา: ทีม/สภาลูกขุน และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบไตรภาคี ซึ่งทั้งสามระบบย่อยนี้ มีการดูแลที่เชื่อมโยงกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะการมี ทีมลูกขุนและสภาลูกขุน ถือเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวเข้าถึงบริการการวินิจฉัยบำบัด รักษาและการดูแลอย่างไร้รอยต่อ ที่ต่อเนื่องจนครบวงจร มีการพัฒนาเครื่องมือและเครือข่ายการทำงานใหม่ โดยบูรณาการทำงานของทีมไตรภาคี และบูรณาการระบบบริการสุขภาพสามระดับโดยมีบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นฐานการดูแลแบบองค์รวม บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิเป็นศูนย์กลางการเชื่อมต่อและเชื่อมโยงการดูแล บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ เป็นหน่วยสนับสนุนและให้คำปรึกษาการดูแล นวัตกรรมระบบฯ นี้ สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้บริการตามสมรรถภาพสมองและสภาพปัญหาและความต้องการการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ การวินิจฉัยบำบัดรักษา และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้ โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการนำใช้“แนวทางการพัฒนาระบบ

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร”⁸ ในพื้นที่อื่นของประเทศไทย โดยมีการปรับใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนโดยการสร้างความร่วมมือระหว่างไตรภาคีในชุมชน และสร้างการเชื่อมต่อเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ให้ครอบคลุมระบบบริการคัดกรอง-คัดแยก วินิจฉัยรักษาบำบัด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อพร้อมรับภาวะสังคมสูงอายุที่จะมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นนี้ ซึ่งระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร: โมเดลอำเภอบ้านฝาง เป็นหนึ่งในสี่โมเดลต้นแบบการพัฒนา ได้มีการเผยแพร่เพื่อการปรับใช้ใน 12 พื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจรใน 12 เขตบริการสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 โดยในปี พ.ศ. 2562 นี้ยังอยู่ระหว่างการเริ่มต้นการพัฒนาระบบของแต่ละพื้นที่^{9, 10}

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (แพทย์หญิง สิริทพร ฉันทศิริกาญจน) สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ (คุณอรวรรณ คุหา และคณะฯ) ผู้สูงอายุและครอบครัว ทีมการดูแล ทีมไตรภาคีพื้นที่ อำเภอบ้านฝางทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรกรณีศึกษาโมเดลอำเภอบ้านฝาง ให้เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Jittapankul S. Principles of Geriatric Medicine. 2nd. ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press;1999. (In Thai)
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai Elderly 2016. Bangkok: TQP Limited;2018. <http://www.thaitgri.org/>. (In Thai)
3. Department of Health, Ministry of Public Health. Handbook for screening and assessing older people. Bangkok; 2013. (In Thai)
4. Prasart Neurological Institute, Department of Health, Ministry of Public Health. Clinical Practice Guidelines: Dementia (Final version 2014). Nonthaburi: Thana Press; 2014. (In Thai)
5. Health Intervention and Technology Assessment Program [HITAP], The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association [ARDA]. Summary report of the brain storming workshop on policy development for prevention, treatment, and care of patients with dementia on August 31, 2011. 1st ed. Bangkok: The Graphico System; 2012. Available from: <http://www.azthai.org>. (In Thai)
6. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medicine, Ministry of Public Health, The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association [ARDA], Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol university, Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), Thai Nurses Society for People with Dementia (TNSD). Model and system of care for patients with dementia in the Thai contexts: Project on comprehensive care model and system development for patients with dementia; 2017. (In Thai)
7. Sritanyarat W, Aroonsang P, Leethong-in M, Piyawattanapong S, Subindee S, Kumniyom N, et.al. Development of comprehensive care system for older persons with dementia: A case study of Ban Fang district, Khon Kaen province. Khon Kaen: Klung Na Na Press;2017. (In Thai)
8. Bunnag S, Chansirikanjana S, Sritanyarat W, Aroonsang P, Kuha O. [editors]. Practice guidelines of comprehensive care management for older persons with dementia. Institute of Geriatric Medicine, Ministry of Public Health. Bangkok: Cyber Print Group, 2017. (In Thai)
9. Bannag S. Development of comprehensive dementia care system in Thailand. In workshop on model and system of comprehensive dementia care hosted by Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health on December 12, 2018, at Asia Hotel, Bangkok (In Thai)
10. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health. Training on coaching and teaching model in 12 health service areas in Thailand to be ready for the development of comprehensive dementia care system. [cited 2019 October 13]. Available from:<http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/index.php/photo/505-model-coaching-teaching-12>. (In Thai)

บทบาทผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน

ขวัญจิต เพ็งแป้น¹ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)

บทคัดย่อ: เด็กวัยก่อนเรียน มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นเนื่องจากเด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ชอบความเป็นอิสระและต้องการทำอะไรด้วยตนเอง ในขณะที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดทั้งปัญหาสุขภาพได้ โดยปัญหาสุขภาพที่พบ คือ ปัญหาด้านโภชนาการ ปัญหาฟันผุ ปัญหาการเจ็บป่วยและการติดเชื้อ ปัญหาอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ และปัญหาพัฒนาการล่าช้า ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกสุขภาพเด็กดี ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เด็กวัยก่อนเรียน ปัญหาสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ บทบาทของผู้ปกครอง

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี

The Roles of Parents in Preventing Health Problems of Pre-School-Children

Kwanjit Pengpan¹ M.N.S. (Nursing Administration)

Abstract: Preschool children are prone to have health problems due to their rapid growth, love of freedom and independent. However, their growth may not fully function. Thus, they tend to have health problems. Frequently health problems found were: nutritional problems, dental carries, common illnesses and communicable diseases, accident and injury, and delaying of growth and development. Parents play important roles in promoting growth and development, as well as, in preventing health problems of preschool children. It is suggested that professional nurses working in well baby clinics should assess health risks, and provide advice for parents to help reduce risk factors in order to prevent health problems of preschool children effectively.

Keyword: pre-school children, health risk, health problems, health prevention, roles of parents

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchatani University, Ubonratchatani Province.

บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยรากฐานของการพัฒนาการเจริญเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ เนื่องจากการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ มัดเล็กได้ดีขึ้น สามารถยืน เดิน วิ่งได้อย่างคล่องแคล่ว ชอบปีนป่าย อยากเป็น อีสระ และต้องการทำอะไรด้วยตนเอง จึงมีโอกาสเกิด ปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและเกิด อุบัติเหตุได้ง่าย ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน พบมีปัญหาโภชนาการ การได้รับสารอาหารและ พลังงานมากเกินไป ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วย โรคป้องกันได้ ได้แก่ โรคอ้วน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า ความชุกของโรคอ้วนในเด็กก่อน วัยเรียนทั่วโลก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี ค.ศ. 2010 และจะเพิ่ม ขึ้นเป็นร้อยละ 9.1 ในปี ค.ศ. 2020¹ จากรายงาน สาธารณสุขของไทย พบว่า เด็กที่อ้วนมีแนวโน้มจะ เป็นผู้ใหญ่อ้วน และเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง(Non- Communicable Chronic Disease: NCD) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น² มีภาวะได้รับสารอาหารและ นมไม่เพียงพอทำให้ผอมหรือเตี้ยแคระ³ มีปัญหาฟัน ผุจากพฤติกรรมรับประทานอาหารและการดูแล ที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครอง⁴ และการสำรวจสภาวะ สุขภาพช่องปากแห่งชาติ พบเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 51.7 และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 78.5 มีประสบการณ์ ฟันน้ำนมผุ⁵ มีปัญหาการติดเชื้อ ได้แก่ โรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหวัด ปอดอักเสบ และ โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระร่วง เป็นต้น เนื่องจากเด็กวัยนี้ยังมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อยังไม่เหมาะสมทำให้เกิด การเจ็บป่วยได้บ่อย⁶ มีปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ

เนื่องจากเริ่มซุกซนมากขึ้น มีความอยากรู้อยากเห็น หรือจากความประมาท รู้เท่าไม่ถึงการณ์ของบิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุอย่างไม่ คาดคิด⁷ ได้แก่ ขาดอากาศหายใจจากการนำของชิ้น เล็กใส่ในปากหรือจมูก การตกจากที่สูง อุบัติเหตุจาก ยานยนต์ หรือจากการปล่อยเด็กให้ลงเล่นน้ำในสระ ว่ายน้ำ บ่อน้ำ หรือคลองตามลำพัง ทำให้เด็กเกิด อุบัติเหตุจมน้ำได้ ซึ่งพบว่าเมื่อเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสีย ชีวิต จากการจมน้ำสูงถึงร้อยละ 30 ของทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี² เนื่องจากการทรงตัว ไม่ดีจึงทำให้ล้มในท่าศีรษะที่ลงได้ง่าย จึงมักพบเด็ก จมน้ำในแหล่งน้ำภายในบ้านหรือบริเวณรอบๆ บ้าน เช่น ถังน้ำ กะละมัง บ่อน้ำ แอ่งน้ำ เป็นต้น นอกจากนี้ การเจ็บป่วยของเด็กก็อาจส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการ ส่งเสริมพัฒนาการเท่าที่ควร ส่งผลให้เกิดพัฒนาการ ล่าช้า จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2560 สถาบันพัฒนา อเนกมัยเด็กแห่งชาติ พบเด็กที่สงสัยว่า มีพัฒนาการ ล่าช้าในภาพรวมระดับประเทศ ร้อยละ 23⁵ โดยพบ ว่า อันดับ 1 ที่มีพัฒนาการล่าช้า คือ พัฒนาการล่าช้า ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) อันดับ 2 คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor) และอันดับ 3 คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (gross motor) ดังนั้นบิดามารดาหรือ ผู้ดูแลจึงควรดูแลเอาใจใส่สุขภาพอนามัยเด็กอย่าง ไกล่ล้น ได้แก่ การดูแลให้เด็กได้รับโภชนาการที่ เหมาะสมกับวัย ทั้งชนิดและปริมาณของอาหาร สอน การดูแลช่องปากที่ถูกต้อง การป้องกันการเจ็บป่วย และภาวะติดเชื้อในเด็ก นอกจากนี้การป้องกัน อุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจาก ความซุกซนและอยากรู อยากรู้ของเด็กวัยนี้ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ปกครองควรให้ ความสำคัญ ไม่ปล่อยให้เด็กเล่นตามลำพัง รวมทั้ง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัย ทำให้เด็กได้เรียนรู้

ตามวัยได้เต็มศักยภาพและสามารถเติบโตได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กวัยก่อนเรียน

ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญในเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ ปัญหาด้านโภชนาการ ปัญหาฟันผุ ปัญหาการเจ็บป่วยและการติดเชื้อ ปัญหาอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ และปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่อาจเกิดขึ้นตามมา ดังนี้

1. ปัญหาด้านโภชนาการ

ปัญหาด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน พบได้ทั้งโรคอ้วนและโรคขาดสารอาหาร ซึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กในอนาคตได้ ปัญหาด้านโภชนาการ พบดังนี้

1.1 ภาวะอ้วน การที่เด็กได้รับสารอาหารและพลังงานมากเกินไป ได้แก่ อาหารรสหวานจัด เช่น ซ็อกโกแลต เยลลี่ ไอศกรีม นมอัดเม็ด ลูกอม ขนมไทยรสหวานจัด น้ำอัดลม เป็นต้น และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ได้แก่ โรคอ้วน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การสำรวจความชุกของโรคอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนทั่วโลก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี ค.ศ. 2010 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.1 ในปี ค.ศ. 2020¹ จากรายงานสถิติสาธารณสุขของไทย พบว่าเด็กที่อ้วนมีแนวโน้มจะเป็นผู้ใหญ่อ้วน และเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease: NCD) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น²

1.2 ภาวะทุพโภชนาการ การได้รับสาร

อาหาร และพลังงาน ที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีรูปร่างผอมหรือเตี้ยแคระ³ พบความชุกของภาวะเตี้ย และภาวะผอมในเด็กอายุ 2 ถึงน้อยกว่า 6 ปี มากกว่ากลุ่มอายุอื่น และพบน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเด็กอยู่ในวัยที่ต้องหย่านมแล้ว ควรได้รับข้าวเป็นอาหารหลักทั้ง 3 มื้อ แต่พบเด็กบางคนยังติดนมขวดอยู่และบางคนมีความอยากอาหารน้อยลง ดังนั้นจึง พบช่วงอายุของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการมากที่สุดอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ส่วนภาวะขาดสารอาหารที่พบในเด็กวัยนี้ คือ การขาดวิตามิน และเกลือแร่ ที่สำคัญ เช่น วิตามินซี วิตามินเอ และแคลเซียม เป็นต้น⁸

2. ปัญหาฟันผุ

ฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในเด็กวัยก่อนเรียน จากพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดูแลที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครอง⁴ หรือผู้ปกครองที่มีความเชื่อผิดๆว่า “ฟันน้ำนมผุไม่เป็นไร ไม่ต้องรักษาก็ได้ เดี่ยวฟันแท้ก็ขึ้น” จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ พบเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 51.7 และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 78.5 มีประสบการณ์ฟันน้ำนมผุ⁵ ปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือ การแปรงฟัน เพราะผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 55.8 ปลอมให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง มีเด็กเพียงร้อยละ 44.2 ที่มีผู้ปกครองช่วยดูแลการแปรงฟันให้ และยังพบว่า เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ยังดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้าน สูงถึง ร้อยละ 48.9 และ ร้อยละ 49.9 ตามลำดับ รวมทั้งยังมีการใช้ขวดนม ในเด็กอายุ 3 ปี อยู่ถึงร้อยละ 39.4 ซึ่งนอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุแล้ว ยังมีโอกาสเกิดความผิดปกติของการสบฟันในอนาคต นอกจากนี้ฟันผุทำให้เด็กรับประทานอาหารได้น้อยลง ในขณะเดียวกันอัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกายกลับเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการติดเชื้อและ

มีการสร้างฮอร์โมนที่ควบคุมการเติบโตของร่างกายลดลง เนื่องจาก เด็กนอนหลับพักผ่อนน้อยลง ส่งผลให้การเจริญเติบโตของเด็กลดลง

3. ปัญหาการเจ็บป่วยและการติดเชื้อ

โรคติดเชื้อ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่ศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ทำให้เด็กมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคตัวใหม่ ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหวัด ปอดอักเสบ และระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระร่วง เป็นต้น เนื่องจากเด็กวัยนี้มีภูมิคุ้มกันต่ำและมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อยังไม่เหมาะสมทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้บ่อย⁶ ซึ่งโรคติดต่อเหล่านี้สามารถติดต่อกันได้ทั้ง การหายใจเอาละอองอากาศที่มีเชื้อปนอยู่เข้าไป การไอหรือจามรดกัน และการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน รวมทั้งการรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเข้าไป หากเด็กที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก หรือในโรงเรียนอนุบาล เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเหล่านี้ จะสามารถแพร่กระจายสู่กัน และแพร่กระจายสู่ชุมชนได้ง่าย หากเด็กวัยก่อนเรียนมีการเจ็บป่วยบ่อย ๆ จะส่งผลต่อพัฒนาการที่ล่าช้าได้⁹

4. ปัญหาอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ

เด็กวัยก่อนเรียนมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากเริ่มซุกซนมากขึ้น มีความอยากรู้อยากเห็นหรือเกิดจากความประมาทรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของบิดามารดา หรือผู้ที่ดูแลเด็กจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุอย่างไม่คาดคิด⁷ ได้แก่ การขาดอากาศหายใจจากการนำของชิ้นเล็กใส่ในปากหรือจมูก ถูกไฟฟ้าดูดจากการใช้นิ้วจิ้มปลั๊กไฟ มีบาดแผล น้ำร้อนลวก สารพิษ ตกจากที่สูง อุบัติเหตุจากยานยนต์ เสียชีวิตจากการขาดอากาศหรือความร้อนในรถ หรือ การปล่อยเด็กให้เล่นน้ำในสระว่ายน้ำ บ่อน้ำ หรือคลองตามลำพังทำให้เด็กจมน้ำได้ จากสถิติเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีสัดส่วนการ

เสียชีวิตจากการจมน้ำสูงถึงร้อยละ 30 ของทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี จึงทำให้ลื่นในท่าที่ศีรษะทิ่มลงได้ง่าย จึงมักพบเด็กจมน้ำสูงในแหล่งน้ำภายในบ้านหรือบริเวณรอบ ๆ บ้าน เช่น ถังน้ำ กะละมัง บ่อน้ำ แอ่งน้ำ เป็นต้น² ซึ่งอุบัติเหตุอาจส่งผลกระทบ คือ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ เป็นแผลฟกช้ำ ฉีกขาดเกิดการติดเชื้อที่แผล หรือกระดูกหัก สมองกระทบกระเทือน 2) ด้านจิตใจ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับเด็กทำให้สภาพร่างกายเด็กได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากบาดแผลประเภทต่างๆ ส่งผลกระทบต่อจิตใจเด็กอาจทำให้เด็กไม่กล้าแสดงออก ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมถดถอยได้ 3) ผลกระทบระยะยาวเนื่องจากเด็กจะมีพัฒนาการด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดการบาดเจ็บอาจซ้ำเติมปัญหาด้านจิตใจเด็กมากขึ้น และอุบัติเหตุรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเด็กจะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพไม่ดี การเจริญเติบโตหยุดชะงักและส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า¹⁰

5. ปัญหาพัฒนาการล่าช้า

เด็กวัยก่อนเรียน เป็นช่วงอายุที่พบพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า เด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมพัฒนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพัฒนาการด้านสติปัญญา พบว่ามากกว่าครึ่งของเด็กก่อนเรียนมีพัฒนาการล่าช้าทั้งด้านภาษา และการกระทำ จากข้อมูลและสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยปี พ.ศ. 2559-2561 พบเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าในภาพรวมระดับประเทศร้อยละ 23 โดยพบว่า มีความสงสัยล่าช้า อันดับ 1 คือ พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (receptive language) อันดับ 2 คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor) และอันดับ 3 คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor)¹¹ ซึ่งเด็กวัยนี้บิดา

มารดามักนำเด็กไปฝากเลี้ยงที่ศูนย์เด็กเล็ก พัฒนาการของเด็กจึงขึ้นอยู่กับคุณภาพของผู้ดูแลเด็ก หากไม่มีการควบคุมมาตรฐานของศูนย์เด็กเล็ก อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กได้ จากการประเมินการจัดระบบบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2550 ชี้ให้เห็นว่า แม่อัตราผู้ดูแลต่อเด็กเฉลี่ยเท่ากับ 1:20 คน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ แต่ผู้ดูแลเด็ก ต้องทำหน้าที่ หลายอย่าง เช่น เป็นแม่ครัว พนักงานทำความสะอาด และทำหน้าที่ธุรการ เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดู เด็กได้เต็มที่¹² นอกจากนี้การที่เด็กเจ็บป่วยบ่อย หรือ ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง ก็ส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตหยุดชะงักและส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า¹⁰

บทบาทผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน

เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนนี้ยังไม่สามารถรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้ จึงต้องเป็นความรับผิดชอบของบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่ต้องดูแลเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน ดังต่อไปนี้

1. การดูแลด้านโภชนาการ

1.1 ภาวะอ้วน

การดูแลด้านโภชนาการที่สำคัญเป็นลำดับแรก คือ การควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ผู้ปกครองควรให้เด็กรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ในปริมาณที่เหมาะสม รวมถึงส่งเสริมให้เด็กออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ปกครองควรให้การดูแลดังนี้

1) ควบคุมปริมาณอาหารของเด็ก รับประทานผักผลไม้ที่มีกากใยเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ของทอด ไม่ซื้ออาหารที่ไขมันสูงและ

น้ำตาลสูงเข้าบ้าน เช่น ขนมหวาน ขนมขบเคี้ยวที่ไม่มีประโยชน์ เช่น มันฝรั่งทอด เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล น้ำอัดลม และน้ำผลไม้ เป็นต้น

2) สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องร่วมมือกัน ไม่ให้ใครคนใดคนหนึ่งตามใจเด็ก และควรมีคู่มือในครอบครัว เช่น พ่อหรือแม่ที่วางแผนและกินอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกายร่วมกัน โดยออกกำลังกายอย่างน้อยวันละหนึ่งชั่วโมง

3) จำกัดเวลาที่เด็กใช้กับหน้าจออุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์ ไอแพด โทรศัพท์มือถือ เพราะจะทำให้เด็กนั่งอยู่กับที่ไม่ได้เคลื่อนไหว เด็กเล็ก 2-5 ขวบ ไม่ควรอยู่กับหน้าจอเกินหนึ่งชั่วโมงต่อวัน

4) ดูแลให้เด็กได้นอนหลับอย่างเพียงพอ โดยฝึกให้นอนเป็นเวลา เพราะการนอนดึกเป็นสาเหตุหนึ่งของความอ้วนได้

5) ผู้ปกครองต้องคอยให้กำลังใจเด็ก เพราะการควบคุมน้ำหนักต้องใช้พลังใจ ความมุ่งมั่น ในการต่อสู้กับตัวเองและการปฏิเสธอาหารที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน

1.2 ภาวะทุพโภชนาการ

เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว เป็นวัยที่มีกิจกรรมมาก และเด็กมักมีความสนใจสิ่งแวดล้อมมาก ทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง ประกอบกับในช่วงที่พัฒนาความเป็นอิสระ ความเป็นตัวของตัวเอง เด็กจึงปฏิเสธอาหาร ความอยากอาหารของเด็กไม่แน่นอน บางวันรับประทานมาก บางวันรับประทานน้อยหรือบางวันไม่รับประทานเลย ทำให้มีภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยนี้สูง

ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาภาวะอ้วนและภาวะทุพโภชนาการ ผู้ปกครองควรให้ความสนใจกับ

หลักการกำหนดอาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ฝึกให้เด็กรับประทานอาหารให้ได้หลากหลายชนิด ไม่ควรเลือกเฉพาะอย่าง และควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ถ้าอาหารแข็งหรือเหนียวจนเคี้ยวได้ยาก ควรจะสับหรือต้มให้เปื่อย และที่สำคัญควรให้เด็กรับประทานน้ำส่วนที่เหลือจากการต้มเนื้อหรือผักด้วย เพราะจะได้รับวิตามินและแร่ธาตุที่มีอยู่ ซึ่งถ้าเป็นเด็กเล็กอาจใช้เป็นผักต้ม และน้ำผลไม้ก่อน เมื่อเด็กโตขึ้น จึงให้เป็นผักและผลไม้สด การจัดหาอาหารให้เด็กก่อนวัยเรียนหลักการใหญ่ ๆ ก็คือควรจัดอาหารให้มีการหมุนเวียนกันหลากหลายชนิด และเสริมด้วยดื่บสัปดาห์ละครั้ง เตรียมอาหารในปริมาณพอเหมาะ รสไม่จัดและเคี้ยวง่าย หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยวขนมหวานจัด ลูกอม น้ำอัดลม และอาหารไขมันสูงมาก ๆ ควรให้เด็กได้ร่วมโต๊ะรับประทานอาหารกับผู้ใหญ่ โดยในการจัดหาอาหารให้เด็กวัยก่อนเรียน ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้¹³

1) เด็กอยู่ในวัยที่ต้องการเป็นอิสระ มีความเป็นตัวของตัวเองสูง ดังนั้นจึงควรให้เด็กเลือกอาหารเอง และฝึกให้รับประทานอาหารด้วยตนเอง

2) เด็กมีความสนใจช่วงสั้น ๆ ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่ายจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในช่วงเวลาอาหารจึงควรเป็นช่วงที่เงียบสงบ ไม่มีสิ่งดึงดูดความสนใจของเด็ก เช่น โทรทัศน์ เกมคอมพิวเตอร์ หรือการ์ตูน เป็นต้น

3) เด็กเรียนรู้ด้วยการเลียนแบบ ดังนั้นบิดามารดาจึงควรเป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหารหลากหลายชนิดโดยเฉพาะการรับประทานผัก และควรจัดให้เด็กมีโอกาสรับประทานอาหารร่วมโต๊ะกับผู้ใหญ่

4) คุณภาพของอาหารสำคัญกว่าปริมาณอาหาร ดังนั้นอาหารที่จัดให้เด็กในแต่ละมื้อจึงไม่ควร

มากเกินไป ควรจัดปริมาณให้พอเหมาะกับอายุเด็ก การจัดหาอาหารที่มีปริมาณมากเกินไปอาจทำให้เด็กรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกายและเป็นโรคอ้วนได้ หรืออาจทำให้เด็กปฏิเสธอาหารทั้งหมดเมื่อมีปริมาณอาหารมากเกินไป

5) เด็กวัยก่อนเรียนชอบรับประทานอาหารที่ละชนิด จึงไม่ควรจัดหาอาหารหลากหลายชนิดป้อนอยู่ในจานเดียวกัน

6) ฝึกให้เด็กดื่มนมเป็นประจำ วันละ 2-3 แก้ว

2. การป้องกันฟันผุและดูแลช่องปาก

เด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบแล้ว การดูแลสุขภาพฟันที่ดีของเด็กวัยนี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากฟันน้ำนมที่ดีจะนำไปสู่ฟันแท้ที่ดีด้วย นอกจากมีผลต่อฟันแท้แล้วยังมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและการพัฒนาการด้านการพูดด้วย เด็กวัยนี้จึงควรได้รับการสอนการแปรงฟันที่ถูกต้อด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อ แต่ในเด็กเล็กที่พัฒนาการกลืนเนื้อมียังไม่ดีพอ ผู้ปกครองควรช่วยแปรงฟันให้หรือดูแลในขณะเด็กแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งหลังอาหาร ถ้าไม่สามารถทำได้ควรให้บ้วนปากหลังอาหารทุกครั้ง นอกจากนี้ยังต้องควบคุมความถี่ของการให้เด็กบริโภคของหวาน ขนมขบเคี้ยว และดื่มน้ำอัดลม ที่สำคัญควรกระตุ้นให้เด็กรับประทานผักทุกชนิด และควรพาเด็กไปให้ทันตแพทย์ตรวจฟันทุก 6-12 เดือน เพื่อประเมินสุขภาพช่องปาก หากพบสภาพฟันที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจำเป็นต้องได้รับการป้องกันฟันผุ ด้วยการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) หรือเคลือบฟลูออไรด์ที่ผิวฟัน ซึ่งเป็นการป้องกันฟันผุแต่เนิ่น ๆ และผู้ปกครองจะได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของเด็กจากทันตแพทย์ด้วย¹⁴⁻¹⁶

3. การป้องกันการเจ็บป่วยและการติดเชื้อ

เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนยังมีภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสเจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย จึงควรได้รับการดูแลในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลจากผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและโรคติดเชื้อ เช่น การสอนล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย จัดให้เด็กรับประทานอาหารที่สุกสะอาด การดื่มนมและน้ำสะอาด การสอนแปรงฟันอย่างถูกวิธี เป็นต้น หากเด็กที่ยังปฏิบัติด้วยตัวเองได้ไม่ดี ผู้ปกครองควรให้การช่วยเหลือไม่ปล่อยให้เด็กทำตามลำพัง และหากเด็กมีอาการเจ็บป่วยไม่ควรให้เด็กไปโรงเรียน หรือศูนย์เด็ก เพราะจะเป็นการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้เด็กควรได้รับการดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด¹⁶

4. การป้องกันการบาดเจ็บ

ผู้ปกครองควรมีความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นตามลักษณะพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มนี้ ตลอดจนวิธีการป้องกัน โดยสิ่งสำคัญที่ผู้ปกครองจะช่วยลดอุบัติเหตุจากสาเหตุของการบาดเจ็บได้ดีที่สุด คือ การจัดสภาพแวดล้อมภายในและนอกบ้านให้ปลอดภัย และสอนให้เด็กรู้จักระวังตนเองจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อุบัติเหตุจากรถ การพลัดตกหกล้ม การข้ามถนน และการจมน้ำ ดังนี้

4.1 อุบัติเหตุจากรถ¹⁷

4.1.1 การโดยสารรถยนต์ ควรมีที่รัดระหว่างที่นั่งเด็กกับตัวเด็ก ไม่ควรให้เด็กนั่งที่นั่งข้างคนขับ เพราะถุงลมที่กางออกขณะเกิดอุบัติเหตุจะทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บได้

4.1.2 ไม่ทิ้งเด็กไว้ในรถคนเดียว เพราะความร้อนภายในรถจะทำให้เกิดอันตรายต่อเด็กได้ เพราะในเวลา 5 นาที อุณหภูมิในรถจะเพิ่มสูงขึ้นจนไม่สามารถทนอยู่ในรถได้ หากอยู่ในเวลา 10

นาที ร่างกายจะอ้าแยะ และ ภายในเวลา 30 นาที จะถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นหากผู้ปกครองมีความจำเป็นต้องทำธุระนอกบ้าน ต้องนำเด็กลงไปด้วยทุกครั้ง

4.1.3 ก่อนออกรถออกจากบ้าน หรือในเขตชุมชน ให้สำรวจหลังรถก่อนว่า มีเด็กเล็กซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้จากกระจกส่องหลังอยู่หรือไม่

4.1.4 ควรหลีกเลี่ยงการให้เด็กซ้อนรถจักรยานยนต์ และหากมีความจำเป็นต้องใส่หมวกนิรภัยที่มีขนาดเหมาะสมกับอายุทุกครั้ง

4.1.5 เด็กที่โดยสารรถจักรยาน ควรมีที่นั่งพิเศษสำหรับเด็ก โดยที่นั่งนี้ยึดติดกับรถจักรยานอย่างแข็งแรง มีเข็มขัดยึดเด็กติดกับที่นั่ง มีที่วางเท้าเพื่อป้องกันเท้าเข้าซี่ล้อและเด็กควรสวมใส่หมวกนิรภัย

4.1.6 เมื่อให้เด็กถีบรถจักรยาน 3 ล้อ หรือวิ่งเล่นบนทางเท้าผู้ปกครองควรดูแลอย่างใกล้ชิด

4.2 การพลัดตกหกล้ม

4.2.1 ราวบันไดและระเบียงไม่ควรมีช่องว่างเกิน 9 เซนติเมตร เพื่อป้องกันเด็กลอดได้¹⁸

4.2.2 หน้าต่างหรือระเบียงควรสูงไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร ป้องกันเด็กปีนป่ายเองได้ โดยอาคารตั้งแต่สามชั้นขึ้นไป (ซึ่งพบว่ามีการบาดเจ็บรุนแรงจากการตก) ต้องมีความสูงของราวหรือแผ่นกันตก ไม่ต่ำกว่า 120 เซนติเมตรจากพื้น¹⁸

4.2.3 อาคารต้องไม่มีจุดที่สามารถปีนป่ายได้ หมายถึง ต้องไม่มีโครงสร้างลักษณะที่เป็นแท่งในแนวนอนและมีช่องรูให้วางเท้าที่เอื้อต่อการปีนป่าย รวมไปถึงตำแหน่งการวางของที่ใกล้ราวกันตก ที่ทำให้สามารถปีนป่ายได้ เช่น ตู้แอร์ (คอมเพรสเซอร์) ที่วางไว้บริเวณระเบียง เป็นต้น^{17, 18}

4.2.4 เฟอร์นิเจอร์ เช่น โต๊ะ ตู้ ต้องไม่มีมุมแหลมคม หากมีควรใส่อุปกรณ์กันกระแทกทุกมุม

4.2.5 ตู้วางของต่างๆ ต้องวางบนพื้นราบ มั่นคง ไม่ล้มง่ายเมื่อเด็กโหน หรือ ปีนป่าย หากไม่แน่ใจว่าตู้อยู่ในสภาพที่มั่นคงให้ยึดติดตู้ด้วยสายยึดกับกำแพง

4.2.6 หมั่นตรวจสอบประตูรั้วบ้าน โดยเฉพาะประตูอัลลอยต์ซึ่งมีขนาดใหญ่และน้ำหนักมาก ว่ามีความมั่นคงหรือไม่ ประตูอาจหลุดจากราง และล้มทับเด็กได้ง่ายหากเด็กปีนป่ายประตู

4.2.7 พื้นสนามเด็กเล่น ที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่สมอง คือ พื้นยางสังเคราะห์ หรือพื้นทรายที่ลึก 20 เซนติเมตรขึ้นไป หากเด็กตกจากที่สูงได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ควรปรึกษาแพทย์

4.3 การข้ามถนน

4.3.1 ไม่ควรให้เด็กข้ามถนนตามลำพัง ควรมีผู้ปกครองพาข้าม

4.3.2 ขณะเดินบนฟุตบาท ควรให้เด็กเดินเลนขวาหันหน้าเข้าหาถนนเพื่อให้เห็นรถที่วิ่งสวนทาง

4.3.3 ขณะข้ามถนนให้มองซ้ายและมองขวา และก็มองซ้ายอีกทีก่อนข้าม ถ้าเป็นไปได้ควรให้เด็กข้ามบริเวณที่มีสะพานลอยหรือทางม้าลาย

4.4 การจมน้ำ

4.4.1 เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำจากการเล่นน้ำในอ่างอาบน้ำ สระว่ายน้ำ หรือการวิ่งเล่น ใกล้แหล่งน้ำ เช่น สระน้ำ คลอง โดยเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากการทรงตัวยังไม่ดี จึงมักล้มในน้ำที่ศีรษะที่มดองได้ง่าย ควรดูแลอย่างใกล้ชิด และควรกำจัดแหล่งน้ำที่ไม่จำเป็นในบ้านและ ละแวกบ้านดูแลไม่ให้เด็กอยู่ใกล้แหล่งน้ำ อาจทำรั้วให้สูงและระหว่างช่องรั้ว ควรมีช่องว่างที่เด็กไม่สามารถลอดตัวผ่านเข้าไปได้

4.4.2 สิ่งแวดล้อมที่มีแหล่งน้ำที่เด็ก

สามารถเข้าถึงได้ บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องเฝ้าดูตลอดเวลา เพราะเด็กอาจจะจมน้ำในเสี้ยวเวลาที่ บิดามารดา/ผู้ปกครองเผลอชั่วขณะที่เดินไปทำงานอื่น ๆ

4.4.3 สอนให้เด็กว่ายน้ำ หรือสอนการเลี้ยงตัวเองเมื่อตกน้ำ เพื่อสามารถไหลพ้นน้ำช่วยเหลือได้

5. การส่งเสริมพัฒนาการ

บิดามารดาหรือผู้ปกครองควรมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาการเด็ก การอบรมเลี้ยงดูเด็ก และแนวทางกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จะช่วยให้บิดามารดา/ผู้ปกครองเข้าใจพฤติกรรมเด็กระหว่างปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับเด็กได้ เด็กควรได้รับการกระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

5.1 ในเด็กที่มีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า การกระตุ้นอาจเป็นการเฝ้าด้วยการพูดจากผู้ปกครองทุกวัน การเล่นกับลูก การพูดคุย การเล่านิทานให้ฟัง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและแสดงความรักต่อลูกอย่างสม่ำเสมอ โดยการกอด อุ้ม สัมผัส พูดคุย ชื่นชม และเล่นกับลูก ในบรรยากาศครอบครัวที่อบอุ่น ปราศจากความรุนแรงจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรักความผูกพันที่มั่นคง หากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือ กระตุ้นพัฒนาการตามศักยภาพของเด็กจากผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างมีแบบแผน เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

5.2 การส่งเสริมการเล่น มีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก ผู้ปกครองควรส่งเสริมการเล่นตามวัย และสนับสนุนให้เด็กรู้จักแบ่งปันของเล่นให้กับผู้อื่น และควรจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ควรมีพื้นที่ให้เด็กสามารถ เดิน วิ่ง หรือของเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในด้านต่างๆ

5.4 บิดามารดาหรือผู้ปกครองควรฝึกให้เด็กมีทักษะสมองเพื่อชีวิตที่สำเร็จ (Executive Functions หรือ EF) ซึ่งเป็นการทำงานของสมองส่วนหน้าที่ทำให้คิดเป็น ทำงานเป็น เรียนรู้เป็น แก้ปัญหาเป็น อยู่ร่วมกับผู้อื่นเป็น และหาความสุขเป็น บิดามารดาควรให้เด็กได้เรียนรู้ด้วยการลงมือทำ จะช่วยให้เด็กมีโอกาสฝึกคิดด้วยตนเอง ฝึกสังเกต คิดวางแผน แก้ไขปัญหาจากการได้ลงมือปฏิบัติ เรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลาย การฝึกให้เด็กยับยั้งชั่งใจ การควบคุมอารมณ์ การคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การมีทักษะสังคมร่วมมือกับคนอื่น EF เป็นศักยภาพที่มนุษย์ทั้งหลายรวมทั้งเด็กไทยทุกคนมีมาแต่กำเนิด แต่ศักยภาพเหล่านี้ต้องได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นประมาณ 25-30 ปี เพื่อให้เส้นใยประสาทก่อรูปขยายตัวจนฝังเป็นชิป กลายเป็นบุคลิกภาพที่ติดตัวไปตลอดชีวิต EF มีอัตราการพัฒนาเติบโตดีที่สุดในช่วงวัย 3-6 ปี ดังนั้นเด็กช่วงปฐมวัยจึงเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุด ที่จะสร้างคุณลักษณะและบุคลิกภาพให้เด็กเติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ ได้¹⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

เด็กวัยก่อนเรียน เป็นช่วงเวลาที่เด็กกำลังเจริญเติบโต มีพัฒนาการหลายด้าน และพัฒนาการส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม ซึ่งจะดำเนินไปอย่างไม่หยุดยั้งและเพิ่มความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ถึงแม้เด็กจะเริ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ส่วนใหญ่มักยังต้องพึ่งพาผู้ดูแล หากผู้ปกครองดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจส่งผลให้เด็กมีสุขภาพสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุได้ ดังนั้นผู้ปกครองจึงมี

บทบาทสำคัญในการดูแลให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการตามวัยในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้เด็กได้รับโอกาสในการเรียนรู้ตามวัยได้อย่างเต็มศักยภาพและสามารถเติบโตอย่างมีคุณภาพต่อไป โดยมีข้อเสนอแนะต่อบทบาทของพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนทั้งที่คลินิกสุขภาพเด็กดีและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ดังนี้

1. ประเมินเพื่อค้นหาและติดตามปัญหาสุขภาพ ปัญหาพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินแก่ผู้ปกครองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

2. แนะนำผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย ทั้งด้านโภชนาการ การส่งเสริมสุขนิสัยในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การดูแลช่องปากและฟัน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามตารางเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การป้องกันโรคติดต่อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม บาดเจ็บ การจมน้ำ อุบัติเหตุจากของเล่นและยานยนต์ และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและอื่นๆ เป็นต้น

3. ให้คำปรึกษาและคำแนะนำล่วงหน้าแก่ผู้ปกครอง (anticipatory guidance) ถึงการเจริญเติบโตและลำดับขั้นพัฒนาการในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อสามารถถูกกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้ามากที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่ การให้ข้อมูลเร็วเกินไป ผู้ปกครองอาจลืมหือถึงเวลาสำคัญ แต่ถ้าช้าเกินไป ก็จะไม่เกิดประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. Onis MD, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. **American Journal of Clinical Nutrition** 2010;92(5):1257–1264.
2. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. Annual Report 2015. Available from: URL: <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf> 2558.
3. Ungarporn N. Nutritional status in preschool children in area of Suranaree University of Technology. Department of Pediatrics of Medicine Suranaree University of Technology; 2013. (In Thai)
4. Raktao U, Wongwech C. Knowledge, Attitude and Practice of Parents/Guardians Regarding Oral Health Care of Pre-school Children. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2015;2(1):52–64. (In Thai)
5. Dental Public Health Bureau, Department of Health. Survey Report 7th oral health status in Thailand 2012. Available from: URL: <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/academic/full99.pdf>
6. Jamphalikit S, Baramee C. Teaching Guide for Health Promotion in the Bachelor of Nursing. **Khon Kaen**: LP Printing Depot Limited Partnership; 2012. (In Thai)
7. Ruangchanaset S. Danger and toxins in children. Bangkok: Chai Charoen; 2008. (In Thai)
8. Mosuwan L. Food and nutrition in the early stages of life: Origin of health and long-term disease, nutrition in children: Knowledge to practice. Bangkok: Beyond Enterprise; 2009. (In Thai)
9. Frequently ill children cause delayed development. [cited 2017 May 3] Available from: URL: <https://bit.ly/2IOKbIO>.
10. Chiangkraivej P, Sonthimueng V. Pediatric trauma. Songkhla: Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2013. (In Thai)
11. National Institute of child health. Information and situations for the implementation of early childhood development promotion in 2016–2018. Available from: URL: <http://nich.anamai.moph.go.th/download/2562/HDC/analysis%20Early%20childhood28.2.2019.pdf>
12. Kanchanachitra C., et al. Thai Health 2008. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2008. (In Thai)
13. Singhasame P, Suwanwaha S and Sarakshetrin A. Nutritional Promotion in Pre-School Children. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2017; 4(3): 226–235. (In Thai)
14. Dental Public Health Bureau, Department of Health. Survey Report 7th oral health status in Thailand 2012. Available from: URL: <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/academic/full99.pdf>
15. Muang Noi P, Empremsil S, Rojmahamongkol P, Piyasil W, Chuensuwan I. Guide for parents to disseminate knowledge on child care and development “Kindergarten children 3–6 years.” Available from: URL: <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20171010123112.pdf>
16. Tips for health care for preschool children. [cited 2017 October 8] Available from: URL: <http://resource.thaihealth.or.th/media/knowledge/14763>
17. Child Safety Promotion and Injury Prevention Research Center. CSIP NEW UPDATE!!.. Available from: URL: <http://www.csip.org/>

18. The Association of Architects under Royal Patronage. Consciousness of architects and the design of balconies, high-rise buildings. Available from: URL: <http://oldsite.asa.or.th/th/node/100481>
19. Thai Health Promotion Foundation. EF (Executive Functions & Self-Regulation), Growth Mind set Grit. [cited 2017 December 22]. Available from: URL: <https://bit.ly/2KPKKo>.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

“วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” ได้มีการปรับปรุงส่วนของ “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน” ในส่วนของ “ประเภทบทความ” และโดยเฉพาะการเขียน “เอกสารอ้างอิง” โดยปรับการเขียนเอกสารอ้างอิงจาก “ภาษาไทย” เป็น “ภาษาอังกฤษ” ดังนั้นเพื่อประโยชน์ของทั้ง ผู้เขียน ผู้อ่าน และผู้ใช้ประโยชน์จากวารสาร กองบรรณาธิการฯ จึงใคร่ขอประชาสัมพันธ์ให้ผู้เขียน ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้เขียนประกอบด้วยการเตรียมต้นฉบับ การเขียนเอกสารอ้างอิง รวมถึง การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร และเงื่อนไขการตีพิมพ์บทความ ดังในวารสารฉบับนี้

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด วินโดวส์ ใช้ตัวอักษร AngsanaUPC ขนาด 16 point และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 12 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) ในหนึ่งหน้ามีความยาวประมาณ 27 บรรทัด การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิ อยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือโดยทั้งชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียนต้องมีภาษาอังกฤษกำกับ ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน และระบุสถานะของรายงานการวิจัย กรณีเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. เนื้อหา ทั้งบทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย และบทความต้นนิพนธ์อื่น ๆ ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 300 คำ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. การลำดับหัวข้อ การเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ให้เรียงหัวข้อ ตามลำดับ ดังนี้

4.1 รายงานการวิจัย (Research report) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์/เป้าหมาย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- จริยธรรมการวิจัย
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

4.2 โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (Capstone project)

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์/เป้าหมาย
- วิธีการดำเนินโครงการ
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการดำเนินโครงการ
- อภิปรายผล (ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินโครงการ)
- ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้
- เอกสารอ้างอิง

4.3 การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม
- วิธีการทบทวนวรรณกรรม
- การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
- การประเมินคุณภาพและคัดเลือกวรรณกรรม
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- การนำเสนอผล
- ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรม
- ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้
- เอกสารอ้างอิง

4.4 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Development of clinical practice guidelines)

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์/เป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
- การประเมินคุณภาพและคัดเลือกหลักฐาน
- แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
- ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

- ข้อจำกัดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- เอกสารอ้างอิง

4.5 รายงานกรณีศึกษา (Case study/report)

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- บทนำ
- ตัวอย่างกรณีศึกษา
- การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา
- สรุปและอภิปราย
- ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

4.6 บทความวิชาการ (Academic article)

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป
- ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

5. เอกสารอ้างอิง จำนวนอ้างอิงท้ายบทความหรือรายงานวิจัย ไม่ควรเกิน 20 เรื่อง (เขียนเป็นภาษาอังกฤษ) และในกรณีที่มีความจำเป็น บรรณานุกรมจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป

6. ตารางหรือแผนภูมิ (ถ้ามี) ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุในเนื้อเรื่องด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด (พึงระมัดระวังกรณีคัดลอกจากแหล่งอื่นที่อาจมีลิขสิทธิ์และต้องมีการขออนุญาตด้วย)

7. ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นให้เขียนด้วยหมึกดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด ทั้งภาพประกอบเรื่องและตารางให้แยกไว้ต่างหาก และระบุในเนื้อเรื่องด้วยว่าจะใส่รูปและตารางไว้ที่ใด (พึงระมัดระวังกรณีคัดลอกจากแหล่งอื่นที่อาจมีลิขสิทธิ์และต้องมีการขออนุญาตด้วย)

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย ใช้ตามระบบแวนคูเวอร์โดยทางวารสารฯ ได้มีการปรับการเขียนอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น ในวารสารฯ ตั้งแต่ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เป็นต้นไป โดยให้เขียนกำกับตอนท้ายอ้างอิงภาษาไทย ว่า (In Thai)

การเขียนอ้างอิง ขอให้สังเกตชนิดของตัวอักษร เครื่องหมายวรรคตอน และช่องไฟ ของตัวอย่าง เอกสารอ้างอิงต่อไปนี้ 1) วารสาร 2) หนังสือ 3) เอกสารอ้างอิงรูปแบบอื่นๆ 4) เอกสารอ้างอิงที่ยังไม่มีการตีพิมพ์ และ 5) การอ้างอิงจากสื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์ ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อของวารสาร ปี-เดือน-วัน วันที่พิมพ์; ลำดับปี (volume): เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

1. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation in associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. **Ann Intern Med** 1996;124(11):980-3.
2. Hanucharurnkul S. Board Certified Training Program in Advanced Nursing Practice, College of Advanced Practice Nurse and Midwife, Thailand Nursing and Midwifery Council. **Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice** 2014;1(1):5-16.(In Thai)

1.2 กรณีมีผู้เขียนเกิน 6 คน

ให้ใส่รายชื่อของผู้เขียน 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

3. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Lvanov E, et al. Childhood leukemia in Europe after Chemobyl: 5 year follow up. **Br J Cancer** 1996; 76:1006-12.
4. Tungpunkom P, Hanucharurnkul S, Panpakdee O, Wittayasoporn J, Yunipan J, Sritanyarat W, et.al. Supportive and barriers factors in practice role of Thai advanced practice nurse. **Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice** 2016; 3(2): 25-43. (In Thai)

โปรดสังเกต

1. ชื่อของเรื่อง จะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ
2. ชื่อวารสาร จะใช้เป็นชื่อย่อ (ยกเว้นกรณีไม่มีคำย่อให้เขียนชื่อเต็ม) โดยการเขียนชื่อย่อ ต้องเป็นไปตามที่กำหนด ซึ่งจะหาได้ตามห้องสมุดมาตรฐานทั่วไป หรือสืบค้นจาก Internet เว็บไซต์ของ National Library of Medicine ที่ <http://www.nlm.nlm.nih.gov>. กรณีใช้ฐานข้อมูลวารสารไทย สืบค้นได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Center) ที่ <https://www.tci-thaijo.org> และไม่มีการใช้เครื่องหมายวรรคตอนกับชื่อย่อของวารสาร
3. ระหว่างชื่อย่อวารสารกับปีที่พิมพ์ ไม่มีเครื่องหมายวรรคตอนใด ๆ คั่นอยู่
4. เครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้แสดง ประกอบด้วย
, ใช้คั่นระหว่างชื่อผู้เขียน
. ใช้หลังคำย่อชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย หรือหลังคำว่า et al หลังชื่อเรื่องและท้ายสุดของประโยค
; คั่นระหว่างปี ค.ศ.ที่พิมพ์กับ volume ของหนังสือโดยไม่มีช่องว่างคั่นหน้าหรือหลังเครื่องหมาย
: ใช้คั่นระหว่าง volume กับเลขหน้า โดยไม่มีช่องว่างคั่นหน้าหรือหลังเครื่องหมาย

- ใช้คั่นระหว่างเลขหน้าแรกกับหน้าสุดท้ายของเรื่องที่น่ามาอ้างอิง และไม่มีช่องว่างคั่นหน้าหรือหลังเครื่องหมาย

5. ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัวย่อสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 980-3 แทนที่จะเป็น 980-983 หรือเป็น 788-93 แทนที่จะเป็น 788-793

1.3 กรณีผู้เขียนเป็นหน่วยงาน

ตัวอย่าง

5. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.
6. The Royal College of Physicians of Thailand (RCPT). Instruction on clinical practice guideline development. *Royal College Physician of Thailand Newsletter* 2001;18(6): 36-47. (In Thai)

1.4 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

7. Cancer in South Africa [editorial]. *S Africa Med J* 1994; 84: 15.

1.5 กรณีที่เป็นฉบับเสริม

ตัวอย่าง

8. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1: 257-82.
9. Sritanyarat W, Sutra P, Aroonsang P, Lertrat P. Compilation of health promotion nursing network (HPNN) project outcomes. *Thai Journal of Nursing Council* 2011; 26 Suppl 1;1-19. (In Thai)

1.6 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อย (issue) ที่มีฉบับเสริม (Supplement)

ตัวอย่าง

10. Payne Dk, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23(1 Suppl 2): 88-97.

1.7 กรณีเอกสารอ้างอิงที่เป็น volume ซึ่งแบ่งเป็นตอน ๆ

ตัวอย่าง

11. Oxben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32(Pt 3):303-6.(กรณีเป็นภาษาไทย คือ ตอนที่ 3)

1.8 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อย ซึ่งแบ่งเป็นตอน ๆ

ตัวอย่าง

12. Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1): 377-8.

1.9 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อย แต่ไม่มี volume

ตัวอย่าง

13. Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

1.10 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นบทความในวารสารที่ไม่แบ่งย่อยเป็นทั้ง volume หรือ issue
ตัวอย่าง

14. Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gren Surg* 1993; 325-33.

1.11 กรณีเอกสารอ้างอิงที่มีเลขหน้าเป็นอักษรโรมัน
ตัวอย่าง

15. Fisher GA, Sikic BL. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995 Apr;9(2):xi-xii.

1.12 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะซึ่งไม่จัดเป็นนิพนธ์ต้นฉบับ

อาจแสดงชนิดของเอกสาร ได้ตามความจำเป็นภายในเครื่องหมาย [] เช่น เป็นบทความบรรณาธิการ จดหมายหรือบทคัดย่อ:

ตัวอย่าง

16. Enzensberger W, Fisher PA. Metronome in Parkinson's diseases [letter]. *Lancet* 1996; 347-1337.
17. Clement J, De Bock R. Hematological complications of hanta virus nephropathy (HVN) [abstract]. *Kidney Int* 1992, 42:1285.

2. หนังสือ

2.1 หนังสือที่มีผู้เขียนเป็นส่วนตัว

ตัวอย่าง

18. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
19. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.
20. Aroonsang P. Nursing care of geriatric problems: The implementation. 2nd ed. Khon Kaen: Klung Nana; 2010. (In Thai)

2.2 หนังสือที่มีผู้เขียนเป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่าง

21. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

2.3 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่าง

22. Phillips SJ, Whisnant JP, Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.
23. Sritanyarat W. Chapter 9 Elderly health promotion nursing. In Jirawatkul S. editor. Women's health nursing: Gender perspectives. Center for Nursing Continuing Education, Thai Nursing and Midwifery Council; 1014. (In Thai)

2.4 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference proceeding)

ตัวอย่าง

24. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15–19; Kyoto, Japan, Amsterdam:Elsevier;1996.
25. Sritanyarat W, Sutra P, Aroonsang P, Lertrat P. Nursing education towards health promotion Experiences from Health Promotion Nursing Network (HPNN), Thailand. Proceeding of the International Conference on Research for Social Devotion in Communication of the 50th Anniversary Khon Kaen University Thailand; 2015 Jan 22–23; Khon Kaen, Thailand; 2015. (In Thai)

2.5 เอกสารสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ตัวอย่าง

26. Bangtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics, In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. P. 1561–5.

2.6 เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ (Scientific or technical report)

2.6.1 เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานที่จัดทำรายงาน

ตัวอย่าง

27. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skills nursing facility stays. Final report. Dallas (TX); Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections;1994 Oct. Report No: HHSIGOE169200860.

2.6.2 เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานที่จัดทำรายงาน

ตัวอย่าง

28. Field MJ, Tranquanda RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.
29. Sritanyarat W, Damrikanlerd L. (Eds). Knowledge management and knowledge synthesis of practice guidelines for sub-district health promotion hospital: Practices guidelines for older persons' care services. Nonthaburi: Health System Research Institutes; 2010. (In Thai)

2.7 เอกสารอ้างอิงเป็นบทวิทยานิพนธ์

ตัวอย่าง

30. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly access and utilization [Dissertation]. St.Louis (MO): Washington Univ.; 1995.
31. Sangalee M. The effect of education program for diet modification on knowledge of self care, percieved self care abilities and clinical parameters in patients undergoing hemodialysis. [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (In Thai)

3. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

3.1 เอกสารอ้างอิงเป็นบทความในหนังสือพิมพ์

ตัวอย่าง

32. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21: Sect.A:3 (col.5).

3.2 เอกสารอ้างอิงสื่อโสตทัศน

ตัวอย่าง

33. HIV + AIDS: the fact and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

3.3 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ

ตัวอย่าง

34. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

4. เอกสารอ้างอิงที่ยังไม่มีการตีพิมพ์

4.1 เอกสารอ้างอิงเป็นหนังสือที่รอการตีพิมพ์

ตัวอย่าง

35. Leshner AI, Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

5. การอ้างอิงจากสื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร [ประเภทของวัสดุ] ปี เดือน [ปี เดือน วัน ที่อ้างอิง]; volume (issue): [จำนวน screens], ที่มา: address ของแหล่งสารสนเทศ

ตัวอย่าง

36. More SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 June 5]; 1(1):[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

5.2 Monograph ในรูปอิเล็กทรอนิกส์

ตัวอย่าง

37. CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-Rom]. Reeves JRT, Maibach HCMFA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1995.

5.3 สิ่งอ้างอิงที่เป็น Computer file

ตัวอย่าง

38. Hemodynamics ill: the ups and downs of hemodynamic [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.
39. Ministry of Labor. New minimum wage according to the wage board's announcement on minimum wage (No.8) 2560 [updated 22 November 2559]. Available from: http://www.mol.go.th/employee/interesting_information/ 4131. (In Thai)

การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” กรุณาศึกษาแนวทางการเขียนตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน [Author Guidelines]” ทางระบบออนไลน์ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/apnj/information/authors> ก่อนการเตรียมต้นฉบับ แล้วดำเนินการลงทะเบียนโดยกดเลือก [register] และดำเนินการลงทะเบียนให้เรียบร้อย จึงจะสามารถ [log in] เพื่อส่งบทความทางระบบออนไลน์เข้ารับการพิจารณาตามกระบวนการในห้าขั้นตอนของวารสารฯ ต่อไป

เงื่อนไขการตีพิมพ์บทความ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ตระหนักถึง “จริยธรรมในการตีพิมพ์บทความ โดยเฉพาะในการป้องปรามมิให้มีการกระทำอันเป็นการลอกเลียนงานวรรณกรรมของบุคคลอื่น” จึงขอให้ผู้ที่จะเสนอบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ส่งผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมบทความของท่านจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ “Turn-It-In” หรือโปรแกรมอื่นที่เป็นที่ยอมรับ แนบส่งมาพร้อมกับบทความที่นำเสนอมาด้วย โดยทางวารสารจะนำผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมแนบไปกับบทความประกอบการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิต่อไปด้วย ทั้งนี้ ตั้งแต่การสมัครส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป



รูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่งวิชาการ.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....
หมายเลขโทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

ชื่อสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....
หมายเลขโทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

สถานที่ที่คิด้องการให้สมาคมพยาบาลฯ ติดต่อ.....เลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์(มือถือ).....
หมายเลขโทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

ประวัติการศึกษา

ปริญญา/ประกาศนียบัตร/ใบรับรอง	กำลังศึกษา	วัน เดือน ปี ที่สำเร็จการศึกษา	สถาบันการศึกษา
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
อื่นๆ			

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก โดยข้าพเจ้ามีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน ตามข้อบังคับสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) ว่าด้วยสมาชิกสามัญและได้ชำระค่าธรรมเนียม ค่าบำรุงและได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาแล้ว

- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ☐ สำเนา ปริญญา ☐ สำเนาหนังสือฉบับบัตร
☐ หลักฐานอื่นๆ(ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระหรือส่งเงินค่าธรรมเนียมและค่าบำรุงมาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

- ☐ ค่าบำรุงสมาคมตลอดชีพ จำนวนเงิน 3,000 บาท ประเภท ☐ สมาชิกสามัญ ☐ สมาชิกสมทบ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่แจ้งหรือดำเนินการ

การสมัคร: สมัครที่ธนาคารกรุงไทย ทาง KTB Corporate Online โดยเข้า website : www.apnthalai.org หรือ สมัครด้วยตนเองที่ สมาคม APN สภาการพยาบาล

การจัดส่งเอกสาร : ส่งเอกสารการสมัครพร้อมสำเนา Slip ใบโอนเงินค่าธรรมเนียม มา ณ. สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) อาคารนครินทร์ศรี ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ขอรับคำขอสมัครเป็นสมาชิกได้ที่

**ทาง website: www.apnathai.org สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) อาคาร นครินทร์ศรี ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-1495635

แก้ไขวันที่ 14 พ.ย.57

ใบสมัครสมาชิก
วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย
Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

ประเภท () บุคคล (นางสาว/นาง/นาย) นามสกุล เลขที่สมาชิกสมาคม
() หน่วยงาน/ บริษัท (ระบุ)
ที่อยู่
e-mail: โทรศัพท์ มือถือ

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ดังนี้

กำหนดระยะเวลาการออกวารสาร (ปีละ 2 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม

สมัครเป็นสมาชิก มีกำหนด ปี เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ ปี ถึงฉบับที่ ปี

อัตราค่าสมาชิก

สมาชิกสมาคมและ/หรือวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

() 1 ปี 300 บาท () 3 ปี 800 บาท () 5 ปี 1,200 บาท

ผู้ไม่ใช่สมาชิกสมาคม และ/หรือสมาชิกวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

() 1 ปี 400 บาท () 3 ปี 1,000 บาท () 5 ปี 1,500 บาท

ข้าพเจ้าได้ส่งค่าสมาชิกจำนวน บาท มาชำระพร้อมนี้แล้ว โดย

() เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินด้วยตนเองที่สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย))

() เงินสด โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

ชื่อบัญชี สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (วารสาร) บัญชีเลขที่ 142-0-19768-1

ให้จัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ (ที่บ้าน หรือ ที่ทำงาน) ให้เลือกเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

ที่บ้าน	
ชื่อ	นามสกุล
บ้านเลขที่	หมู่ที่ ถนน แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ	จังหวัด รหัสไปรษณีย์
หรือที่ทำงาน	
ชื่อ	นามสกุล หน่วยงาน
แผนก	เลขที่ หมู่ที่ ถนน แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ	จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ส่งใบสมัครวารสารได้โดยตรงด้วยตัวเอง หรือ ส่งทางไปรษณีย์ที่

บรรณาธิการวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

อาคารนครินทร์ศรี ในกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

และสามารถ Download ใบสมัครสมาชิกวารสารและแบบชำระเงินทางธนาคารได้ที่เว็บไซต์

[http:// www.apnathai.org/journal/index.php](http://www.apnathai.org/journal/index.php) โทรศัพท์ – โทรสาร ๐๒-1495635 มือถือ 081 – 9556655

แบบเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย”

ชื่อบทความ

ภาษาไทย:.....

ภาษาอังกฤษ:.....

ชื่อ-นามสกุลผู้เขียน

ภาษาไทย:.....

ภาษาอังกฤษ:.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์มือถือ

ที่อยู่

หน่วยงาน (สังกัด) (ถ้ามี)

วุฒิการศึกษา และวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ

ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี)

ตำแหน่งทางการบริหาร (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

- 1) พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
- 2) คม. (การบริหารการศึกษา), อพย. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
อาจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
- 3) MNS, อพย. (การพยาบาลเด็ก)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล อำเภอ..... จังหวัด.....
- 4) Ph.D. (Nursing) อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)
รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความดังกล่าวไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอชื่อเพื่อ

พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่/เดือน...../พ.ศ.

