



❖ **บทความวิชาการ**

- การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์

❖ **บทความวิจัย**

- การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง เสาวลักษณ์ ปราบแก้ว กนกวรรณ นกเกษม ปรารถา บิลล่าเต๊ะ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร

- การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า: โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย วรรณธิภา กิตติงโสภณ ศิริลักษณ์ อุปาวณิช

- ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น กนกวรรณ โคตรพัฒน์ อรวรรณ หนูแก้ว วันดี สุทธิรังษี

- ผลของระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อต่อการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีน สุกฤติยา กุลศรี จินตนา ยูนิพันธ์ วิภาวี เผ่ากันทรกรร นรวิรุฬ พุ่มจันทร์

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 นัฐธิญา จันทร์ตอน นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์

- การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วันเพ็ญ แววิรุฬคุปต์ นภาเพ็ญ จันทร์ขัมมา นงนุช เขาวนัฒศิลป์ จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ

- การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ดวงพร ผาสวรรณ เรียม นมรักษ์

- การพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต พิมพ์สุภาว์ จันทนะโสทธิ์ เกณิกา จงชัยภักดิ์ จิราวรรณ นาคะปักษิณ มยุลี สำราญญาติ จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช

- การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริม เกสร พรหมเหล็ก จินตนา ต่ำเกลี้ยง

- การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน นุจริยานวิมุต อมรรัตน์ จ่านักดี

- การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สุมามิตา สวัสดิ์ดินถนาท ดวงสุดา ศิริปิตุภูมิ

❖ **บทความปกิณกะ**

- พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย ศุภิสรา พลครุฑ



วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

สารบัญ
ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566

Content
Vol.10 No.1 January-June 2023

บทความวิชาการ
การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 5
นางพิมพ์ นิมิตรอนันท์

บทความวิจัย
การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง 20
เสาวลักษณ์ ปราบแก้ว กนกวรรณ นกเกษม ปรีย์ดี บิลล่าเต๊ะ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร
การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า: โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย 36
วรรณริชฎา กิตติธงโสภณ ศิริลักษณ์ อุพานิช
ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น 54
กนกวรรณ โคตรพัฒน์ อรวรรณ หนูแก้ว วันดี สุทธิรังษี
ผลของระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อต่อการเสพยาเสพติดซ้ำและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีน 69
สุกฤติยา กุลศรี จินตนา ยูนิพันธ์ วิภาวี เผ่ากันทรารกร นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 86
นัฐธิญา จันทรดอน นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์
การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 104
วันเพ็ญ แว่ววิรุศุต์ นภาเพ็ญ จันทขัมมา นงนุช เขาวนิตศิลป์ จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ ดวงพร ผาสวรรณ เรียม นมรักษ์ พิมสุภาว์ จันทนะโสทธิ์ เกณิกา จงชัยภัค
การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ 120
การพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต
จิราวรรณ นาคะปักษิณ มยุลี สำราญญาติ จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช
การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริม 140
การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ
เกสร พรหมเหล็ก จินตนา ต้าเกลี้ยง นุจรี ยานวิมุต อมรรัตน์ จันทนภักดิ์ สุมามิตา สวัสดิ์ดิณฤนาท ดวงสุดา ศิริปิฎกภูมิ

บทความปริทัศน์
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย 159
ศุภิสรา พลครุฑ

Academic
Applying the Transitional Care Model in Caring for Older Adults with Heart Failure 5
Nongpimol Nimit-arnun

Research
Quality Assessment of the Center to Advance Palliative Care in the ICU Screening Tool-Thai Version: A Retrospective Study 20
Souwaluk Prabkaew Kanokwan Nokkasam Paredah Billateh Wongchan Petpichetchian
Development of Community Participation Model for Promoting Early Childhood Development in Children with Potential Developmental Delay: Ban Kluai Model, Sukhothai 36
Wanrichada Kittitongsophon Siriluk Upavanich
Effects of Art Therapy Program on Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms among Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 54
Kanokwan Khotaput Orawan Nukaew Wandee Sutarangsi
Effects of a Seamless Nursing Care System on Amphetamine Relapse and Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients with Amphetamine Use Disorder 69
Sukrittiya Kulsri Jintana Yunibhband Wipavee Pouwkantarakorn Norawee Pumchun
Effects of a Herb Usage Health Literacy Program on Health Literacy and Health Behavior in Persons with Chronic Kidney Disease Stage 3-4 86
Nattiya Jundon Nonglak Methakajanasak
Development of a Health Literacy Scale for Persons with Hypertension 104
Wanpen Waelveerakup Napaphen Jantacumma Nongnutch Chowsilpa Jutatip Tepsuwan Duangporn Phasuwan Riam Namarak Pimsupa Chandanasothti Kenika Jongchaipuk
Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines Implementation for Hypovolemic Shock Management Among Critically Ill Patients 120
Jirawan Nakapaksin Mayulee Somrarnyart Chiraporn Tachaudomdach
Development of Mobile Application to Promote Continuity of Care from Hospital to Community for Patients with Severe Multiple Trauma 140
Kesor Promlek Jintana Damkliang Nucharee Yanwimut Amornrat Chumnonphak Sumamita Sawasdinarnenart Duangsuda Siripituphum

Miscellaneous
Professional Nurses in Tambon Health Promoting Hospital Transferring to Local Administrative Organization: Career Path and Challenges 159
Supisara Phonkrut

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ เป็นวารสารที่มีการควบคุมคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดำเนินการโดย สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย โดยการสนับสนุนของ สภาการพยาบาล

วัตถุประสงค์ (Aims):

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

ขอบเขต (Scope):

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

กำหนดการออกวารสาร

- วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ มีกำหนดออกวารสารเป็นราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)
- มกราคม-มิถุนายน
 - กรกฎาคม-ธันวาคม

การตีพิมพ์เผยแพร่

- วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย จัดพิมพ์ 2 ฉบับต่อปี
- ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
 - ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

ISSN 0859-6808 (Print)

- ตีพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ. 2565
- ตีพิมพ์เป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Journals) เท่านั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป

ช่องทางการติดต่อกองบรรณาธิการ

ติดต่อ: ผู้จัดการวารสาร (คุณกรภัทร ศิลปวิทย์)
โทรฯ. 081 – 9556655 Line ID: kornpapat
E-mail: apnsthai@gmail.com

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา	รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล รศ.ดร.เรณู พุกบุญมี รศ.ดร.วรรณภา ศรีธีรรัตน์	นายกสภาการพยาบาล อดีตนายกสภาการพยาบาล บรรณาธิการวารสาร Pacific Rim International journal of Nursing อดีตนายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) บรรณาธิการวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ไทย (พ.ศ. 2557-2564)
บรรณาธิการ ผู้ช่วยบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื้อ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาส รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยั้ง รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธ์ ศรีพันธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม รองศาสตราจารย์ ดร.จินพิชญ์ชา สาธิมาส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่ขนาด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิษุตา เจริญกิจการ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียวอิศเรศ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร รองศาสตราจารย์ ดร.ซัจคเน็ค แพรวขาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้พิมพ์-ผู้โฆษณา: พิมพ์ที่:	นางกรปภัทร ศิลปวิทย์ บริษัท จุดทอง จำกัด โทรศัพท์ 095-661-5996 email : goldenpoints@yahoo.com	

บทบรรณาธิการ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทยฉบับนี้ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการเผยแพร่ผ่านระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Thai Journals Online System) เพื่อให้สมาชิกและผู้สนใจเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว และเป็นบทความที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากหลากหลายสถาบัน จำนวน 3 ท่าน ในลักษณะ Double-blind Peer Review เพื่อคงคุณภาพและสาระของบทความอันเป็นประโยชน์ทั้งผู้เขียนและผู้อ่านอย่างต่อเนื่อง วารสารฉบับนี้นำเสนอ 10 บทความ ประกอบด้วย บทความวิชาการ เรื่อง การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนบทความวิจัยเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า: โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย ผลของโปรแกรมศิลปบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น ผลของระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีน ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต และการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ปิดท้ายด้วย บทความปกิณกะ เรื่อง พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย

ในการนี้ เพื่อให้ทุกท่านสามารถเข้าถึงบทความและมีส่วนร่วมในเผยแพร่ผลงานในวารสารที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพนี้ ขอเชิญชวนให้ผู้เขียนและผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ ติดตามและสืบค้นผลงานได้จากเว็บไซต์นี้ (<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj>) หรือสามารถติดต่อบรรณาธิการวารสาร ได้ที่ praneed.sw@gmail.com

ประณีต ส่วงวัฒนา
บรรณาธิการวารสารฯ

การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

นางพิมพ์ นิมิตรอนันต์¹ ส.ต.(การพยาบาลสาธารณสุข), อพย.(การพยาบาลชุมชน)

บทคัดย่อ: การพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรการสำคัญในการลดอัตราการตาย อัตราการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่าย แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการพยาบาลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถข้ามผ่านระยะการเจ็บป่วยไปสู่ระยะการฟื้นหายได้อย่างราบรื่น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดและองค์ประกอบของแบบจำลอง รวมทั้งการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ด้วยโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีบทบาทหลักในการสร้างแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นรายกรณี ประกอบด้วย 9 กิจกรรมการพยาบาลและการดูแล 2 ระยะ ได้แก่ ระยะรับรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างได้ผล

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 05-19

คำสำคัญ: แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว

¹รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: dmongpimol999@gmail.com

วันที่รับบทความ 5 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 9 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับบทความ 10 กุมภาพันธ์ 2566

Applying the Transitional Care Model in Caring for Older Adults with Heart Failure

Nongpimol Nimit-arnun¹ Dr.P.H (PHN). Dip.CNP.

Abstract: Quality improvement of continuing care service has been recognized as the key strategy for reducing the mortality rate, readmission rate, and cost among older adults with heart failure. The Transitional Care Model is a continuing and comprehensive nursing process, aimed at supporting patients and family caregivers to transition from the illness phase into the convalescence phase smoothly. This article aims to explain concepts and components of the model, and its application in caring for the older adult group through developed intervention program. Transitional care nurses play a major role in creating an individual transitional care plan. The care plan included 9 nursing activities and 2 phases of care; in-hospital phase and post-discharge phase in order to respond effectively to clients' health needs.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 05-19

Keywords: Transitional care model, older adults, heart failure

¹Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University, Thailand. Nakhon Pathom province, Corresponding author, E-mail: drnongpimol999@gmail.com

Received November 5, 2022; Revised February 9, 2023; Accepted February 10, 2023

บทนำ

ประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับความสนใจจากนักวิชาการทั่วโลก โรงพยาบาลและหน่วยงานพัฒนาคุณภาพบริการในหลายประเทศมุ่งการสร้างสร้งค่านวัตกรรมรูปแบบๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ และบรรลุเป้าหมายของการบริการจัดการที่ดี อีกทั้งให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) ที่ดีกว่าเดิม จนนำไปสู่การกำหนดเชิงนโยบายของโรงพยาบาลนั้นๆ แต่ที่ผ่านมา ทุกประเทศล้วนประสบปัญหาการสื่อสาร และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว รวมทั้งความล้มเหลวของพยาบาลในการประเมินความต้องการในมิติต่าง ๆ อย่างครอบคลุม พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างสร้งค่านวัตกรรมรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่มีความเชื่อมโยงกัน ทั้งระยะเฉียบพลัน และการดูแลพักฟื้นที่บ้านหรือในสถานบริบาลในชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ¹

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล เริ่มตั้งแต่การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึงการติดตามดูแลหลังการจำหน่าย หากเป็นบริการที่ขาดประสิทธิภาพย่อมนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจและข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการมากมาย สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่ไม่ชัดเจน การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลและสถานบริการในชุมชนหรือหน่วยที่รับการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมของพยาบาลและทีม

สุขภาพจากแต่ละสถานบริการที่ซ้ำซ้อนกัน ความไม่เข้าใจแผนการดูแลและแผนการรักษาของโรงพยาบาล รวมทั้งความล้มเหลวของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินความต้องการอย่างเพียงพอและครอบคลุม Laugaland และคณะ² เสนอว่าการพัฒนารูปแบบการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ อีกทั้งยังทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ บริการสุขภาพรูปแบบนี้ได้รับการยอมรับในทุกวิชาชีพสุขภาพว่าเป็นบริการที่ทำร่วมกัน (multidisciplinary approach) หนึ่งเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในช่วงของการเปลี่ยนผ่านของการดูแล จึงจำเป็นต้องปรับกระบวนการในกระบวนการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน ทั้งในระหว่างการดูแลแบบเฉียบพลัน และการดูแลในชุมชน อีกทั้งต้องมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย ภายใต้บริบทของระบบบริการสุขภาพและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Coleman และคณะ³ เสนอว่าการจัดระบบบริการการดูแลต่อเนื่องที่มีความครอบคลุมสามารถช่วยสนับสนุนระดับประคองผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้มีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อบรรลุเป้าหมายการลดอัตราการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในช่วงการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (The Care Transitions Intervention) ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก (the 4 pillars) ได้แก่ การจัดการการใช้ยาด้วยตนเอง การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่ครอบคลุม การติดตามดูแลเยี่ยมบ้านและการพบแพทย์ตามนัด

และการสอนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการเตือนหรือสัญญาณบ่งบอกถึงอาการที่ทรุดลง (red flags-warning signs and symptoms) เมื่อนำมา ออกแบบเป็นโปรแกรมการดูแล ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเยี่ยม/ดูแลในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้านหลัง การจำหน่าย และ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลงในระยะเวลา 30 วัน และ 90 วัน จึงมีข้อเสนอว่าพยาบาลและทีมสุขภาพควรมีบทบาทในการศึกษาและติดตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในช่วงระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านอย่างต่อเนื่อง⁴ เนื่องจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) และการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่คาบเกี่ยวกัน ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ⁵ ได้อธิบายว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นความต้องการให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เพื่อลดการดูแลแบบแยกส่วนที่มีความจำเป็นมากในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นบริการการดูแลที่โรงพยาบาลจัดให้สำหรับผู้ป่วยรายหนึ่ง ๆ เมื่อต้องย้ายสถานที่พักรักษาตัวจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง อาจอยู่ในสังกัดเดียวกัน แต่ต่างระดับบริการ หรือต่างสังกัด/หน่วยงานก็ได้ การย้ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้าน การย้ายไปพักที่สถานบริบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพหรือ การดูแลระยะยาว (long term care) จากการศึกษา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 89 ต้องการการดูแลระยะยาว ญาติผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านให้ปลอดภัย ขณะที่

พยาบาลวิชาชีพต้องการมาตรฐานการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและ ครบถ้วน นอกจากนี้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังให้ความ เห็นที่สนับสนุนโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบ วงจรและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมี พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็น ผู้ประสานงานหลักในทีมการดูแล

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นกลุ่ม อาการทั้งแบบเฉียบพลันและคงที่/เรื้อรัง ที่มีความ ซับซ้อนทางคลินิก มีสาเหตุจากความผิดปกติของ ระบบหัวใจและหลอดเลือดอาจเป็นที่ระดับโครงสร้าง หรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง (structural or functional impairment) ทำให้เกิดความพร่องในการ ทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างที่ไม่สามารถเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตโดยรวม (cardiac output) ได้เพียงพอ เมื่อร่างกายต้องการการไหลเวียนของโลหิตโดยรวม มากขึ้น อาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ เหนื่อย ง่าย/ออกแรงได้น้อย หายใจหอบเหนื่อยหลังการนอน หลับ (paroxysmal nocturnal dyspnea) นอนราบไม่ได้ (orthopnea) แขนขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และ ภาวะน้ำท่วมปอด⁶ ภาวะการเจ็บป่วยนี้มีผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก เป็นสาเหตุสำคัญของการตาย การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ภาระค่าใช้จ่าย และการพึ่งพา^{7,8} สมาคม โรคหัวใจกลุ่มประเทศยุโรป (European Society of Cardiology)^{6,7} จึงได้เสนอแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการ วินิจฉัยและดูแลรักษาที่ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วย กลุ่มนี้โดยจำแนกระดับความรุนแรงของโรค 4 ระดับ (NYHA Functional class) ทั้งมีข้อเสนอสำคัญ ในการกำกับติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและ มาตรการป้องกันปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำให้การดำเนิน

ของโรคทรุดลง (prevention and monitoring) ด้วยการเพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง (self-management) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) ขณะที่ Boltz และคณะ⁹ เสนอมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพที่ครอบคลุม มาตรการการพยาบาล (nursing care strategies) การประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected outcomes) และการกำกับติดตาม (follow-up monitoring condition) อนึ่ง อุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้นอย่างชัดเจนตามช่วงอายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70-80 ปีขึ้นไป⁹ อุบัติการณ์นี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย โดยเฉพาะกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) การมีโรคร่วมหลายโรค (multi-morbid illness) และการรักษาด้วยยาหลายขนาน (polypharmacy) ทำให้ความรุนแรงของโรคทวีขึ้นและมีความซับซ้อนในการบำบัดรักษายิ่งขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัยอื่น¹⁰ ปัญหาที่ซับซ้อนนี้จำเป็นต้องจัดการด้วยการบูรณาการความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและอายุรกรรมโรคหัวใจ เพื่อพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะแผนการดูแลรักษาที่เน้นความสำคัญของโปรแกรมการออกกำลังกายและโภชนาการบำบัดเพื่อลดการรักษาด้วยยา¹¹

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดและองค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่นำสู่คุณภาพบริการที่เป็นเลิศ

แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (The Transitional Care Model)

แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน หรือ The Transitional Care Model (TCM) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย ดร. แมรี เนเลอร์ ร่วมกับคณาจารย์พยาบาลจาก University of Pennsylvania School of Nursing ประเทศสหรัฐอเมริกา และกลุ่มนักวิจัยสหสาขาวิชาชีพ ที่สนใจเกี่ยวกับระบบบริการแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เนเลอร์ เป็นผู้อำนวยการโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่สู่การปฏิบัติการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกา ได้ตีพิมพ์ผลงานครั้งแรกใน คศ.1990 และมีผลงานเผยแพร่มาโดยตลอดจนถึงปัจจุบันกว่า 20 ปี¹² คณะผู้พัฒนาแบบจำลองให้ความสำคัญกับช่วงเวลาในระยะเปลี่ยนผ่านว่าเป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วยสูงอายุ เป้าหมายของการพัฒนาคือการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการรักษา และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว¹³

คุณลักษณะและองค์ประกอบของแบบจำลอง TCM

แบบจำลอง TCM เป็นรูปแบบบริการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปจนถึงการติดตามดูแลหลังการจำหน่ายฯ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถข้ามผ่านระยะของความเจ็บป่วยอย่างราบรื่น และให้การดูแลจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่การดูแลใหม่โดยนำกลยุทธ์การวางแผนจำหน่ายรวมถึงการจัดเตรียมบริการสุขภาพที่บ้านมาใช้ในการปฏิบัติ มีการสื่อสารแผนการดูแลระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับบริการ มีการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองตามปัญหาและความ

ต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ความรู้ความเข้าใจนั้นนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในที่สุด^{14,15} Hirschman และคณะ¹⁶ เสนอว่า องค์ประกอบหลัก (Core components) ของแบบจำลอง TCM 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงและอาการ การให้ความรู้ทางสุขภาพและส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง การทำงานร่วมกัน การบริการต่อเนื่อง และการติดต่อประสานงาน ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับแนวคิดของ Coleman และคณะ³ พบว่ามีความคล้ายคลึงกันแต่แบบจำลอง TCM มีความครอบคลุมมากกว่าและสะท้อนถึงการบริการทางการพยาบาลที่ชัดเจน Rezapour-Nasrabad¹⁷ ศึกษาบทบาทของนurses เป็นระบบจากงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 10 รายการที่สืบค้นได้ในช่วงปี ค.ศ.2000-2017 เพื่อยืนยันองค์ประกอบและผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของการใช้แบบจำลอง TCM ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่ประสบความสำเร็จตามแผนการรักษา มีภาวะกลับเป็นซ้ำ และมีค่าใช้จ่ายสูง ผลการศึกษาสรุปว่าองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลฯ ได้แก่ การประเมินคัดกรองบุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่ดี การประเมินความเสี่ยงและการจัดการอาการผิดปกติ การสอนความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและแหล่งประโยชน์ ส่วนผลลัพธ์จากบริการรูปแบบนี้ ได้แก่ การลดค่าใช้จ่าย การเพิ่มความสามารถในการทำ

หน้าที่/กิจวัตรประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกว่าเดิม และเพิ่มระยะเวลาให้ห่างขึ้นของการกลับมารักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ Morkisch และคณะ¹⁸ ศึกษาบทบาทของนurses เป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยสูงอายุที่มีขนาดตัวอย่างมากกว่า 50 คนและระยะเวลาการทดลองไม่น้อยกว่า 30 วัน ผลการศึกษายืนยันผลลัพธ์ทางสุขภาพตามองค์ประกอบเหล่านี้ โดยเฉพาะโปรแกรมที่ใช้ร่วมกันหลายองค์ประกอบและมีการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขา (multicomponent and multidisciplinary intervention)

พยาบาลผู้ดูแลและระยะเปลี่ยนผ่าน

Naylor^{12,14} และ Ortiz¹³ ระบุว่าผู้เป็นกำลังหลักในการออกแบบและขับเคลื่อนบริการลักษณะนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ คือ พยาบาลผู้ดูแลและระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care nurses) เป็นพยาบาลผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทและหรือผ่านการอบรมเฉพาะทางในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการประสานงาน (the first care coordinator) ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเชื่อมต่อไปยังสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการส่งต่อการดูแลที่บ้าน พยาบาลกลุ่มนี้อาจเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก หรือพยาบาลผู้จัดการรายการที่มีสมรรถนะขั้นสูงในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างเบ็ดเสร็จครบวงจร (comprehensive care) ในบางกรณีอาจทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาแก่ทีมพยาบาลและทีมสหสาขา (transition coach) ทั้งนี้มีเงื่อนไขสำคัญคือ การตระหนักถึงความสามารถในการรู้หนังสือหรือการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยและญาติ (literacy) ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ รวมทั้งทีม

สุขภาพผู้ให้การดูแลต้องมีการสื่อสาร การส่งต่อข้อมูล ไปยังผู้ให้การดูแลต่อในสถานบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ แบบจำลอง TCM ให้ความสำคัญกับกิจกรรม การพยาบาลที่หลากหลายและครอบคลุม¹⁵ ได้แก่ การ ประเมินสถานะสุขภาพอย่างสมบูรณ์แบบครอบคลุม ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด และ การทำหน้าที่ รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การสร้างแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care plan) ที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เชื่อถือได้แล้วนำไปสู่การปฏิบัติ (evidence-based guidelines) ตลอดจนการวัดและประเมินผลลัพธ์เชิง ประจักษ์ การดูแลต้องเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อ เนื่องไปถึงบ้านโดยติดตามเยี่ยมที่บ้านร่วมกับติดตาม ทางโทรศัพท์และการสื่อสารทางไกลอื่น ๆ ที่มีให้ใช้ ประโยชน์ได้ การสร้างกลไกเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และหน่วยที่รับส่งต่อ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลระยะยาวในลักษณะการทำงานร่วมกันกับพยาบาลและทีมสุขภาพ

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยสูงอายุที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลว

Naylor⁸ ให้ความสนใจในการพัฒนาระบบการ ดูแลหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (post-discharge care) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว Bixby และคณะ¹⁹ เสนอว่า พยาบาลผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านมีภารกิจสำคัญในการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองตาม แผนการรักษา สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกัน อาการกำเริบ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง เพื่อบรรลุเป้าหมายคือการ ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสามารถ

ดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคนี้ในระยะหลังการจำหน่ายที่ผ่านมา พบว่ายังขาด ความชัดเจน ความครอบคลุมและความต่อเนื่อง การ วางแผนจำหน่ายมักเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แต่ ยังขาดการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ทั้งยังขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ รวมทั้งการดูแล มักสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ อัจฉริยา พวงแก้ว และคณะ²⁰ ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 237 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง การขอคำปรึกษา และการยึดมั่นให้ ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม มีปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ร้อยละ 54.70 ได้แก่ อายุ ความรุนแรง ของโรคร่วม และภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเป็น ปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงสุดถึงร้อยละ 62.90 และอภิปรายว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังมีรูปแบบ ที่หลากหลาย ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศยืนยันว่า คุณภาพของโปรแกรมการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดี จึงเสนอว่าการจัดบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มี โรคร่วม รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อสนับสนุน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนั้น ศุภวัณณ์ เลิศพงศ์ ภาคภูมิ และคณะ²¹ ศึกษาปัจจัยทำนายการกลับเข้า รักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว เฉียบพลันในช่วง 1 ปีหลังการจำหน่าย พบว่าปัจจัย ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ระดับความดันโลหิตและอัตราชีพจร ร่วมกันทำนาย

ตัวแปรการกลับเข้าพักรักษาซ้ำได้ร้อยละ 57.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเสนอแนะว่าพยาบาลควรจัดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมโดยเฉพาะการดูแลก่อนการจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีโรคร่วม อัตรารักษาซ้ำมากกว่า 80 ครั้งต่ออาทิตย์และระดับความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 140 มม.ปรอท

สำหรับการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น Ba และคณะ (2020)²² สังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วง ค.ศ.2000-2019 จำนวน 25 รายการที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมที่พัฒนาจากแบบจำลอง TCM โดยเฉพาะในระยะ 7 วันแรกหลังการจำหน่าย พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษาและให้ความรู้ทางสุขภาพ การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ การติดตามประเมินอาการผิดปกติและการดำเนินของโรค การใช้ยาและแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับผลศึกษาของ Yuan และคณะ²³ ที่บทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับการหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในช่วง ค.ศ.2009-2019 จำนวน 38 รายการ สรุปว่าโปรแกรมลักษณะนี้ช่วยลดความเสี่ยงและอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีปัจจัยสำคัญที่นำสู่ความสำเร็จคือการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

Naylor และคณะ⁸ ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มโรคหัวใจล้มเหลว โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) เป็นผู้วางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์และติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตและความสามารถทางกายดีขึ้น รวมทั้งมี

ความพึงพอใจสูงต่อบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับจิตติมา เจริญทอง และคณะ²⁴ เสนอว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงประยุกต์แบบจำลอง TCM ในการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติกับผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน วรรณญา เกษไชย²⁵ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งเป็นระยะก่อนการจำหน่าย และระยะภายหลังการจำหน่ายด้วยการติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการเปลี่ยนผ่าน แล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ รูปแบบการดูแลนี้เน้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลโดยตรง และเป็นผู้ประสานความร่วมมือจากผู้ป่วยญาติและทีมสหสาขา ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการหายใจลำบากลดลง มีพฤติกรรมควบคุมน้ำ และโซเดียมในร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงถึงประสิทธิผลการดูแลทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรังจึงเสนอว่าควรมีการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและการศึกษาวิจัยต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากแนวคิดแบบจำลองและการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาสู่การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยนิยามว่า เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวรวมทั้งญาติผู้ดูแล เริ่มตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการรับบริการ พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้รับผิดชอบหลักในกระบวนการดูแลดังกล่าวโดยการสร้างแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวรายการ (transitional care plan) ประกอบด้วย

1. เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ (goal/objectives) ได้แก่

1.1 เพื่อให้ความรุนแรงของพยาธิสภาพลดลงและการดำเนินโรคคงที่หรือไม่ทรุดลง

1.2 ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความสุขสบายมากขึ้นจากอาการผิดปกติต่างๆ

1.3 ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

2. กิจกรรมการพยาบาล (nursing activities) ประยุกต์จาก 9 องค์ประกอบการดูแล (ตารางที่ 1)¹²⁻¹⁸ ร่วมกับระยะการดูแล 2 ระยะ ได้แก่ ระยะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (admission care) และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (post-hospital care) ซึ่งแต่ละระยะนี้มีรายละเอียดของกิจกรรมการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ตารางที่ 2)^{3,4,8,19,22-25}

3. ผลลัพธ์การพยาบาล (nursing outcomes)^{8,20-24} ได้แก่

3.1 การเพิ่มศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณน้ำและเกลือโซเดียม รวมทั้งการใช้ยาตามแผนการรักษา

3.2 การลดความเสี่ยงหรือโอกาสการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การลดอัตราการนอนในหอผู้ป่วย และค่าใช้จ่าย

3.3 ความพึงพอใจต่อบริการและการรับรู้คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล (ประยุกต์จาก 9 องค์ประกอบการดูแล)

องค์ประกอบการดูแล	กิจกรรมการพยาบาล
1) การคัดกรอง (screening)	การระบุและกำหนดกลุ่มเป้าหมายโดยมีเกณฑ์การคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75-80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตที่ต้องส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดยเร็วและได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด นับเป็นองค์ประกอบสำคัญอันดับแรกของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินคัดกรองที่มีความไว ความเฉพาะเจาะจง และสะดวกรวดเร็วในการใช้งาน ได้แก่ สัญญาณชีพ คลื่นหัวใจ ระดับความรุนแรงของโรค (NYHA Functional class) รวมทั้งอาการเตือนทางคลินิกที่สำคัญ (warning signs/red flag)

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล (ประยุกต์จาก 9 องค์ประกอบการดูแล) (ต่อ)

<p>2) บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ (staffing)</p>	<p>พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง/พยาบาลผู้จัดการรายกรณีกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ/ พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน/พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้การดูแลตลอดช่วงระยะเฉียบพลันจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟู เป็น การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยใช้แผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care plan) ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือสำคัญ พยาบาลกลุ่มนี้ต้องใช้ศักยภาพและองค์ความรู้เชิงบูรณาการในหลายศาสตร์สาขา อาทิ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก เกสัชวิทยา</p>
<p>3) การธำรงสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (maintaining relationships)</p>	<p>พยาบาลสร้างความสัมพันธ์ที่ดีตั้งแต่ระยะเตรียมจำหน่ายจากโรงพยาบาลและดำรงความสัมพันธ์นั้นไว้ตลอดระยะเวลาการดูแล ทั้งระยะหลังการจำหน่ายฯ และเมื่อผู้ป่วยกลับมา รับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก การประเมินความต้องการการดูแลเป็นรายกรณี ตลอดจนอำนวยความสะดวก แสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้กับผู้ป่วยและครอบครัว</p>
<p>4) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (engaging patients & family caregivers)</p>	<p>การดำเนินการตามแผนการดูแลที่จำเป็นโดยการประชุมทีม ออกแบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความชอบ ค่านิยม และเป้าหมาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) พยาบาลต้องจำเป็นต้องปรึกษากับญาติผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ชัดเจน และมีความเป็นไปได้ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย การมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นของผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ระยะแรกนับเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของแผนการดูแลระยะยาว</p>
<p>5) การประเมินภาวะสุขภาพแบบครอบคลุมรวมทั้งการจัดการความเสี่ยงและอาการ (comprehensive assessing and managing risks and symptoms)</p>	<p>การประเมินอย่างละเอียดเกี่ยวกับอาการทางคลินิกที่สำคัญ เช่น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหนื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ที่บ่งบอกถึงภาวะการกำเริบของหัวใจล้มเหลว (Exacerbation) และ/หรือติดตามการเปลี่ยนแปลง/ความก้าวหน้าตาม NYHA Functional class ก็ได้ นอกจากนั้น ยังต้องประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) และภาวะโรคเรื้อรังร่วมอื่น ๆ (multimorbidity) โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นหัวใจรั่ว และ 2) กลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคชืด โรคอ้วน เป็นต้น ประเมินสถานะการทำงานของร่างกาย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและแผนการรักษา สภาวะสุขภาพจิต การรับรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต การทบทวนการใช้ยา (medication review) เพื่อหลีกเลี่ยง/ลดปัญหาการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) โดยเฉพาะกลุ่มยาที่มีอาการข้างเคียงสูงหรือยาที่อาจมีปฏิกิริยาต่อกัน (drugs interaction) เช่น beta-blockers (BB), angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) หรือ angiotensin receptor blockers (ARB) นอกจากนั้น ยังต้องประเมินความเสี่ยงการหกล้ม ภาวะโภชนาการพร่อง ความเจ็บปวด ความไม่สมบูรณ์ของสภาพผิวหนัง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ รวมทั้งสิทธิประโยชน์และความต้องการสนับสนุนสวัสดิการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ</p>

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล (ประยุกต์จาก 9 องค์ประกอบการดูแล) (ต่อ)

<p>6) การให้ความรู้ทางสุขภาพ และส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง (educating and promoting self-management)</p>	<p>รูปแบบการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาความฉลาดรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) โดยให้ความสำคัญอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุและ/ญาติผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านความจำ การตัดสินใจและการอ่านออกเขียนได้ พยาบาลพัฒนาเครื่องมือสอนการดูแลตนเองที่มีคุณภาพดี เช่น การสอนสาระสำคัญด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การสร้างแบบจำลอง การยกตัวอย่าง การใช้คำถามและสนทนาโต้ตอบ การสอนย้อนกลับ และการเรียนรู้แบบกลุ่ม ทั้งนี้ ให้สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้และประสบการณ์เดิม เครื่องมือดังกล่าวมีการพัฒนาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดทำคู่มือหรือสมุดบันทึกสุขภาพที่มีแนวทาง/วิธีจัดการดูแลในกรณีเร่งด่วน/ฉุกเฉิน รวมถึงข้อมูลติดต่อของแพทย์หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การสอนทบทวนความรู้ผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์และ/แอปพลิเคชันไลน์ ทั้งนี้ สาระการเรียนรู้ที่สำคัญประกอบด้วย การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงเทคนิคการเพิ่มกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) อาหารเฉพาะโรคเพื่อควบคุมภาวะน้ำเกิน (fluid overload) การใช้ยาตามแผนการรักษา</p>
<p>7) การทำงานร่วมกัน (collaborating)</p>	<p>การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และญาติผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการกำกับติดตามการดำเนินของโรค อาจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้ง เจ้าหน้าที่แผนกเวชกรรมชุมชน และการส่งต่อปฐมภูมิ ที่มีความเข้าใจในเป้าหมายของแผนการดูแล ทั้งนี้ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจะช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกันยิ่งขึ้น</p>
<p>8) การบริการต่อเนื่อง (promoting continuity)</p>	<p>การให้บริการดูแลผู้ป่วยตลอดช่วงของการดูแลรักษา การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือการส่งต่อไปยังสถานบริการปฐมภูมิ การติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือทางโทรศัพท์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในช่วงเดือนแรกหลังการจำหน่ายฯ รวมทั้งการติดตามประเมินผลในระยะยาว</p>
<p>9) การติดต่อประสานงาน (fostering coordination)</p>	<p>การสื่อสารและความเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขา การให้บริการต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งต่อสำหรับบริการด้านสุขภาพและ/หรือชุมชนใหม่ ๆ ตลอดจนการติดตามดูแลเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง</p>

กิจกรรมการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนี้ พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้สร้างแผนการดูแลเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีพยาธิสภาพ ความก้าวหน้าของโรค บริบทครอบครัวและสังคมที่แตกต่างหลากหลาย จำแนกการดูแลเป็น 2 ระยะ ดังนี้ (ตารางที่ 2)

1. ระยะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (admission care หรือ in-hospital phase) มีการดูแลดังนี้

1.1 การเยี่ยมเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และเริ่มวางแผนจำหน่ายภายใน 48 ชั่วโมงแรก ติดตามเยี่ยมและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นรายวัน หรือทุก 2-3 วันแล้วแต่กรณี

เช่น สัญญาณชีพ คลื่นหัวใจ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มอาการสูงอายุ

1.2 การเยี่ยมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรค/พยาธิสภาพ จนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นตัว พยาบาลจัดทำแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วม มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสอนความรู้เฉพาะสาระสำคัญและการฝึกทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน

1.3 การเยี่ยมเพื่อการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าอย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนการจำหน่าย มีการติดต่อประสานงาน กับญาติผู้ดูแล และทีมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะระบบการสื่อสารกับหน่วยงานที่รับส่งต่อ จากนั้น สรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญ การปฏิบัติการดูแลและการประเมินผล/ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในบางกรณีอาจพบปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องบันทึกไว้และประสานงานกับพยาบาลผู้รับดูแลต่อเพื่อร่วมกันติดตามดูแลต่อไป

2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (post-hospital care หรือ post-discharge phase)

เป็นการพัฒนาทักษะและเพิ่มความ สามารถในการดูแลสุขภาพทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด (follow-up care) พยาบาลสามารถจัดกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการประเมินภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการดำเนินโรค อาจเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายกรณี การสนทนากลุ่ม การประยุกต์เทคนิคการพัฒนาความฉลาดรอบรู้ทางสุขภาพมาใช้แก้ไขเฉพาะประเด็นที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างได้ผล การดูแลหลังการจำหน่ายนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การดูแล ณ แผนกผู้ป่วยนอก 2) การเยี่ยมบ้าน และ 3) การกำกับติดตามการดูแลตนเองที่บ้าน (telemonitoring) ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินและวิเคราะห์ประเด็นปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ทางสุขภาพว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด บางปัญหาจำเป็นต้องปรึกษาทีมสหวิชาชีพ หรือการแสวงหาแหล่งประโยชน์อื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยติดตาม (cardiac device) เพื่อช่วยเสริมการทำงานของหัวใจ หรือการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น

แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีเป้าหมายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการรักษา การกลับเข้ารับรักษา ภาวะการดูแลและค่าใช้จ่าย เป็นรูปแบบบริการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากแรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลไปจนถึงการติดตามดูแลหลังการจำหน่ายฯ ทั้งการดูแลเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถข้ามผ่านระยะต่างๆ ของความเจ็บป่วยได้อย่างราบรื่น รวมทั้งการดูแลจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่ดูแลแห่งใหม่ พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีบทบาทหลักในการออกแบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายกรณี เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานแบบร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและผู้รับบริการ จนนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Naylor MD, Bowles KH, McCauly KM, Maccoby MC, Maislin G, Pauly MV, Krakauer R. High-value transitional care: translation of research into practice. *J Eval Clin Pract* 2013; 19(5): 727-33.
2. Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care a review of the evidence. *WORK* 41 2012; 2915-24.
3. Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Min S, Parry C, Kramer AM. Preparing patients and caregivers to participate in care delivery across setting: The care transitions intervention. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1819-24.
4. Coleman EA, Parry C, Chalmers S., Min S. The care transition intervention: results of randomized controlled trial. *Arch Int Med* 2006; 166: 1822-8.
5. Intarasombat P, Monkong S, Churaitatsanee S, Vongterapak S, Prasanatikorn W, Pornsawatchai P, et al. Comprehensive care of hospitalized older adults: transitional care from hospital to home. *RNJ* 2013; 19(2): 194-205. [In Thai]
6. European Society of Cardiology (ESC). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2021; 42(36): 3599-3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.
7. Chunharas P, Yingchoncharoen T, Kunchorn RA. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) Heart Failure Guideline. Medical Association Cardiology of Thailand 2019. Nextstep Design Limited Partnership. [In Thai]
8. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin GM, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(5): 675-684.
9. Boltz M, Capezuti EA, Zwicker D, Fulmer T. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 2021. 6th Editions; New York: Springer Publishing Company, LLT.
10. Liu E, Lampert BC. Heart failure in older adults: medical management and advanced therapies. *Geriatrics* 2022; 7, 36.
11. Butrous H, Hummel SL. Heart failure in older adults. *Can J Cardiol* 2016; 32(9): 1140-7.
12. Naylor MD. Transitional care for older adults: a cost-effective model. *LDI of Health Economics* 2004; 9(6): 1-4.

13. Ortiz MR. Transitional care: nursing knowledge and policy implication. *Nursing Science Quarterly* 2019; 32(1): 73-7.
14. Naylor MD. A decade of transitional care research with vulnerable elders. *J Cardiovas Nurs* 2000; 14(3): 1-14.
15. Toles M, Colon-Emeric C, Naylor MD, Barroso J, Anderson RA. Transitional care in skilled nursing facilities: a multiple case study. *BMC Health Services Research* 2016; 16(186): 1-14.
16. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of care: The Transitional Care Model. *OJIN* 2015; 20(3): 1.
17. Rezapour-Nasrabad R. Transitional Care Model: Managing the experience of hospital at home. *Electron J Gen Med* 2018; 15(5): em73
18. Morkisch N, Upequi-Arango LD, Cardona MI, van den Heuvel D, Rimmel M, Sieber CC, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2020; 20(1): 345.
19. Bixby MB, Konick-McMahon J, McKenna CG. Applying the Transitional Care Model to elderly patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2000; 14(3): 53-63.
20. Pongkaew A, Boontein P, Tongsai S, Charoenyos N, Tanutpokeenun L. Factors predicting quality of life among patients with heart failure. *Thai J of Cardio-Thoracic Nurs*, 2020; 31(1): 179-97. [In Thai]
21. Lertpongakpoom S, Phongphet C, Suwanno J. Predictors of readmission after one-year hospital discharge with acute decompensated heart failure. *Thai J of Cardio-Thoracic Nurs* 2019; 30(2): 126-40. [In Thai]
22. Ba HM, Son Y-J, Lee K, Kim B-H. Transitional care interventions for patients with heart failure: An integrative review. *IJERPH* 2020; 17:2925 doi:10.3390/ijerph17082925
23. Yuan L, Fu MR, Luo B, Zheng H. The effectiveness of Transitional care interventions on health care utilization in patients discharges from the hospital with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Directors Assoc* 2021, 22 (Issue 3): 621-9.
24. Rhiantong J, Malathum P, Monkong S, McCauley K, Viwatwongkasem C, Kuanprasert S. Outcomes of an advanced practice nurse-led continuing care program in people with heart failure. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2019; 23(1): 32-46. [In Thai]
25. Kedchai W. The effects of the Transitional Care Model for heart failure patients, Kingnarai hospital. *J Nurs Health Care* 2020; 38(4): 73-82. [In Thai]

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแล แบบระดับประครองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

เสาวลักษณ์ ปราบแก้ว¹, พย.บ.

กนกวรรณ นกเกษม², พย.บ.

ปาร์ตี้ บิลล่าเต๊ะ³, พย.ม.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร⁴, ปร.ด., อพย.

บทคัดย่อ: การศึกษาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพในด้านความไว ความจำเพาะ และความตรงเชิงพยากรณ์ของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบระดับประครองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย ศึกษาข้อมูลจากการสุ่มเจาะระเบียบผู้ป่วยผู้ใหญ่ 207 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 แบบคัดกรอง ๑ ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ ทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมิน 2 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปา 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรและการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนด้วยสถิติบรรยาย วิเคราะห์ความไวและความจำเพาะและคะแนนจุดตัดที่ดีที่สุดที่สามารถบอกโอกาสของความต้องการการดูแลแบบระดับประครองก่อนการเสียชีวิต 6 เดือน ด้วยกราฟแสดงคุณลักษณะพื้นที่ใต้โค้ง และวิเคราะห์ความตรงเชิงพยากรณ์ของแบบคัดกรอง ๑ ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 11.1 ของผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 6 เดือน มีคะแนนจากแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบระดับประครอง 0-10 โดยจุดตัด เท่ากับ 4 เป็นคะแนนที่ดีที่สุดที่สามารถบอกโอกาสความต้องการการดูแลแบบระดับประครอง มีความไว 0.826 และความจำเพาะ 0.908 และมีพื้นที่การทำนายถูกต้องร้อยละ 92.8 ในด้านความตรงเชิงพยากรณ์ ผลการวิเคราะห์โลจิสติกเมื่อควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยด้านเพศและอายุ พบว่าคะแนนจากแบบคัดกรอง ๑ ที่เพิ่มขึ้นทำนายผลลัพธ์การเสียชีวิตได้ 2.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการนำแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบระดับประครองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทยมาใช้ในการคัดกรองและวางแผนให้การดูแลแบบระดับประครองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 20-35

คำสำคัญ: ความไว ความจำเพาะ ความต้องการการดูแลแบบระดับประครอง แบบคัดกรองผู้ป่วยหนัก

¹พยาบาลผู้จัดการรายการกรณีกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลกรุงเทพทหาดใหญ่

²พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกรุงเทพทหาดใหญ่

³ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพทหาดใหญ่

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผู้บริหาร วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล (วาระ พ.ศ. 2564-2566); ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: pwongcha@hotmail.com

วันที่รับบทความ 23 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 19 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 21 เมษายน 2566

Quality Assessment of the Center to Advance Palliative Care in the ICU Screening Tool–Thai Version: A Retrospective Study

Souwaluk Prabkaew¹, B.N.S

Kanokwan Nokkasam², B.N.S

Paredah Billateh³, M.S.N

Wongchan Petpichetchian⁴, Ph.D., Dip. APAGN

Abstract: This retrospective study aimed to assess the quality of the Center to Advance Palliative Care in the ICU Screening Tool–Thai Version (CAPC–ICU Thai) concerning its sensitivity, specificity and predictive validity. The medical records of 207 adult patients admitted to the intensive care unit of a private hospital between January 2018 and June 2019 were randomly retrieved. The CAPC–ICU was back–translated into Thai with permission granted from the developers. Inter–rater reliability was conducted between two raters yielding a Kappa coefficient of 1.00. Demographic data and the death rate were analyzed using descriptive statistics. Sensitivity and specificity analysis was performed to determine the best cut–off score indicating the probability of palliative care needs six months before death by using Receiver Operating Characteristics (ROC) curve analysis. Logistic regression analysis was conducted to determine the predictive validity of the CAPC–ICU Thai. The findings showed that 11.1% of patients died within six months. The CAPC–ICU Thai scores ranged from 0–10. The cut–off score of 4 provided the best determination of the need for palliative care with a sensitivity of 0.826 and a specificity of 0.908. The area under the ROC curve to predict the outcome was 92.8%. For predictive validity, logistic regression analysis controlling for age and gender revealed that the odds of death outcome significantly increased by 2.1. Implementing the CAPC–ICU Thai as a screening tool for patients admitted to ICUs is recommended so that palliative care can be planned for patients and family members.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 20–35

KeyWords: sensitivity, specificity, needs of palliative care, screening tool, critically ill patient

¹Cardiology Nurse Case Manager, Bangkok Hatyai Hospital

²Registered Nurse Intensive Care Unit, Bangkok Hatyai Hospital

³Assistant Manager of Nursing Division, Bangkok Hatyai Hospital

⁴Assistant Professor, The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand, Thailand Nursing and Midwifery Council; Corresponding Author, E-mail: pwongcha@hotmail.com

Received January 23, 2023; Revised April 19, 2023; Accepted April 21, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้น และนำมาใช้เพื่อการยืดชีวิตผู้ป่วย ซึ่งการยืดชีวิตดังกล่าวอาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยหลายรายที่สมควรยุติการรักษา เพราะการรักษาที่กำลังทำอยู่ จัดว่าเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์ (futility treatment)¹ ผู้ป่วยวิกฤตส่วนหนึ่งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit: ICU) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการเฝ้าระวังใกล้ชิด ต้องได้รับการรักษาเพื่อพยายงวาระที่อาจมีการล้มเหลวหนึ่งระบบหรือมากกว่าหนึ่งระบบ เช่น ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการรักษาอื่น ๆ เพื่อพยายงการทำงานของอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ไต รวมถึงผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่และ/หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมรุนแรง เป็นต้น² ด้วยลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU ดังกล่าว จึงอาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ยาก จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาไประยะหนึ่ง จึงเข้าสู่สภาวะ futility treatment ดังกล่าวข้างต้น เช่น ผู้ป่วยที่มีอวัยวะสำคัญล้มเหลวรุนแรง หรือมีอวัยวะหลายระบบล้มเหลว เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่ความขัดแย้งทางจริยธรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เมื่อต้องตัดสินใจว่าจะยุติหรือไม่ยุติการรักษา³ รวมถึงพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้⁴ การรักษาเพื่อยืดชีวิตในผู้ป่วยที่การรักษาไม่ได้ผลอีกต่อไปจึงขัดแย้งกับแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก⁵ นิยามการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ว่า หมายถึงการดูแลที่

มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญปัญหาจากความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) การดูแลแบบประคับประคองช่วยป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการค้นหาผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองแต่เนิ่น ๆ (early identification) เพื่อนำไปสู่การประเมินและการจัดการกับอาการปวด อาการรบกวนและปัญหาอื่น ๆ ที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยให้การดูแลแบบเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับภาวะเศร้าโศกอย่างเหมาะสม จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองยังมีความจำกัด โดยมีรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองสูงถึง 40 ล้านคนทั่วโลก ร้อยละ 78 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แต่มีผู้ที่ได้รับบริการการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ทั้งนี้ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยเร็วที่สุด⁶ ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ควรต่ำกว่า 3-4 เดือนก่อนจะเสียชีวิต⁶ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้การเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน นับจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นเกณฑ์บ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับหรือมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลแบบประคับประคอง

สำหรับประเทศไทย ในช่วงระยะเวลาสิบกว่าปีที่ผ่านมา มีการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2550⁷ โดยในมาตรา 12 ของกฎหมายฉบับดังกล่าว เป็นการรับรองสิทธิของบุคคล ในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในกระบวนการสื่อสารเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ต่อมามีการกำหนดนิยามของคำศัพท์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง¹ สนับสนุนการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดทำคู่มือ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กรมการแพทย์⁸ สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่าการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองอาจยังไม่ทั่วถึง โดยผลการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยผานวิธีพบว่าปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งมาจากไม่มีแพทย์และพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงหรือไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนหรือข้อจำกัดด้านสมรรถนะของพยาบาลจากระบบการศึกษาทำให้พยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ⁹ ซึ่งอาจรวมถึงความสามารถของพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

การคัดกรองผู้ที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นบันไดขั้นแรกที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU นำไปสู่การวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีเครื่องมือที่มีคุณภาพในการคัดกรองผู้ป่วย ในประเทศไทยมีการนำแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale: PPS) มาใช้อย่างแพร่หลาย แต่แบบประเมิน PPS

ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินติดตามสภาวะการเปลี่ยนแปลงทรุดลงทางกาย (functional decline) เพื่อทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ¹⁰ ซึ่งแม้จะมีการรายงานว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในด้านความตรงและความเที่ยง^{11, 12} แต่ก็ยังเป็นแบบประเมินที่ไม่ได้ออกแบบมาสำหรับใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จึงควรมีเกณฑ์ (criteria) ที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับแบบคัดกรองลักษณะดังกล่าวในประเทศไทย

ในต่างประเทศมีผู้พยายามพัฒนาเครื่องมือสำหรับใช้ในการคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยเครื่องมือที่ออกแบบมาให้มีความจำเพาะสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU คือ the Center to Advance Palliative Care in the ICU Screening Tool (CAPC-ICU) ซึ่ง Lapp and Iverson¹³ พัฒนาและทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังกับผู้ป่วย ICU 200 คน พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต 31 ราย (ร้อยละ 15.5) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 45) ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต และพบว่าเกณฑ์การคัดกรองของแบบคัดกรอง CAPC-ICU นำไปสู่การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการการดูแลแบบประคับประคองและยังสามารถทำนายโอกาสการเสียชีวิตใน ICU ได้ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$) โดยคะแนนจากเกณฑ์การคัดกรองที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน โอกาสการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Lapp and Iverson ยังไม่มีการทดสอบเรื่องความไวและความจำเพาะ และยังไม่ได้กำหนดจุดตัดของคะแนนของแบบคัดกรองดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแบบคัดกรอง CAPC-ICU มาแปลเป็นฉบับภาษาไทย

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

และศึกษาคุณภาพในด้านความไว ความจำเพาะ โดยหาจุดตัดคะแนนที่ดีที่สุด และความตรงเชิงพยากรณ์ในการทำนายการเสียชีวิตในเวลา 6 เดือนซึ่งสะท้อนความต้องการการดูแลแบบประคับประคองก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เพื่อนำไปใช้ในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะ 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย (CAPC-ICU Thai) โดยการทดสอบความไว ความจำเพาะ และความตรงเชิงพยากรณ์

นิยามศัพท์

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน เป็นเกณฑ์บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวเทียบมาตรฐาน (reference standard) กับการประเมินด้วยแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai โดยหากผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต 6 เดือน ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับประโยชน์สูงสุด

ความไว (sensitivity) ในที่นี้หมายถึง ความสามารถของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ที่จะบอกโอกาสของความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ค่าโอกาสความน่าจะเป็นในลักษณะนี้สูง (ค่าเข้าใกล้ 1 หรือเข้าใกล้ร้อยละ 100) แปลผลว่าแบบคัดกรอง มีความไวสูง

ความจำเพาะ (specificity) หมายถึง ความสามารถของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ที่จะ

บอกโอกาสของความไม่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ค่าโอกาสความน่าจะเป็นในลักษณะนี้สูง (ค่าเข้าใกล้ 1 หรือเข้าใกล้ร้อยละ 100) แปลผลว่าแบบคัดกรอง มีความจำเพาะสูง

ความตรงเชิงพยากรณ์ (predictive validity) หมายถึงความสามารถของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ในการพยากรณ์หรือทำนายความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยประเมินจากค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูง (ค่า odds ratio มากกว่า 1) บ่งชี้ว่าคะแนนที่ประเมินตามเกณฑ์การคัดกรองจากแบบคัดกรองนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนได้

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ป่วย อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาใน ICU ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยทดสอบความไวและความจำเพาะของเครื่องมือ¹⁴ คือ

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 Sens(1-Sens)}{d^2 \times Prev}$$

โดยกำหนดค่าความไว (sensitivity: Sens) ที่คาดหวังไม่ต่ำกว่า .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าความคลาดเคลื่อน (d) .10 และค่าความชุกของเหตุการณ์คือความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (prevalence: Prev) ซึ่งพิจารณาปรับ

จากผลการศึกษาของ Lapp and Iverson¹³ ที่พบผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 45 ได้รับการส่งต่อ palliative care และเสียชีวิตหลังจำหน่ายออกจาก ICU ซึ่งตัวเลขดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสถานที่ศึกษาซึ่งอาจพบอุบัติการณ์ต่ำกว่า ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า Prev ที่ .30 (ร้อยละ 30) ได้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ 207 คน ซึ่งค่า Prev .30 ที่ใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างนี้ต่ำกว่าที่พบในรายงานของ Lapp & Iverson ทั้งนี้เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน มี 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ สิทธิการรักษา) (2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (การวินิจฉัย เหตุผล/ปัญหาสุขภาพหลักที่เข้ารับการรักษาใน ICU จำนวนวันนอนใน ICU การใช้เครื่องช่วยหายใจ ลักษณะการจำหน่ายออกจาก ICU) และ (3) ข้อมูลการเสียชีวิตหลังจาก ICU (ที่หอผู้ป่วย หรือนอกโรงพยาบาล)

2. แบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย (CAPC-ICU Thai) เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ว่ามีเกณฑ์ที่ใช้คัดกรอง (screening criteria) นั้น ๆ หรือไม่ โดยให้เลือกคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ถ้าเลือกคำตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ใช่ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ที่ใช้คัดกรอง มีองค์ประกอบ 3 ด้าน/เกณฑ์ คือ เกณฑ์โรคจำนวน 10 ข้อ (เช่น มะเร็งระยะที่ 4 อวัยวะล้มเหลวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ระบบภาวะหลังหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน) เกณฑ์การใช้

บริการในหอผู้ป่วยหนักและอุปกรณ์ 7 ข้อ (เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยหนักด้วยอาการซ้ำ ๆ ในระยะ 3 เดือน การเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนักมากกว่าหนึ่งครั้งในรอบการรักษาครั้งนั้น การใส่ท่อช่วยหายใจ ความจำเป็นต้องได้รับการปรึกษาด้านจริยธรรม) และเกณฑ์อื่น ๆ 5 ข้อ (เช่น ความขัดแย้งในการตัดสินใจการรักษา—ยุติหรือไม่ยุติการรักษา การเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องนอนติดเตียง ไม่ประหลาดใจหากผู้ป่วยจะเสียชีวิตในอีก 12 เดือนข้างหน้า) รวม 22 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-22 ผู้วิจัยได้รับอนุญาตแปลเป็นภาษาไทยจากผู้พัฒนาเครื่องมือ¹⁵ โดยกระบวนการแปลเครื่องมือ CAPC-ICU เป็นภาษาไทยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (back translation)¹⁶ จากนั้น ทดสอบความเที่ยงประเภทความสอดคล้องระหว่างผู้ใช้แบบคัดกรอง ๆ (interrater reliability) 2 รอบ รอบที่ 1 สุ่มเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างของปี พ.ศ. 2560 จำนวน 20 ฉบับ ผู้วิจัยสองคนใช้แบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai จากเวชระเบียนชุดเดียวกันโดยอิสระจากกัน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยกำหนดให้มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ในการทดสอบรอบที่ 1 ผลพบว่ามีข้อความหรือข้อความที่มีความเห็นไม่ตรงกันมากกว่าร้อยละ 20 จึงนำมาปรึกษาร่วมกันจนเข้าใจตรงกัน รอบที่ 2 ทำการทดสอบซ้ำด้วยกระบวนการเดียวกันกับรอบที่ 1 พบว่าการใช้แบบคัดกรอง 20 ฉบับโดยผู้วิจัยสองคน มีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 จึงนำแบบคัดกรองไปใช้เก็บข้อมูลจริง

กระบวนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

ศึกษาจากผู้บริหารโรงพยาบาลภายหลังได้รับอนุญาต
ผู้วิจัยเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบสารสนเทศของ
โรงพยาบาล คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
ที่กำหนด จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างทุก ๆ 3 คน
จากลำดับหมายเลขการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
(admission number: AN) ระหว่างเดือนมกราคม
พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ให้ได้
เวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 207 ฉบับ และบันทึกข้อมูล
โดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลในเครือบริษัท
กรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด เลขที่โครงการ BMC-IRB
2019-10-040 และเอกสารรับรองเลขที่ COA
2020-05 โดยไม่ใช้เอกสารแสดงความยินยอมของ
กลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการศึกษาจากข้อมูล
ทุติยภูมิ โดยการบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุตัวบุคคล
และดำเนินการทุกขั้นตอนในเรื่องการรักษาความลับ
ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้สถิติบรรยาย
ได้แก่ จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
หรือค่ามัธยฐาน (median: Mdn) และพิสัยส่วน
เบี่ยงเบนควอไทล์ (interquartile range: IQR) และ/
หรือค่าฐานนิยม (mode: Mo) ตามลักษณะของข้อมูล
และวิเคราะห์ความไว และความจำเพาะ โดยนำ
คะแนน CAPC-ICU Thai ไปหาความสัมพันธ์กับการ
เสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังจากเข้ารับการรักษา ผู้วิจัย
วิเคราะห์หาค่าจุดตัดคะแนน (cut-off score) ที่ดีที่สุด

โดยใช้ Receiver Operating Characteristic (ROC)
Curve analysis คำนวณค่า Youden's Index โดยค่าที่
เข้าใกล้หนึ่งมากที่สุดบ่งชี้ถึงคะแนน ณ จุดตัดที่
สามารถทำนายได้แม่นยำมากที่สุด¹⁷ และวิเคราะห์
ความตรงเชิงพยากรณ์ของแบบคัดกรอง CAPC-ICU
Thai ในการทำนายความต้องการการดูแลแบบ
ประคับประคอง/การเสียชีวิต โดยใช้สถิติการ
วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression)
และควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยด้านประชากรคือ เพศ
และอายุ (ส่วนปัจจัยด้านโรคและการรักษา เช่น
โรคร่วม การใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ
ไม่นำมาควบคุม เพราะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมิน
ของแบบคัดกรอง CAPC-ICU) โดยนำเข้าตัวแปร
ดังกล่าวในสมการทำนาย นำเสนอขนาดอิทธิพลของ
คะแนนจากแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ต่อความ
ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง/การเสียชีวิต
ภายใน 6 เดือนด้วยค่าอัตราส่วนโอกาสที่มีการปรับค่า
(Adjusted Odds Ratio: Adj. OR) กำหนดระดับนัย
สำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ .95 (95%
Confidence Interval: CI)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วย 207 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ
72.0 อายุเฉลี่ย 63.73 ปี (SD = 13.72) ใช้สถิติ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 72.5 เหตุผล/ปัญหา
สุขภาพหลักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก คือ
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute
myocardial infarction) ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ
เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด (post-operation) ร้อยละ 14.0
ส่วนใหญ่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 82.1 และมี
ค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก 2 วัน
(IQR = 1) (ตารางที่ 1) พบผู้ป่วยเสียชีวิตภายในเวลา

6 เดือน จำนวน 23 คน (ร้อยละ 11.1) โดยเสียชีวิต
ที่ ICU จำนวน 12 คน และเสียชีวิตที่บ้าน/โรง
พยาบาลใกล้บ้านจำนวน 11 คน ในจำนวนนี้เป็น

เสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือน
หลังการรักษามากที่สุด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	n (%)
เพศ ชาย	149 (72.0)
หญิง	58 (28.0)
อายุเฉลี่ย 63.73 ปี (SD = 13.72) Min = 23 Max = 98	
สิทธิ์การรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC	150 (72.5)
จ่ายเอง	45 (21.7)
ประกันชีวิต	6 (2.9)
บริษัทคู่สัญญา	5 (2.4)
รัฐวิสาหกิจ	1 (0.5)
เหตุผล/ปัญหาสุขภาพหลักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	
Acute myocardial infarction	127 (61.4)
Post-operation	29 (14.0)
Acute respiratory failure	8 (3.9)
Acute congestive heart failure	7 (3.4)
Status post-cardiac arrest	6 (2.9)
Acute stroke	5 (2.4)
Cardiogenic shock	5 (2.4)
Septic shock	4 (1.9)
Complex arrhythmias	2 (1.0)
Electrolyte imbalance	1 (0.5)
อื่น ๆ (เช่น Acute pancreatitis, Subdural hematoma, Multiple trauma)	13 (6.3)
การใช้เครื่องช่วยหายใจ	
ใช่	37 (17.9)
ไม่ใช่	170 (82.1)
จำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนใน ICU Mdn = 2, IQR = 1, Mo = 1 (ร้อยละ 45.9) Min = 1, Max = 30	

หมายเหตุ: M = mean, SD = standard deviation, Mdn = median, IQR = interquartile range, Mo = mode,
Min = minimum score, Max = maximum score

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

ตารางที่ 2 ข้อมูลการจำหน่ายออกจาก ICU และการเสียชีวิต

ข้อมูล	n (%)
การจำหน่ายออกจาก ICU	
กลับบ้าน	145 (70.0)
ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยทั่วไป	31 (15.0)
ย้ายไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลใกล้เคียง	19 (9.2)
เสียชีวิต	12 (5.8)
การเสียชีวิตภายหลังออกจาก ICU	
เสียชีวิตที่หอผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้	0 (0)
เสียชีวิตที่บ้าน/โรงพยาบาลใกล้เคียง	11 (100)
ระยะเวลาการเสียชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
1 เดือน	5 (45.5)
2 เดือน	2 (18.2)
3 เดือน	1 (9.1)
4 เดือน	1 (9.1)
6 เดือน	2 (18.2)

ผลการประเมินคุณภาพของแบบคัดกรอง
CAPC-ICU Thai

1. ความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรอง
CAPC-ICU Thai

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีช่วงคะแนน CAPC-ICU Thai ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยมีผู้ที่มีคะแนนเป็น 0 (ไม่พบเกณฑ์ที่ใช้คัดกรองใด ๆ) เพียง 23 คน (ร้อยละ 11.1) ผลการวิเคราะห์ด้วย Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve พบว่าคะแนน CAPC-ICU Thai ที่จุด ≥ 4 เป็นคะแนนที่ดี

ที่สุดที่สามารถบ่งชี้โอกาสความต้องการการดูแลแบบประคับประคองจากการเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน (รวมการเสียชีวิตใน ICU ไปจนถึงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) โดยมีค่าความไวเท่ากับ 0.826 (95% CI [0.774, 0.877]) และความจำเพาะเท่ากับ 0.908 (95% CI [0.868, 0.947]) มีค่า Youden's Index สูงสุด = 0.734 (ตารางที่ 3 และ 4) และมีพื้นที่การทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 92.8 (Area Under the Curve: AUC = 0.928, 95% CI [0.883, 0.974], $p < .001$) (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) ของการประเมินด้วยแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ที่จุดตัดคะแนนเท่ากับการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity)

คะแนน CAPC-ICU	การเสียชีวิต		รวม n (%)
	เสียชีวิต n (%)	ไม่เสียชีวิต n (%)	
≥ 4	19 (52.8)	17 (47.2)	36 (17.4)
< 4	True Positive 4 (2.3)	False Positive 167 (97.7)	171 (82.6)
	False Negative	True Negative	
รวม	23 (100)	184 (100)	207 (100)

Sensitivity = True Positive/True Positive + False Negative = 19/19+4 = 0.826

95% CI [0.774, 0.877]

Specificity = True Negative/True Negative + False Positive = 167/167+17 = 0.908

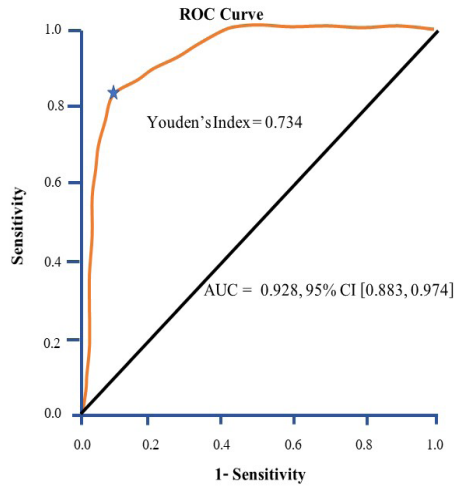
95% CI [0.868, 0.947]

ตารางที่ 4 ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) และค่า Youden's Index ที่ค่าจุดตัดคะแนนจากแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ระดับต่าง ๆ

ค่าจุดตัดคะแนน	Sensitivity	Specificity	Youden's Index
1	1.000	0.125	0.125
2	1.000	0.587	0.587
3	0.870	0.821	0.691
4	0.826	0.908	0.734
5	0.739	0.946	0.685
6	0.565	0.962	0.527
7	0.435	0.967	0.402

Youden's Index = Sensitivity + Specificity - 1

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง



ภาพที่ 1 กราฟแสดง ROC Curve และพื้นที่ใต้โค้ง (Area Under the ROC Curve: AUC)

2. ความตรงเชิงพยากรณ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดตัวแปรต้นคือการประเมินด้วย CAPC-ICU Thai ตัวแปรตามคือความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง/การเสียชีวิตภายใน 6 เดือน และควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยด้านประชากรคือ เพศและอายุ พบว่า โมเดลการทำนายมีความเหมาะสม โดยคะแนน CAPC-ICU Thai ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน มีโอกาสเกิดการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.1 เท่า (Adj. OR = 2.103; 95% CI [1.638, 2.700]) (ตารางที่ 5) และผู้ป่วยกลุ่มที่มี

คะแนน CAPC-ICU Thai ≥ 4 คะแนน มีโอกาสเกิดการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนน CAPC-ICU Thai < 4 คะแนน ถึง 59 เท่า (Adj. OR = 59.506; 95% CI [15.502, 228.418]) (ตารางที่ 6) ทั้งนี้เมื่อนำสมการทำนายโดยใช้คะแนน CAPC-ICU Thai ที่จุดตัดคะแนน = 4 และควบคุมปัจจัยด้านเพศและอายุไปวิเคราะห์ด้วย ROC curve พบว่า คะแนนที่จุดตัดนี้ ยังคงมีความแม่นยำสูง โดยมีพื้นที่การทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 92.8 (AUC = 0.928, 95% CI [0.883, 0.974], $p < .001$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 ความตรงเชิงพยากรณ์ของคะแนน CAPC-ICU Thai วิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยสถิติโลจิสติก และควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยเพศและอายุ

ตัวแปร	b	SE	p	Adj. OR	95% CI	
					Lower	Upper
ค่าคงที่ (constant)	-5.101	1.409	.000	0.006		
เพศชาย	1.492	0.632	.018	4.445	1.289	15.239
อายุ	0.001	0.020	.948	0.999	0.960	1.039
คะแนน CAPC-ICU	0.743 ^a	0.127	.000	2.103	1.638	2.700

^aWald = 34.001, $p < .001$; Cox & Snell $R^2 = 0.262$; Hosmer and Lemeshow test $\chi^2 = 14.933$, $p = .060$

b = regression coefficient, SE = standard error, p = significance level, Adj. OR = Adjusted Odds Ratio, CI = confidence interval

ตารางที่ 6 ความตรงเชิงพยากรณ์เมื่อกำหนดจุดตัดคะแนน CAPC-ICU Thai ที่ 4 คะแนนวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยสถิติโลจิสติกเมื่อควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยเพศและอายุ

ตัวแปร	b	SE	p	Adj. OR	95% CI	
					Lower	Upper
ค่าคงที่ (constant)	-4.503	1.357	.001	0.011		
เพศชาย	1.680	0.658	.011	5.366	1.476	19.505
อายุ	0.000	0.020	.992	1.000	0.962	1.040
กลุ่ม CAPC-ICU ≥ 4 คะแนน	4.086 ^a	0.686	.000	59.506	15.502	228.418

^aWald = 10.857, $p < .01$; Cox & Snell $R^2 = 0.267$; Hosmer and Lemeshow test $\chi^2 = 5.101$, $p = .747$

b = regression coefficient, SE = standard error, p = significance level, Adj. OR = Adjusted Odds Ratio, CI = confidence interval

ตารางที่ 7 พื้นที่ใต้โค้ง (Area Under the ROC Curve: AUC) ของตัวแปรคะแนน CAPC-ICU Thai ที่จุดตัด 4 คะแนน ตัวแปรเพศและอายุ

ตัวแปร	AUC	SE	p	95% CI	
				Lower	Upper
กลุ่ม CAPC-ICU ≥ 4 คะแนน	0.928	0.023	.000	0.883	0.974
เพศชาย	0.636	0.065	.034	0.509	0.763
อายุ	0.646	0.070	.022	0.509	0.784

AUC = Area Under the ROC Curve, SE = standard error, p = significance level, CI = confidence interval

อภิปรายผล

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาจุดตัดคะแนนที่ดีที่สุด ที่ยังไม่เคยมีการศึกษา เช่นนี้มาก่อน ผลการศึกษาพบว่า คะแนน CAPC-ICU Thai ที่จุดตัด ≥ 4 เป็นคะแนนที่ดีที่สุด กล่าวคือสามารถบอกถึงโอกาสของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่ประเมินจากการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนได้ถูกต้องและแม่นยำ ร้อยละ 82.6 (sensitivity = 0.826) สามารถบอกโอกาสของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองประเมินจากการไม่เสียชีวิตภายใน 6 เดือนได้ถูกต้องแม่นยำ

ร้อยละ 90.8 (specificity = 0.908) และมีความตรงเชิงพยากรณ์โดยคะแนนที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน พบโอกาสการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนเพิ่มขึ้นถึง 2.1 เท่า และกลุ่มที่มีคะแนน ≥ 4 มีโอกาสเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่า 4 ถึงร้อยละ 59 ในต่างประเทศ มีผู้นำแบบคัดกรอง CAPC-ICU นี้ไปขยายผลใช้กับผู้ป่วยหนักอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษากับกลุ่มก่อนมีการใช้แบบคัดกรอง ($n = 64$) และกลุ่มหลังการใช้แบบคัดกรอง ($n = 70$) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง CAPC-ICU ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น เกิดกระบวนการประชุม

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

ครอบครัว (family meeting) เพิ่มขึ้นสองเท่า และการใช้แผนการรักษาแบบไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ (do not resuscitate: DNR) เพิ่มขึ้น แต่ผลการทดสอบยังไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ การศึกษาดังกล่าวไม่ได้มีการทดสอบเพื่อหาจุดตัดคะแนน แต่นำแบบคัดกรองไปใช้เพื่อวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง และผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเกณฑ์ต่าง ๆ กับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างไปจากการศึกษาในครั้งนี้อย่างมีผู้ป่วยหลากหลายประเภท โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองโดยเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสสูญเสียชีวิตภายใน 6 เดือน เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU บางรายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนหรือคุณภาพชีวิต เช่น มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงของการเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ระยะเวลาการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ และบ่งชี้ถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยหนักเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วย ICU ลดภาระของครอบครัว และลดอัตราการเข้าใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน¹⁹ ทั้งนี้เป็นเพราะการดูแลแบบประคับประคองเป็นการส่งเสริมให้มีการจัดการอาการ (symptom management) การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (advance care plan) อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (patient satisfaction) และยังสามารถลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อื่น ๆ²⁰ และส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ (peaceful death) อีกด้วย จึงมีข้อเสนอแนะ

ว่าควรมีการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU ทุกราย¹⁹ อย่างไรก็ดีตามในทางปฏิบัติอาจไม่สามารถดำเนินการได้ในทุกโรงพยาบาลหรือทุก ICU และกับผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นการนำแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ซึ่งมีจุดตัดคะแนนที่สามารถบอกโอกาสความน่าจะเป็นว่าผู้ป่วยรายใดอาจเกิดการเสียชีวิตภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้ามาใช้จึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะช่วยคัดกรองให้ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (มีคะแนนจากแบบคัดกรองเท่ากับหรือมากกว่า 4) มีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง และได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai โดยใช้เกณฑ์ผลลัพธ์คือ การเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือนเป็นตัวแปรแทน (proxy variable) ที่สะท้อนความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่าแบบคัดกรองมีคุณภาพทั้งในด้านความไว ความจำเพาะ และความตรงเชิงพยากรณ์ แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะไม่สูงมากนัก ($n = 23$, ร้อยละ 11.1) เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU และได้รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต (life-sustaining therapy) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 43.6²¹ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทของสถานที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลเอกชน หากแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงก็มักรับไว้รักษาใน ICU อย่างน้อย 1-2 วัน ดังนั้นการนำแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai มาใช้จะช่วยลดภาระการส่งต่อผู้ป่วยหรือดำเนินการทันที เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองโดยไม่จำเป็น แต่หากผู้ป่วยรายใดที่ผลการคัดกรองเป็นผู้ที่ควรได้รับ

การดูแลแบบประคับประคอง การส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองโดยเร็วย่อมเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และยังช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม (moral distress) ของพยาบาล ICU จากการเป็นผู้สังเกต (witness) ว่าอาจมีการเสียชีวิตเกิดขึ้นในเวลาอีกไม่นาน โดยที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีการรักษาเพื่อยืดชีวิตอาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว²² พยาบาล ICU จึงควรทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหากมีความจำเป็น (advocate for palliative care)

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องต่อไปนี้ (1) ที่มาของข้อมูลที่บันทึกไว้อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ (misclassification bias) ในอนาคตควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) (2) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามบริบทของโรงพยาบาลเอกชนและพบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 6 เดือน ไม่สูงมาก จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ผู้ป่วยอาจมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากกว่า อาจทำการศึกษาซ้ำ ปรับแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า และเพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อยืนยันข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนพบว่า

แบบคัดกรองนี้มีความไว ความจำเพาะและความตรงเชิงพยากรณ์จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการวิจัย (research evidence) ชั้นสำคัญที่พยาบาล ICU สามารถพิจารณาประกอบการตัดสินใจนำไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกต่อไป อย่างไรก็ตาม การนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ ควรมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาทบทวนเกณฑ์การคัดกรองทั้ง 22 ข้อ ว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลหรือไม่ หากมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การคัดกรองในบางข้อ ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบคุณภาพ โดยอาจทำการศึกษาซ้ำ (replication study) เพื่อยืนยันความถูกต้องแม่นยำ และควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากการบันทึกข้อมูล
2. ควรมีการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจและฝึกปฏิบัติการใช้แบบคัดกรอง CAPC-ICU จนเกิดทักษะ
3. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรกำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยหนักมีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง สนับสนุนให้มีการใช้แบบคัดกรอง เช่น CAPC-ICU Thai และควรพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจขึ้นมารองรับ โดยนำเข้าคะแนนจากแบบคัดกรอง CAPC-ICU ให้มีการเตือนผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบคะแนน CAPC-ICU ≥ 4 เพื่อการดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมต่อไป
4. หน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกับการศึกษา นี้ และมีความสนใจนำแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ไปใช้ ควรศึกษากลยุทธ์การนำแบบคัดกรอง

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

CAPC-ICU Thai ไปใช้ตามแนวทางของการวิจัย
ดำเนินการ (implementation research) และประเมิน
ผลลัพธ์ในด้านการยอมรับนำไปปฏิบัติ (adoption)
ของพยาบาลและความยั่งยืน (sustainability) ตลอด
จนอัตราการได้รับการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับดูแลแบบ
ประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พว.ชุตติกาญจน์ รัตน์โอภา
ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และ พว. พัชรวิเชียรชอย
หัวหน้าแผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกรุงเทพ
หาดใหญ่ ที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านการจัดประสบการณ์
การเรียนรู้กระบวนการวิจัย การจัดสรรเวลา การแก้
ปัญหาต่าง ๆ และที่สำคัญที่สุดคือการให้กำลังใจ
อย่างสม่ำเสมอ จนทำให้สามารถดำเนินการวิจัยนี้ให้
สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Royal Thai Government Gazette. Declaration of National Health Committee on the operational definition of terms related to palliative care. [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 23]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF (In Thai).
2. Stretch B, Shepherd SJ. Criteria for intensive care unit admission and severity of illness. *Surgery (Oxford)* 2021;39(1):22-8. doi:10.1016/j.mpsur.2020.11.004
3. Bernat JL. Medical futility: Definition, determination, and disputes in critical care. *Neurocrit Care* 2005;2(2):198-205. doi:10.1385/ncc:2:2:198

4. Lluch-Canut T, Sequeira C, Falcó-Pegueroles A, Pinho JA, Rodrigues-Ferreira A, Olmos JG, et al. Ethical conflicts and their characteristics among critical care nurses. *Nurs Ethics* 2019;27(2):537-53. doi: 10.1177/0969733019857785
5. World Health Organization. Palliative care 2020. [Internet]. Updated 5 August 2020 [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
6. Jordan RI, Allsop MJ, ElMokhallati Y, Jackson CE, Edwards HL, Chapman EJ, et al. Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2020;18(1):368. doi: 10.1186/s12916-020-01829-x
7. Royal Thai Government Gazette. National Health Act B.E. 2550 (2007). [Internet]. 2007 [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Information_Center/Attach/25621124013609AM_17.pdf (In Thai).
8. Siraprasiri P, Horrattanarueng D. Palliative care and end-of-life care manual (for healthcare providers). Nontaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King Press. [Internet] 2020 [cited 2022 Nov 23]. Available from: [25640114130713PM_aw คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง_5.pdf](https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Information_Center/Attach/25640114130713PM_awคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง_5.pdf) (dms.go.th) (In Thai).
9. Hamdan Alshehri H, Olausson S, Öhlén J, Wolf A. Factors influencing the integration of a palliative approach in intensive care units: a systematic mixed-methods review. *BMC Palliat Care*. [Internet] 2020 [cited 2023 Apr 8];19:1-18. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00616-y>

10. Baik D, Russell D, Jordan L, Dooley F, Bowles KH, Masterson Creber RM. Using the palliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: a systematic review of the literature. *J Palliat Med* 2018;21(11):1651-61. doi: 10.1089/jpm.2018.0141
11. Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *BMC Palliat Care* 2008;7(1):1-10. doi: 10.1186/1472-684X-7-10
12. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leatrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). *Palliat Med* 2012;26(8):1034-41. doi: 10.1177/0269216311424633
13. Lapp EA, Iverson L. Examination of a palliative care screening tool in intensive care unit patients. *J Hosp Palliat Nurs* 2015;17(6):566-74. doi: 10.1097/NJH.0000000000000202
14. Thauh T. Statistics and sample size application (Version 5.0) (Android Application).
15. Lapp EA. E-mail to: BHH RN HRD (Bangkok Hatyai Hospital). 2018 06 24.
16. WHODAS2.0. 2020. Available from: https://terrance.who.int/mediacentre/data/WHODAS/Guidelines/WHODAS2.0_Translation_guidelines.pdf
17. Ruopp MD, Perkins NJ, Whitcomb BW, Schisterman EF. Youden Index and optimal cut-point estimated from observations affected by a lower limit of detection. *Biom J* 2008;50(3):419-30. Doi: 0.1002/bimj.200710415
18. Grasso J. Palliative care screening in the neurological ICU [Dissertation]. Newark (NJ): Rutgers University; 2021.
19. Pan H, Shi W, Zhou Q, Chen G, Pan P. Palliative care in the intensive care unit: not just end-of-life care. *Intensive Care Research* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 5];3:77-8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s44231-022-00009-0>
20. Flaherty C. Palliative care screening: appraisal of a tool to identify patients' symptom management and advance care planning needs. *Clin J Oncol Nurs* 1969;22(4): E92-E96. doi: 10.1188/18.CJON.E92-E96
21. Detsky ME, Harhay MO, Bayard DF, Delman AM, Buehler AE, Kent SA, et al. Six-month morbidity and mortality among intensive care unit patients receiving life-sustaining therapy: a prospective cohort study. *Ann Am Thorac Soc* 2017;14(10): 1562-70. doi: 10.1513/AnnalsATS.201611-875OC
22. Mealer M, Moss M. Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Med* 2016;42(10):1615-7. doi: 10.1007/s00134-016-4441-1

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า: โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

วรรณริชฎา กิตติธองโสภณ¹ วท.ม. (สาธารณสุข)

ศิริลักษณ์ อุปวาณิช² วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน)

บทคัดย่อ: การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในเด็กปฐมวัย จำนวน 60 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 9 คน ดำเนินการวิจัย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2) ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในผู้ดูแลเด็ก และชุมชน 4) ปรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า โดยเพิ่มวิธีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลเด็ก และ 5) ประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติทดสอบที่คู่ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็ก ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยส่งเสริมกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การประสานงาน สร้างความรู้ความเข้าใจ การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ การติดตาม การให้คำปรึกษา และการให้เวลา คุณภาพในการกระตุ้นพัฒนาการ พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ และพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 36-53

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ผู้รับผิดชอบหลัก, Email: wanrichada.k@outlook.co.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

วันที่รับบทความ 8 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 14 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 15 เมษายน 2566

Development of Community Participation Model for Promoting Early Childhood Development in Children with Potential Developmental Delay: Ban Kluai Model, Sukhothai

Wanrichada Kittitongsophon¹ M.Sc. (Public Health)

Siriluk Upavanich² M.Sc. (Community Medicine)

Abstract: This research and development aimed to develop and evaluate a community participation model to promote early childhood development in children with potential developmental delay in one subdistrict of Sukhothai Province. Sample groups were purposively selected: 60 caregivers of children with potential developmental delay and 9 stakeholders in the community. The research method comprised 5 steps, namely 1) Analysis of the situation in promoting early childhood development, 2) Design of the model of community participation to promote early childhood development in children with potential developmental delay, 3) Applying the tentative model to child caregivers and community, 4) Revising the community participation model for promotion of development in children with potential developmental delay by adding an educational method for elderly caregivers, and 5) Evaluation of the developed model. The instruments consisted of the community participation model for early childhood development in children with potential developmental delay and the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). The data collection tools consisted of a focus group guideline and questionnaires on knowledge and behavior of the caregiver. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-test to compare the results before and after using the model. The results revealed that the community participation model consisted of several stakeholders such as child caregivers, teachers at the child development centre, responsible person at the local government organization, responsible person at the subdistrict health promoting hospital and public health volunteers. Six main activities were implemented, namely coordination, education, promotion of child development, monitoring and evaluation, consulting and spending quality time to promote child development. After implementing the model, it was found that caregivers had significantly increased knowledge and appropriate behavior ($p < .05$).

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 36-53

Keywords: community participation, promotion of development, early childhood, children with potential developmental delay

¹Registered Nurse, Professional Level. Group of Nurse, Childhood Development, Sukhothai Hospital, Sukhothai Province; Corresponding author, Email: wanrichada.k@outlook.co.th

²Registered Nurse, Professional Level. Group of Nurse, Sukhothai Hospital, Sukhothai Province

Received November 8, 2023; Revised April 14, 2023; Accepted April 15, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยให้ความสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงวัยการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด คือการลงทุนในเด็กปฐมวัย ซึ่งก่อให้เกิดผลตอบแทนจากการลงทุนถึงร้อยละ 7-10 ต่อปี¹ เนื่องจากในช่วง 5 ปีแรกของชีวิต เป็นช่วงที่สมองเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็วที่สุดกว่าช่วงวัยอื่น² ซึ่งต้องการการเลี้ยงดูและได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างถูกต้องและเหมาะสมจากผู้ดูแลเด็ก ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่าเด็กปฐมวัยไทยมากกว่า 1 ใน 4 มีระดับพัฒนาการโดยรวมที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า³ จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยกว่า 250 ล้านคน หรือร้อยละ 43 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าตามวัยที่ควรจะเป็น⁴ ทั้งนี้ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางซึ่งเกิดปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยเช่นกัน และจากการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบวิกฤติทางพัฒนาการในเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 34³ โดยมีอัตราสูงกว่าสถิติที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือพัฒนาการเด็กล่าช้าไม่เกินร้อยละ 25⁵ จึงจำเป็นต้องค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เพื่อให้ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 จะกลับมาปกติ ส่วนอีกร้อยละ 10 อาจมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย³

จังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบสถานการณ์ปัญหาเด็กสงสัยมีพัฒนาการล่าช้าสูงในปี พ.ศ. 2561 พบถึงร้อยละ 23.98 และยังพบว่ามียุติที่มีพัฒนาการล่าช้าต้องได้รับการกระตุ้นเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental

Assessment for Intervention; TEDA4I) ถึงร้อยละ 44 ซึ่งจัดเป็นสถานการณ์ปัญหาลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 2⁶ โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 จากร้อยละ 17.67, 21.89 และร้อยละ 40.63 ตามลำดับ และยังพบเด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาสูงสุดเมื่อเทียบกับพัฒนาการล่าช้าด้านอื่นด้วย และเด็กกลุ่มนี้ยังขาดการติดตามที่ต่อเนื่อง ดังข้อมูลผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่าเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่กลับมารับการประเมินซ้ำถึงร้อยละ 73.95, 77.59 และ 82.14 ตามลำดับ⁷ อาจนำไปสู่สถานการณ์ปัญหาเด็กมีพัฒนาการล่าช้าที่สูงขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลเด็กในหลายหน่วยงานร่วมกันจึงมีความสำคัญยิ่ง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับผลการฝึกกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่มาใช้บริการที่ห้องกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลสุโขทัย พบว่า ผู้ดูแลหลักของเด็ก ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการในเด็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁸ จากสรุปผลการดำเนินงานในคลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาล พบว่า บทบาทการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มาจากคนในครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงเครือข่ายอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนั้นมีบทบาทในการดูแลเด็กปฐมวัยแยกเฉพาะในหน่วยงานของตนเองยังขาดการประสานความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ รวมทั้งชุมชนมองว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากร

สาธารณสุขเป็นหลัก และผู้ดูแลเด็กไม่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า มองว่าเป็นเรื่องปกติซึ่งสามารถพัฒนาได้เองเมื่อเติบโตขึ้น ในบางรายไม่ยอมรับว่าบุตรหลานตนเองเกิดความผิดปกติทางพัฒนาการ⁶ นอกจากนี้ระบบเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็กที่เป็นอยู่ยังเป็นกลยุทธ์แบบเชิงรับ ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการ จึงทำให้ขาดทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้อง⁷ อาจทำให้การส่งเสริมกระตุ้นในเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าไม่ได้ผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มาจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม^{9,10} ความร่วมมือในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่ง¹¹ รวมทั้งการจัดระบบส่งเสริมและติดตามพัฒนาการเด็กเหล่านี้ ต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแล ตัวแทนเจ้าหน้าที่ในชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก⁹ เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดสามารถกระตุ้นพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการได้รับสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนจากชุมชน เครือข่ายทางสังคม (social network)⁸ การได้รับคำแนะนำ และการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว¹²

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือการสร้างภาคีเครือข่ายในการร่วมกำหนดเป้าหมาย มีการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง¹³ จาก

การศึกษาของ ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ¹⁴ ในจังหวัดยโสธรได้จัดรูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ โดยผสมผสานการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยระบบติดตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการหลังการติดตามในระยะเวลา 1 และ 2 เดือน พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถกระตุ้นพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าในเด็กกลุ่มที่สงสัยล่าช้าให้มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้และดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม. ส่งผลให้พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น และค้นพบเด็กพัฒนาการล่าช้าเพื่อส่งพบแพทย์ได้ครอบคลุม¹¹ เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น¹⁵

อย่างไรก็ตาม ด้วยความแตกต่างของบริบทการดำเนินงานในคลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งเน้นการดำเนินงานในเชิงรับตามระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)³ หากพบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ผู้ดูแลเด็กจะได้รับการสอนให้กลับกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน และนำเด็กกลับมาประเมินซ้ำหลัง 1 เดือน ซึ่งเป็นการปฏิบัติ

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

ภารกิจแบบแยกส่วน ระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลเด็ก โดยพยาบาลทำการประเมินพัฒนาการเด็ก และนัดให้ผู้ดูแลเด็กกลับมาประเมินซ้ำตามวันนัดหมายเท่านั้น รวมทั้งไม่มีการประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ เข้ามาสนับสนุนในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดังนั้น การประสานความร่วมมือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้ามีความจำเป็นยิ่งต่อการลดสถานการณ์ปัญหาพัฒนาการเด็กล่าช้าในพื้นที่ ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าขึ้น เพื่อเหนี่ยวนำผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า มากกว่าเป็นภารกิจของพยาบาลในคลินิกสุขภาพเด็กดีเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งคาดหวังว่าการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าจะเอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ และสติปัญญาตามระยะพัฒนาการปกติเมื่อเข้าสู่วัยเรียนในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีผลการประเมินพัฒนาการ

ตามช่วงอายุไม่ผ่านในครั้งแรก จากการประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกระทรวงสาธารณสุข (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM)³ โดยประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor; GM) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor; FM) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language; RL) ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language; EL) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social; PS) และทำเครื่องหมายในช่องผ่าน หรือไม่ผ่านตามผลการประเมินของผู้ประเมิน

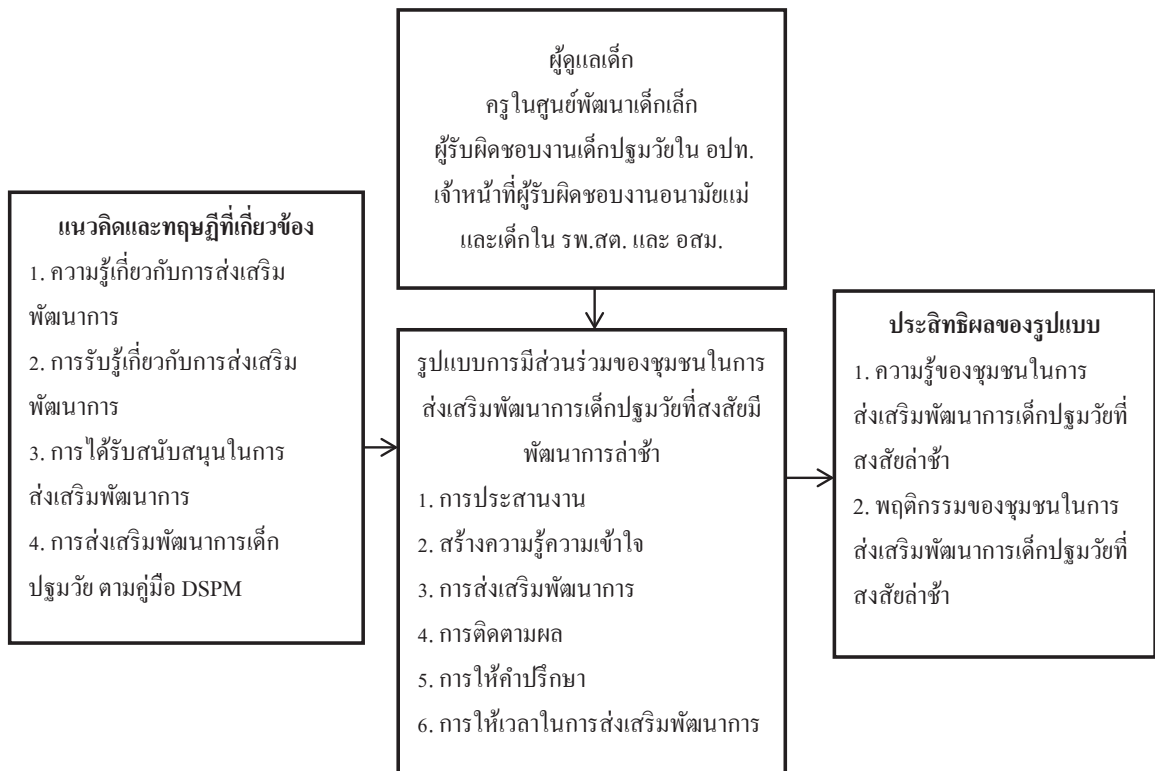
2. ชุมชน หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน รพ.สต และ อสม.

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง แนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)³ เน้นการประสานงาน สร้างความรู้ความเข้าใจ การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ การติดตาม การให้คำปรึกษา และการให้เวลาคุณภาพในการส่งเสริมพัฒนาการ โดยมีการประเมินผล ด้านความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการส่งเสริม และติดตามพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ การได้รับสนับสนุนในการส่งเสริมพัฒนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)³ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor; GM) ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (Fine Motor; FM) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language; RL) ด้านการใช้

ภาษา (Expressive Language; EL) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social; PS) โดยให้สมาชิกชุมชนได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยใน อปท. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน รพ.สต. และ อสม. มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแนวทางคู่มือ DSPM ที่จะส่งผลต่อ ความรู้พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยวัดผลการศึกษา ก่อนและหลังนำรูปแบบไปใช้ รายละเอียดกรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (ดังตารางที่ 1) โดยมี ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาในขั้นตอนที่ 1,3,5 คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลเด็กจำนวน 30 คน จากทะเบียนผู้เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งเป็นขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ที่พบใน 2 สัปดาห์แรกของเดือน กันยายน 2563 2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานดูแลเด็กปฐมวัยไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 9 คน 3) ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ที่พบใน 2 สัปดาห์แรกของเดือน พฤศจิกายน 2563 จำนวน 30 คน

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินงาน วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่	วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา
1. ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้ดูแลเด็ก	<p>1.1 สํารวจทะเบียนผู้เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ที่มารับบริการ 2 สัปดาห์แรกของเดือน กันยายน 2563 คัดเลือกผู้ดูแลที่ดูแลเด็กที่มีผลการประเมินพัฒนาการไม่ผ่านด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ด้านการใช้ภาษา (EL) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) เป็นกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>1.2 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 30 คน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน</p> <p>1.3 สันทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 9 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการกองศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเข้าใจปัญหา และความต้องการสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน</p>	1 สัปดาห์
2. ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	2.1 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 นำมาร่างรูปแบบได้ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ การประสานงาน การสร้างความรู้ความเข้าใจ การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน การติดตาม การให้คำปรึกษา การให้เวลาส่งเสริมพัฒนาการ	1 สัปดาห์

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินงาน วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

ขั้นตอนที่	วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา
3. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไป ใช้ในผู้ดูแลเด็ก และชุมชน	3.1 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยมี พัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่างจากในขั้นตอนที่ 1 จำนวน 30 คน 3.2 สันทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ถึงปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างนำรูปแบบไปใช้	2 สัปดาห์
4. ปรับรูปแบบการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัย มีพัฒนาการล่าช้า	4.1 ปรับปรุงรูปแบบในประเด็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติม ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดใน ด้านความจำ การอ่านหนังสือ และทักษะการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง โดยเพิ่มเติมการสร้างสื่อวีดิทัศน์ คลิปสอนการใช้คู่มือ DSPM ให้กับผู้ดูแลเด็ก และวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก นำกลับไปดู ที่บ้าน และเผยแพร่ต่อสมาชิกครอบครัว 4.2 นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ถึงความเหมาะสมรูปแบบที่ได้ พัฒนาขึ้น	4 สัปดาห์
5. ประเมินผลรูปแบบการมี ส่วนร่วมของชุมชน	5.1 สํารวจทะเบียนผู้เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ที่มารับ บริการ 2 สัปดาห์แรกของเดือน พฤศจิกายน 2563 คัดเลือกผู้ ดูแลที่ดูแลเด็กที่มีผลการประเมินพัฒนาการไม่ผ่านด้านใดด้าน หนึ่งใน 5 ด้าน ดังกล่าว เป็นกลุ่มตัวอย่าง 5.2 นำรูปแบบที่พัฒนาจากในขั้นตอนที่ 4 ไปใช้ในผู้ดูแลเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มใหม่ ไม่ เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 โดยเป็นเด็กกลุ่มใหม่ ที่ต้องเข้ารับการประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุเมื่อมีอายุครบ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน และเด็กต้องได้รับการกระตุ้นพัฒ นาการตามกระบวนการโดยผู้ปกครองที่บ้าน และกลับมา ประเมินพัฒนาการซ้ำ ภายใน 30 วัน ดังนั้นกระบวนการการ กระตุ้นพัฒนาการเด็กได้ดำเนินการเสร็จสิ้นในเดือนนั้น ๆ และ ประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมใน ทุกเดือน 5.3 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามความรู้และ พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ เพื่อประเมินผลรูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าใน 5 ด้าน	4 สัปดาห์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด 2) ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้วิจัยประยุกต์ข้อคำถามจากคู่มือ DSPM³ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูกต้อง ไม่แน่ใจ ไม่ถูกต้อง) โดยแปลผลคะแนนความรู้จากคะแนนเต็มทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁶ คือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 13-15 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน และ 3) พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากคู่มือ DSPM³ จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ (เป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง ทำน้อยครั้ง ไม่ทำเลย) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย (Mean) ใช้เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบส¹⁷ คือระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.67 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.33 คะแนน

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ การได้รับสนับสนุนในการส่งเสริมพัฒนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM มีประเด็นการสนทนากลุ่มจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้สึกที่มีต่อการส่งเสริม

พัฒนาการในเด็ก 2) ประสบการณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ผ่านมา 3) ปัญหาอุปสรรคในการกระตุ้นพัฒนาการ 4) สิ่งที่ทำให้ประสบผลสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ 5) ความต้องการสนับสนุนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้านความรู้และพฤติกรรม มีค่า CVI เท่ากับ 0.90 และ 0.87 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.80 และด้านพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นทดลองใช้ประเด็นคำถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน 3 คน เพื่อดูความเหมาะสมของประเด็นคำถามและปรับปรุงเรียบเรียงข้อความในข้อ 2 จากท่านได้ส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานอย่างไร เป็นประสบการณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ผ่านมา ให้มีความชัดเจนและลำดับโดยการสลับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบ นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ถึงความเหมาะสมรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น มีค่า CVI เท่ากับ 1.00

4. วิดีทัศน์สอนการใช้คู่มือ DSPM ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านในด้านคุณภาพ ความเหมาะสม และความสามารถนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าได้ มีค่า CVI เท่ากับ 1.00

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยยึดหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ เลขที่ IRB61/2563 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2563 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และเครื่องมือในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการโดยลงชื่อในเอกสารการยินยอม และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ข้อมูลจะถูกทำลายทันทีหลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)
3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรม โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

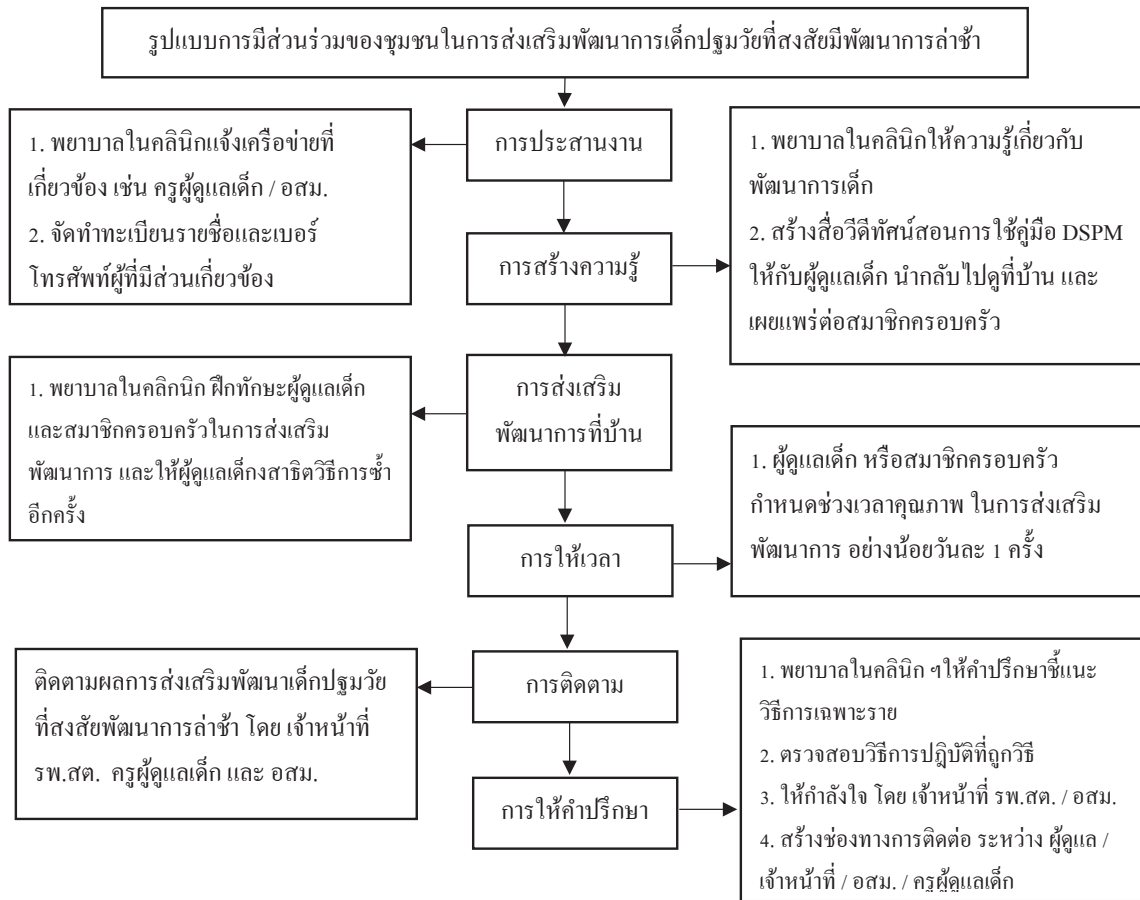
ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลเด็กจำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 52.59 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.25 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.50 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวใหญ่มีสมาชิกอื่นอาศัยอยู่ด้วย ร้อยละ 68.75 มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 8.77, SD = 4.78$) มีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.38, SD = 0.20$) ปัญหาและความต้องการสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ปัญหาได้แก่ การให้เวลาของผู้ดูแลเด็ก การเดินทางพาเด็กไปรับการประเมินซ้ำ และการติดตามไม่ต่อเนื่อง ความต้องการสนับสนุน ได้แก่ อุปกรณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการ ให้ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือสมาชิกครอบครัวช่วยส่งเสริมพัฒนาการ ต้องการความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการในผู้ดูแล อสม. และการติดตามผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน ผู้วิจัยร่างรูปแบบและพัฒนารูปแบบจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 โดยอ้างอิงจากแนวคิดทฤษฎีได้ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ การประสานงาน การสร้างความรู้ความเข้าใจ การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน การติดตาม การให้คำปรึกษา การให้เวลาส่งเสริมพัฒนาการ แสดงดังภาพที่ 2

การพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย



ภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยสามารถสรุปความแตกต่างของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้า จากรูปแบบเดิมที่มีอยู่ พยาบาลมีบทบาทหลักในการประเมินพัฒนาการเด็ก ให้บริการในวันที่กำหนดให้คำปรึกษาเฉพาะในเวลาที่คุณพยาบาลให้บริการ และนัดหมายผู้ดูแลเด็กให้นำเด็กกลับมาประเมินซ้ำ ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบบริการเดิม เป็นการใช้นวัตกรรมมีส่วนร่วมเข้ามาดำเนินงาน ระหว่างพยาบาล ผู้ดูแลเด็ก

ครูผู้ดูแลเด็ก และ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร่วมกัน มีการใช้สื่อการสอนที่สามารถนำไปเผยแพร่ให้กับสมาชิกที่บ้านได้ มีการติดตามเป็นระยะระหว่างพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน มีช่องทางสำหรับการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้าระหว่างรูปแบบเดิม และที่พัฒนาขึ้น

หัวข้อ	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
การประสานงาน	เจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพเด็กดีประสานโดยตรงกับผู้ดูแลเด็ก	มีช่องทางการประสานงาน ระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ครูผู้ดูแลเด็ก อสม. เป็นต้น
สร้างความรู้ความเข้าใจ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พูดคุยให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็ก ขณะมารับบริการที่คลินิก	นวัตกรรมสื่อวีดิทัศน์สอนการใช้คู่มือฝึกระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สำหรับใช้ไปเผยแพร่ให้กับสมาชิกในครอบครัว
การส่งเสริมพัฒนาการ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สุศึกษาตามคู่มือฝึกระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)	เจ้าหน้าที่ให้ผู้ดูแลเด็กฝึกปฏิบัติส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนกลับบ้าน
การติดตาม	เป็นการบริการแบบตั้งรับในคลินิกสุขภาพเด็กดี	เป็นการร่วมติดตามโดยเจ้าหน้าที่ครูผู้ดูแลเด็ก และ อสม. ในพื้นที่
การให้คำปรึกษา	ให้คำปรึกษาในวันที่เปิดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี	ให้คำปรึกษา ชี้แนะวิธีการเฉพาะรายบุคคลได้สะดวก ผ่านช่องทางโทรศัพท์และไลน์ เป็นต้น
การให้เวลากระตุ้นพัฒนาการ	เน้นให้เวลากระตุ้นตามพัฒนาการที่ล่าช้า	กำหนดช่วงเวลาคุณภาพ สำหรับในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของสมาชิกครอบครัว

2. ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 5 ผู้ดูแลเด็กเป็น คนละกลุ่มกับขั้นตอนที่ 1 พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 34 ปี จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 53.33 รายได้ประจำต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 83.33 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 53.33 ผู้ดูแลเด็กคือ บิดามารดา ร้อยละ 76.67 มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ใน ระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.44, SD = 1.46$) มีพฤติกรรมใน

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 3.01, SD = 0.19$)

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็ก พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบฯ ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม (ระดับต่ำ) เป็นระดับสูง ($\bar{X} = 18.66, SD = 0.67$) และมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นจากเดิม (ระดับต่ำ) เป็นในระดับสูง ($\bar{X} = 4.03, SD = 0.15$) โดยพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)		t	p-value
	\bar{X}	SD		
ความรู้				
ก่อนใช้รูปแบบ	7.44	1.46	-43.30	.000*
หลังใช้รูปแบบ	18.56	0.67		
พฤติกรรม				
ก่อนใช้รูปแบบ	3.01	0.19	-57.29	.000*
หลังใช้รูปแบบ	4.03	0.15		

* p-value < 0.01

หลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านกล้ามเนื้อเล็ก และสติปัญญา (FM) ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ด้าน

การเข้าใจภาษา (RL) และด้านการใช้ภาษา (EL) ผ่าน การประเมินมีพัฒนาการที่สมวัย คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็ก ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบ (n=30)

พัฒนาการ	ก่อนใช้รูปแบบ (จำนวน/ร้อยละ)	หลังใช้รูปแบบ (จำนวน/ร้อยละ)
	สงสัยล่าช้า	สมวัย
ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา	6 / 20.00	6 / 20.00
ด้านการเคลื่อนไหว	8 / 26.66	8 / 26.66
ด้านการเข้าใจภาษา	5 / 16.67	5 / 16.67
ด้านการใช้ภาษา	11 / 36.67	11 / 36.67
พัฒนาการภาพรวม	30 / 100.00	30 / 100.00

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น การให้เวลาในการส่งเสริมพัฒนาการ รวมถึงการสนับสนุนในการส่งเสริมพัฒนาการ โดยเครือข่ายในชุมชน ให้การติดตาม การให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยการ

ส่งเสริมพัฒนาการครั้งนี้ ประกอบด้วย ครูผู้ดูแลเด็ก สมาชิกครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพ และ อสม. ทั้งนี้การสร้างความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการ การสาธิตและฝึกให้ผู้ดูแลกลับไปส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยพยาบาลคลินิกสุขภาพเด็กดี ให้สูติศึกษาในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งเป็นการใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลเด็กปฐมวัย โดยวิธีการสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing) ผู้ดูแลเด็ก บุคคลในครอบครัว หรือญาติ ได้รับการสอน การแนะนำ การสนับสนุน และให้กำลังใจจากพยาบาลให้กลับไปปฏิบัติที่บ้าน¹⁸ ซึ่งสามารถตอบสนองต่อการดูแลของผู้ดูแลเด็ก จากการสอนการให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนส่งเสริมทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ หรือเพิ่มแรงจูงใจ เป็นต้น¹⁹ สอดคล้องกับแนวทางการเชื่อมต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกระทรวงศึกษาธิการ² ที่ได้กล่าวถึงการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการเชื่อมต่อการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลเด็กกับครอบครัว สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หน่วยบริการสุขภาพอย่างบูรณาการ ซึ่งการเชื่อมต่อการพัฒนาเด็กมีส่วนสำคัญ ทั้งนี้การส่งเสริมพัฒนาการต้องเกิดความต่อเนื่อง เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้และปรับตัวอย่างต่อเนื่อง การปรับตัวของเด็กในรอยเชื่อมต่อการพัฒนา จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ผู้สอน และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการวิจัยของ วิจิตร จันตบุตร¹³ ได้อภิปรายถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือการสร้างภาคีเครือข่ายในการร่วมกำหนดเป้าหมาย มีการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญเข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการ

เด็ก มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เลคีย์และลัทส์²⁰ หน้าที่หลักของการสนับสนุน คือ การเสริมจุดแข็งให้กับบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การให้กำลังใจ (Emotional) การสนับสนุนเครื่องมือ (Instrumental) การสนับสนุนข้อมูล (Informational) และการสนับสนุนเชิงประเมิน (Appraisal)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้นและมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบอย่างชัดเจน ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลเด็กตอบข้อคำถามได้ถูกต้องมากที่สุด คือ ความรู้และทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการที่ถูกต้อง จะช่วยแก้ไขพัฒนาการล่าช้าในเด็กให้ดีขึ้นสมวัยได้ และตอบถูกต้องได้น้อยที่สุด คือ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือไม่สมวัย จะหายได้เองโดยอัตโนมัติเมื่อเด็กมีอายุที่มากขึ้น ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า เมื่อผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความรู้ตามคู่มือ DSPM ที่สอดคล้องกับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเด็กตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการในเด็กปฐมวัย และให้ความสำคัญกับบุตรหลานที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า การส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย สอดคล้องการศึกษาลอชาเลสและคณะ²¹ ได้พัฒนาโปรแกรมการสื่อสารแก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อสนับสนุนการรับรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยส่งผลให้เด็กกลุ่มทดลองมีคะแนนพัฒนาการภาพรวมสูงขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 83 ทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านภาษา และการเคลื่อนไหว และสูงกว่าเด็ก

การพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

ในพื้นที่ควบคุม การศึกษาครั้งนี้การมีส่วนร่วมสนับสนุนของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้นตามไปด้วย หลังจากพัฒนา รูปแบบเมื่อผู้ดูแลเด็กมีความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้น ส่งผลให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (FM) 6 คน ด้านการเคลื่อนไหว (GM) 8 คน ด้านการเข้าใจภาษา (RL) 5 คน และ ด้านการใช้ภาษา (EL) 11 คน มีพัฒนาการที่สมวัยคิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับการวิจัยของฮัมดานี และคณะ ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยบูรณาการระหว่างแม่ผู้ดูแลเด็กเข้ากับบริการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศบังคลาเทศ ส่งผลให้เด็กในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านสติปัญญา ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อ และด้านพฤติกรรม พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

จุดเด่นและปัจจัยของความสำเร็จของการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้อง การสร้างความรู้ความเข้าใจ การกระตุ้นติดตามพัฒนาการโดยชุมชน การใช้สื่อวีดิทัศน์สอนการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า โดยกำหนดบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยของ ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ¹⁴ ที่ได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดยโสธร ส่งผลให้เด็กปฐมวัยส่วนมากได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมทุกคน รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย 1) การจัดระบบการดำเนินงานร่วม 2) การผสมผสานการดำเนินงานเฝ้าระวัง

และส่งเสริมพัฒนาการ และ 3) การดำเนินงานต่อเนื่องด้วยระบบติดตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ หลังทดลองใช้รูปแบบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถกระตุ้นพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าในเด็กกลุ่มที่สงสัยล่าช้าในระยะเวลา 1 เดือน และ 2 เดือน ทำให้พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.8 เป็นร้อยละ 85.0 และร้อยละ 96.7 ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และ อสม. มีความรู้และดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการวิจัยของ สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ²³ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ในจังหวัดบุรีรัมย์ ส่งผลให้เกิดความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการและเข้าถึงบริการของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมจนเด็กมีพัฒนาการปกติ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กมีระบบทะเบียนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้ติดตาม ช่วยในการเฝ้าระวังเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ทำให้ได้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เหมาะสม และการวิจัยของ วัฒนา สว่างศรี⁹ ได้พัฒนารูปแบบการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ซึ่งภายหลังการพัฒนา รูปแบบส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 96.59 ส่วนเด็กที่อายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 35.77 และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ 1 เดือน มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.62 และการวิจัยของอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์²⁴ ได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนความรู้การปฏิบัติและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองภายหลังพัฒนารูปแบบดีกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการใช้รูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า แต่การประเมินผลได้ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีการควบคุมตัวแปรและไม่มีการเปรียบเทียบ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำใช้ เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ แทรกเข้ามาด้วยจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะที่หลากหลาย เช่น ประสบการณ์ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย สามารถเพิ่มความเข้าใจ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พยาบาลควรมีการนำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วม การประสานงาน การสร้างความรู้ การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน การให้เวลาคุณภาพ การติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง

2. การวิจัยครั้งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียวเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการศึกษา ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความชัดเจนของผลจากการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ตำบลนี้ไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความบังเอิญ

3. ควรมีการติดตามผลจากการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่ประเมินผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กในช่วงเดือนถัดมาต่อเนื่องหรือในระยะยาว หลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. National Early Childhood Development Board. National standard for early childhood development centers. Bangkok: Ministry of education; 2019. (In Thai)
2. Ministry of education. Early childhood education program. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Co. Ltd.; 2017. (In Thai)
3. Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Ministry of Public Health; 2018. (In Thai)
4. World Health Organization. Progress in partnership: 2017 progress report on the every woman every child global strategy for women's, children's and adolescents' health; 2017 [cited 2021 Jan 12]. Available from: URL: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/global-strategy/gs-update-2017-gspr.pdf?Status=Master&sfvrsn=e57a0316_2.
5. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline; 2020 [cited 2021 April 16]. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>.
6. Bureau of Health Promotion, Department of Health. A study report of factors affecting early childhood development 6th ed. B.E. 2560. Bangkok: C G TOOLS CO. Ltd.; 2018. (In Thai)

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

7. Sukhothai Hospital. Summary of early childhood development in well baby clinic. Sukhothai Province: Sukhothai hospital; 2020. (In Thai)
8. Kittitongsophon W. The study of the relationship between some factors of the effect of stimulating early childhood development in well baby clinic. Sukhothai hospital; 2017. (In Thai)
9. Sawangsri W. The study development of an early childhood development assessment model by Network partners participate; 2018 [cited 2022 Feb 16]. Available from: URL:<http://mkho.moph.go.th/research2018/showdata2.php?id=157>. (In Thai)
10. National Institute of Child Health. Department of Health, Ministry of Public Health. Summary of meeting and prepare early childhood development operations B.E. 2022 [cited 2022 Mar 3]. Available from: URL:http://nich.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=842. (In Thai)
11. Tamdee D, Chotibang J, Namprom N. Guideline for early childhood development, aged 1 month to 2 years. Nursing Public Health and Education Journal 2018;19(2):1-16. (In Thai)
12. Nontapan P. Factors related to behaviors promoting preschooler development among child care providers, Songkhla Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2018;1(3):10-24. (In Thai)
13. Jundaboot W, Yoosook W, Semrum W. Development guideline for promotion of pre-schoolers in child development center, Sewichian municipal district, Numyuen district, Ubon ratchathani province. Journal of Education Naresuan University 2018;1(13):208-19. (In Thai)
14. Chuenta C, Kaewsai C, Saelim S, Kumpha P. Development of integrated surveillance and promotion of early childhood development in child care centers, Yasothon Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2018;6(2):290-315. (In Thai)
15. Chaichanasan C, Posr A, Tangtumpitak T. The family participation in child development stimulation and promotion at child development centre. Journal of Nursing Science & Health 2019;41(1):95-104. (In Thai)
16. Boonchom B. Introductory research. 10th ed. Bangkok: Suweeriyasan; 2017. (In Thai)
17. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. PHL New Delhi: Learning Private Limited; 2010.
18. Nonjui P. Health Education. Srinagarind Med J 2021; 36(2): 246-51. (In Thai)
19. Health Education Division. Quality development guidelines health education according to health service system standards. Nonthaburi: 25 Media Co. Ltd.; 2022. (In Thai)
20. Lakey B, Lutz, CJ. Handbook of social support and the family. 1996 [cited 2022 Mar 3]. Available from: URL: https://www.researchgate.net/profile/Brian-akey/publication/304356237_Social_Support_and_Preventive_and_Therapeutic_Interventions/links/5be563924585150b2ba916d1/Social-Support-and-Preventive-and-Therapeutic-Interventions.pdf.
21. Rosales A, Sargsyan V, Abelyan K, Hovhannesyanyan A, Ter-Abrahanyan K, Quanstrum K, et al. Behavior change communication model enhancing parental practices for improved early childhood growth and development outcomes in rural Armenia – A quasi-experimental study. Preventive Medicine Reports 2019;14:1-6.

22. Hamadani JD, Mehrin SF, Tofail F, Hasan MI, Huda SN, Henningham HB, et al. Integrating an early childhood development programmed into Bangladeshi primary health-care services: an open-label, cluster-randomized controlled trial. *The Lancet Global Health* 2019;7(3):366-75.
23. Jarungjittanuson S. Development of surveillance and promotion model for early childhood with developmental delay in Buriram Province. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;35(2):122-32. (In Thai)
24. Sriyasak A, Ketin V, Kayeese W. Development the model of paternal involvement in early childhood development: Case Study in Nong Ya Plong district Phetchaburi Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(1):402-11. (In Thai)

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

กนกวรรณ โคตรพัฒน์¹ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อรวรรณ หนูแก้ว² Ph.D. (Nursing)

วันดี สุทธิรังษี³ Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ : การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้นอายุ 9-12 ปีที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงและสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดร่วมกับการดูแลปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็ก พัฒนาจากแนวคิดของโลเวนเฟลด์และบริทเทนและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพราว ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย 30-45 นาทีต่อกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม เป็นเวลาต่อเนื่องสองสัปดาห์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบประเมินสมาธิสั้น (Swanson Nolan and Pelham IV scale; SNAP-IV) ตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาด้วย Wilcoxon Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney Test ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนภาวะสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิและชนอน้อยไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.75, p<.001$; $Z = -6.77, p<.001$) ตามลำดับ ขณะเดียวกันค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิและชนอน้อยไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.87, p<.001$; $Z=-4.86, p<.001$) ตามลำดับ ดังนั้นโปรแกรมศิลปะบำบัดสามารถลดภาวะสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้นได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิกจิตเวชเด็ก

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 54-68

คำสำคัญ: ศิลปะบำบัด สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ภาวะสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้น

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: orawan.n@psu.ac.th

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 6 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 6 มีนาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 14 มีนาคม 2566

Effects of Art Therapy Program on Attention–Deficit/Hyperactivity Symptoms among Children with Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder

Kanokwarn Khotaput¹ MSN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Orawan Nukaew² Ph.D. (Nursing)

Wandee Sutarangsri³ Ph.D. (Nursing)

Abstract : This quasi-experimental research aimed to examine the effect of an art therapy program on attention-deficit/hyperactivity symptoms among children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Participants were children aged 9–12 years diagnosed with ADHD who were recruited by purposive sampling. They were equally assigned into an experimental and a control group, each group consisting of 30 children. The experimental group received the program and usual care, whereas the control group received only usual care. The research instruments consisted of a demographic data form, an art therapy program for children developed from the conceptual framework of Lowenfeld & Brittain and the interpersonal relationship theory of Peplau, and the inattention questionnaire (Swanson Nolan and Pelham IV [SNAP-IV] scale). The art therapy program consisted of eight small-group activities, two activities per session and two sessions per week over two contiguous weeks, each activity lasting 30–45 minutes. Content validity of the program was verified by experts. The reliability of the SNAP-IV scale was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Rank test and Mann-Whitney test. The results revealed that the mean rank scores of SNAP-IV scales (inattention and hyperactivity/impulsive) of children with ADHD after participating in the program were statistically significantly lower than those of children who received only usual care ($Z = -6.75, p < .001$; $Z = -6.77, p < .001$, respectively). In addition, the experimental group's median scores of SNAP-IV scales (inattention and hyperactivity/impulsive) after participation in the program were statistically significantly lower than before participation ($Z = -4.87, p < .001$; $Z = -4.86, p < .001$, respectively). Thus, the art therapy program could decrease attention-deficit/hyperactivity symptoms of children with ADHD. It is suggested that this program could be clinically implemented at child psychiatric clinics.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 54–68

Keywords: art therapy, therapeutic relationship, attention-deficit/hyperactivity symptoms, children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

¹ Registered nurse, Suansaranrom Hospital, Suratthani Province

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; Corresponding author, E-mail: orawan.n@psu.ac.th

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received October 6, 2022; Revised March 6, 2023; Accepted March 14, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ความชุกของเด็กสมาธิสั้นในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 3-17 ปี มีร้อยละ 9.8 เป็นเพศชาย ร้อยละ 13 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 6¹ สำหรับการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กของประเทศไทย พบว่ามีร้อยละ 8.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และเป็นหญิง ร้อยละ 4.2² สถิติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ในช่วงพ.ศ. 2558-2560 เด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและเข้ารับการรักษากลุ่มที่มีอายุ ระหว่าง 6-12 ปี พบ เพศชาย จำนวน 198 คน 365 คน 536 คน ตามลำดับ และเพศหญิง จำนวน 54 คน 85 คน และ 116 คน ตามลำดับ³ จากสถิติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งเพศชายและหญิง เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติการทำหน้าที่ของสมอง มีอาการเด่น คือ ขาดสมาธิ อยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นทำให้มีพฤติกรรมต่าง ๆ ดังเช่นการเคลื่อนไหวมากกว่าเด็กปกติ จนทำให้สูญเสียการดำเนินงานในชีวิตประจำวัน บกพร่องด้านการเรียนและทักษะทางสังคม^{4,5}

จากลักษณะอาการของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม การดำเนินโรคสมาธิสั้นของเด็ก โดยมีแนวโน้มอาการขาดสมาธิต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ หรือ โรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) โรคพฤติกรรมอันธพาล (Conduct disorder) เป็นต้น^{6,7} สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว คือ มารดาเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกภาระในการดูแลเด็กของผู้ดูแล และความรู้สึกตราบาป⁸ หากเด็กกลุ่มนี้มี

พฤติกรรมก้าวร้าว โรคต่อต้าน หรือโรคพฤติกรรมอันธพาล ร่วมด้วย ทำให้เกิดความรุนแรง หรือปัญหาอาชญากรรมต่าง ๆ

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่สื่อประสาท dopamine เพิ่มขึ้น⁶ ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาธิสั้นมีรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสาน คือ การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย⁵ สำหรับการรักษาด้วยยานั้น มียาหลักที่ใช้บ่อยสำหรับเด็กกลุ่มนี้คือ ยากลุ่ม Methylphenidate หรือ Ritalin ซึ่งช่วยลดอาการขาดสมาธิ ควบคุมอาการ อยู่นิ่งได้^{9,10} อย่างไรก็ตามมีการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของเด็ก และบริบทของครอบครัวและผู้ดูแลของเด็ก ดังเช่นการปรับพฤติกรรมของเด็กหรือโปรแกรมจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าว^{11,12,13} การดูแลการบำบัดทางเลือกอื่น ๆ ได้แก่ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้น^{14,15} โดยเฉพาะด้านศิลปะบำบัด ที่หลากหลายรูปแบบ ด้านการวาดภาพ ระบายสี การพิมพ์ลาย การตัดปะ หรือการปั้น สามารถช่วยเพิ่มสมาธิและทักษะทางสังคมของเด็กได้^{16,17,18}

สำหรับการบำบัดด้านศิลปะนั้นมีการวิจัยที่นำศิลปะบำบัดเหล่านี้มาช่วยเพิ่มสมาธิ ลดพฤติกรรม การอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการวิจัยส่วนใหญ่ได้ใช้กรอบแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ เกี่ยวกับการวาดภาพตามพัฒนาการของเด็ก โดยเด็กจะสามารถวาดภาพตามศักยภาพของแต่ละวัย ของเด็กอายุ 2- 14 ปี ตั้งแต่ การขีดเขียนที่ไม่เป็นระเบียบ เป็นวงกลมและเส้น ๆ เริ่มวาดภาพให้มีความหมาย วาดภาพได้คล้ายคลึงของจริงจนกระทั่งเป็นขั้นการใช้เหตุผล ขึ้นกำหนดรูปทรงและรูปแบบได้¹⁹ จากการ

ทบทวนวรรณกรรมการนำศิลปะมาประยุกต์ใช้สำหรับเด็กพบว่าการนำแนวคิดของLowenfeld และ Brittain มาออกแบบกิจกรรมด้านศิลปะบำบัดรูปแบบต่างๆสำหรับเด็ก เช่น การวาดภาพ พิมพ์ภาพ และการระบายสี^{17, 18, 20} การวาดภาพตามใจเด็ก ภาพสัตว์ สมาชิกในครอบครัว และโรงเรียน²¹ การระบายสี การพิมพ์ภาพ หรือวาดลายภาพจากสิ่งของการตัดปะภาพ หรือ การพิมพ์ลาย¹⁵ เป็นต้น ในการเพิ่มสมาธิและการผ่อนคลาย พร้อมทั้งลดพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่ง พร้อมทั้งมีสัมพันธภาพกับเพื่อน ๆ ของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น

สำหรับการดูแลปกติของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นการรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง สำหรับพยาบาลจิตเวชแล้วการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลเป็นบทบาทการพยาบาลที่สำคัญทางด้านจิตเวช โดยส่วนใหญ่มักใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพของการสื่อสารเพื่อการบำบัดของ Peplau²² เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการช่วยปรับเปลี่ยนและปรับปรุงพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของพยาบาลเพื่อช่วยลดภาวะสมาธิสั้นสำหรับเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง(ที่เข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด)และกลุ่มควบคุม(ที่ได้รับการดูแลตามปกติ)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest control group design)

ประชากร คือ เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากการจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัย International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) F.90 ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จำนวน 203 คน³

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากการจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ ICD-10 (F.90) อายุระหว่าง 9-12 ปี ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป
2. ไม่มีความพิการทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
3. มีคะแนนจากแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV) โดยผู้ปกครองด้านการขาดสมาธิมากกว่า หรือเท่ากับ 16 คะแนน และด้านชน/อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน
4. บิดา/มารดา/ผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีอาการรุนแรงหรืออาการก้าวร้าวระหว่างทำการศึกษาจนไม่สามารถทำกิจกรรมตามโปรแกรมได้

2. มีภาวะอื่น ๆ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่ม เช่น ภาวะติดต่อต้าน ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ของ Sangkaew, Nukaew, Suttharangsee มีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.04²³ แต่การศึกษาครั้งนี้ได้ปรับลดขนาดอิทธิพลให้เป็นขนาดเท่ากับ .80 อย่างไรก็ตาม ค่าขนาดอิทธิพลสูงมากถึงแม้ว่าเป็นโปรแกรมทางการพยาบาลแต่กิจกรรมของโปรแกรมต่างกัน ดังนั้นจึงลดค่าขนาดอิทธิพล และใช้ค่าขนาดอิทธิพล .80 ตามเกณฑ์ขนาดสูง คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Polit & Beck²⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อคงไว้ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดการสูญหาย จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คนในการศึกษา นี้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นจับคู่ (match pair) เรื่องอายุ และระดับของภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัดต่ำกว่าเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau และ แนวคิด

พัฒนาการด้านศิลปะสำหรับเด็กของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ ในช่วงวัย 9-12 ปี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัดสำหรับเด็กและเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยได้นำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau เป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ นำมาใช้ในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้นในระหว่างการทำศิลปะบำบัด มี 4 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ระยะระบุปัญหา ระยะการดำเนินการแก้ปัญหา และระยะสรุปผล²² เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กในทางที่ดีขึ้น โดยแต่ละระยะนำแนวคิดพัฒนาการด้านศิลปะสำหรับเด็กของ Lowenfeld และ Brittain ลักษณะการวาดภาพของเด็ก และขั้นตอนพัฒนาการวาดเขียนของเด็กตามอายุ¹⁹ ในช่วงอายุ 9-12 ปี มีลักษณะขั้นวาดภาพจากของจริง โดยพัฒนาการวาดเขียนครอบคลุมตั้งแต่ขีดเขียนภาพเหมือนจริงจนถึงขั้นวาดภาพของจริง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะสำหรับเด็ก พบว่า ศิลปะส่วนใหญ่มีรูปแบบวาดเส้นสีวาดภาพระบายสี พิมพ์ภาพด้วยแม่พิมพ์และหัตถศิลป์^{15,16} โดยหลักการวาดภาพระบายสี พบว่าเริ่มจากการวาดภาพสิ่งที่เด็กชอบ ตนเอง ครอบครัว หรือสิ่งใกล้ตัว โรงเรียน ภาพเพื่อน ตลอดสิ่งรอบ ๆ ตัวเด็ก^{17,18,20,21} เป็นการช่วยเพิ่มสมาธิ ผ่อนคลายอารมณ์ได้ลดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มทักษะทางสังคม¹⁶

สำหรับศิลปะบำบัดช่วยลดภาวะสมาธิสั้น ด้านขาดสมาธิ ด้านนอนไม่หลับ ด้านหุนหันพลันแล่น²⁵ การโดยการวาดรูปลายเส้น และภาพที่เด็กชอบทำให้เด็กมีสมาธิทำกิจกรรมที่ตนเองชอบได้นาน ๆ เพิ่มความจดจ่อในการทำงาน ลดอาการชน/อยู่ไม่นิ่งหรือนิ่งไม่ติดที่ลง การให้เด็กระบายสีน้ำเป็นการฝึกการ

กิจกรรมที่ 1 “สานสัมพันธ์สร้างสรรค์ลายเส้น” เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้เด็กไว้วางใจ โดยทำกิจกรรมวาดภาพลายเส้นตามความสนใจของเด็ก วาดอย่างอิสระ เพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 “เรียนรู้ร่วมกันวาดภาพเสริมสมาธิ” เป็นกิจกรรมวาดภาพ และระบายสีตามความสนใจอย่างอิสระ เพื่อให้เด็กมีความร่วมมือในการทำกิจกรรม ตามความสนใจ และฝึกสมาธิ

กิจกรรมที่ 3 “ไว้วางใจนำเสนอของรักของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพ ระบายสี โดยเด็กวาดภาพที่สื่อถึงสิ่งที่ตนรัก หลังจากนั้นเล่าเรื่องราวของภาพกันในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 “ภายในบ้านของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีภาพบ้าน และสมาชิกในครอบครัวของเด็ก ผู้วิจัยให้การยอมรับกับพฤติกรรมให้กำลังใจเด็กในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 “โรงเรียนของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีภาพบ้าน โรงเรียน ตามจินตนาการของเด็ก

กิจกรรมที่ 6 “สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวฉัน” เป็นกิจกรรมให้เด็กพิมพ์ภาพตามภาพต้นแบบ 2 ภาพ คือ ภาพบ้าน และภาพต้นไม้

กิจกรรมที่ 7 “สัตว์เลี้ยงที่แสนน่ารัก” เป็นกิจกรรมให้เด็กวาดภาพสัตว์ ตามกำหนด และระบายสีให้สวยงาม

กิจกรรมที่ 8 “พวกเราเป็นเด็กดี” เป็นกิจกรรมให้เด็กวาดภาพตนเองและเพื่อน จากนั้นระบายสีด้วยสี

2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน และยาที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale: SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย²⁵ ในส่วน 2 ด้าน คือ ด้านการขาดสมาธิ และด้านชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น มีลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 18 ข้อ ด้านการขาดสมาธิ 9 ข้อ และ ด้านชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ด้านการขาดสมาธิ คะแนนเท่ากับ หรือ มากกว่า 16 คะแนน ถือว่า ขาดสมาธิ และ ด้านชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เท่ากับ หรือมากกว่า 14 คะแนน ถือว่ามีอาการชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น²⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมศิลปะบำบัดหาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะโดยการทดลองใช้ (try out) กับเด็กสมาธิสั้น จำนวน 10 คน พบว่า เนื้อหามีความเหมาะสม กิจกรรมทำให้เด็กสนใจและร่วมมือ

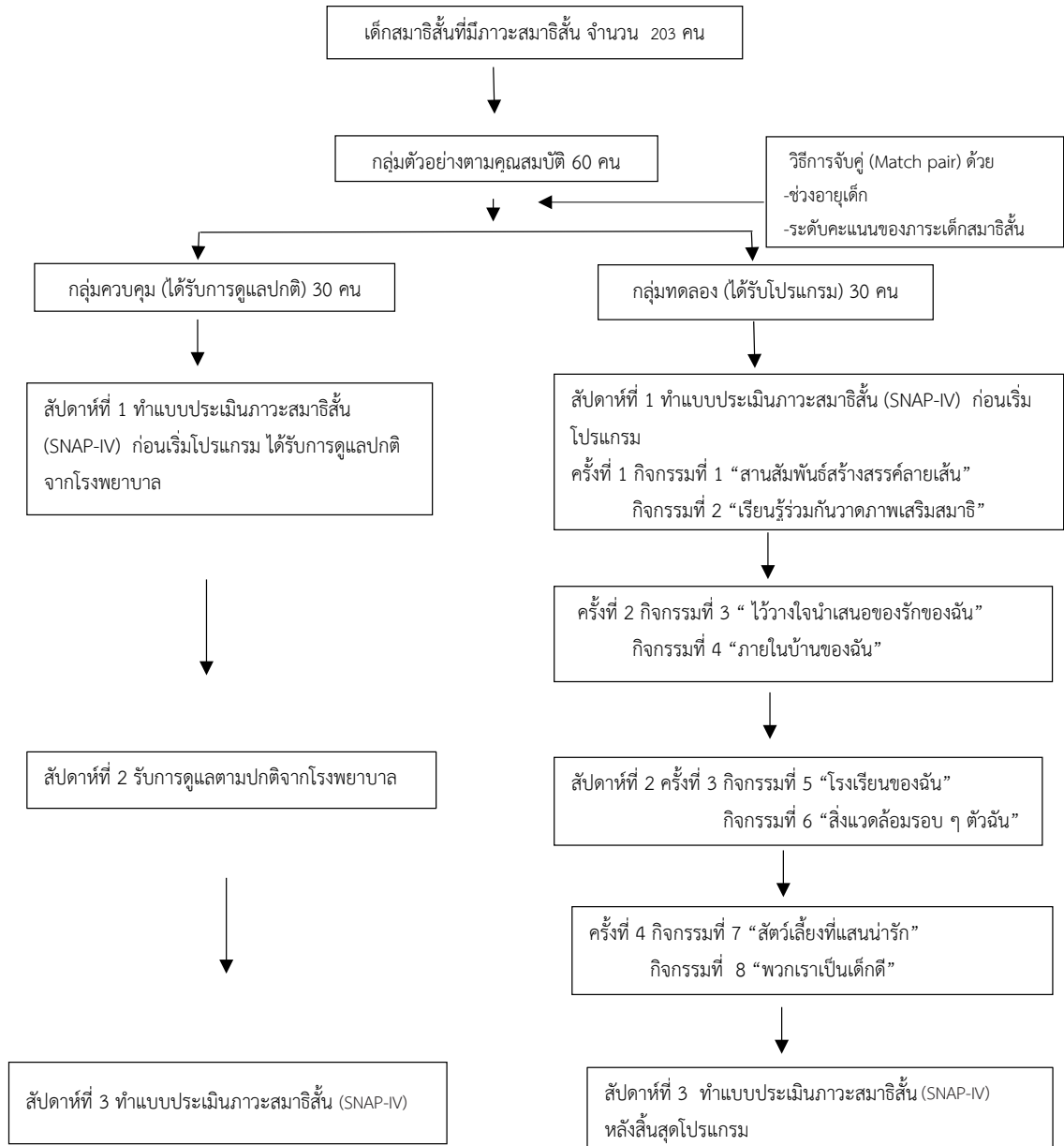
สำหรับแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน²⁵ นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้น จำนวน 20 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85 ด้านขาดสมาธิ เท่ากับ .81 และด้านชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เท่ากับ .65

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมข้อมูล ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวชเด็ก และมีความรู้เกี่ยวกับแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV)

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเพื่อขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการเป็นอาสาสมัคร และดำเนินโปรแกรมโดยแบ่งเด็กที่ได้รับโปรแกรมเป็น 5 กลุ่ม ๆ

6 คน แต่ละกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 35-40 นาที สรุปลักษณะที่ 2



ภาพที่ 2 สรุปลักษณะและขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยจริยธรรมของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ PSU/IRB2018-Nst 023 ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ SSR REC 12/2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไควส์แคร์

2. วิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของภาวะสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

3. วิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 10.47 ปี ผลการเรียนรู้เฉลี่ย เท่ากับ 2.80 และได้รับยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น ร้อยละ 93.3 สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 10.50 ปี ผลการเรียนรู้เฉลี่ย เท่ากับ 2.83 และได้รับยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น ร้อยละ 90.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแคร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X ²	p
	(n=30)	(n=30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	25(83.3)	25 (83.3)	.00	1.00
หญิง	5(16.7)	5(16.7)		
อายุ (ปี) (I: M = 10.47, SD =.86, Min =9, Max =12; C: M = 10.50, SD =.82, Min =9, Max =12)				
9 ปี-10 ปี	13(43.3)	11(36.7)	.78	.67
10 ปี 1 วัน - 11 ปี	15(50.0)	18(60.0)		
11 ปี 1 วัน - 12 ปี	2(6.7)	1(3.3)		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X ²	p
	(n=30)	(n=30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ผลการเรียนเฉลี่ย (I: M = 2.80, SD = .46, Min = 2 Max = 3; C : M = 2.83, SD = .53, Min = 2, Max = 4)				
2.00-2.99	6(20.0)	7(23.3)	3.05	.21
3.00-3.99	24(80.0)	21(70.0)		
4.00	0	2(6.7)		
ยาที่ได้รับ				
กลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น	28(93.3)	27(90.0)	.22	.63
กลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นร่วมกับยารักษา	2(6.7)	3(10.0)		
อาการทางจิต				

I: intervention (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม) C: control (กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นรายด้านของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละกลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลอง ค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นรายด้าน (คือ คะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชนอน้อย)

ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น) ของเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.87, p < .001$; $Z = -4.86, p < .001$) ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชนอน้อยไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.73, p > .05$; $Z = -1.41, p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสมาธิสั้น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Z	p
	(n=30)		(n=30)			
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
กลุ่มทดลอง						
ขาดสมาธิ	24.57	2.52	6.40	2.02	-4.87	.000
ชนอน้อย/หุนหันพลันแล่น	24.53	2.04	6.57	1.97	-4.86	.000
กลุ่มควบคุม						
ขาดสมาธิ	24.60	2.45	24.50	2.44	-1.73	.83
ชนอน้อย/หุนหันพลันแล่น	24.60	1.97	24.53	1.96	-1.41	.15

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นรายด้านคือ ด้านการขาดสมาธิ ด้านชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-.025, p>.05$; $Z=-.216, p>.05$) แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า อันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้น ด้านการขาดสมาธิ ด้านชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.75, p<.001$; $Z=-6.77, p<.001$) ตามลำดับดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด

คะแนนภาวะสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
ขาดสมาธิ	30.45	913.50	30.55	916.50	-.025	.980
ชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	30.05	901.50	30.95	928.50	-.216	.829
ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม						
ขาดสมาธิ	15.50	465.00	45.50	1365.00	-6.75	.000
ชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	15.50	465.00	45.50	1365.00	-6.77	.000

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด พบว่า คะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การระบุปัญหา แก้ไขปัญหา และสรุปผล²² โดยโปรแกรมศิลปะบำบัด เริ่มด้วยการสร้างความไว้วางใจ สร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่สำคัญ การแนะนำตัวและร่วมกันร้องเพลงและเต้น เพื่อช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย และมี

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันเกิดความรู้สึกเข้ากันได้ (rapport) โดยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการวาดภาพลายเส้นง่าย เด็กสมาธิสั้นสามารถวาดภาพต้นไม้ บ้าน ตามแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain รวมทั้งการวาดภาพลายเส้นง่าย ๆ ตามพัฒนาการของเด็ก และตามความสนใจของเด็ก¹⁹ จะทำให้เด็กมีสมาธิจดจ่อในการทำกิจกรรมจนสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาในฮ่องกงของ Lee & Liu ศึกษาการใช้ศิลปะบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการทางการพิเศษ โดยมีกิจกรรมการวาดภาพ ตามความสนใจ และเพิ่มสมาธิ ในเด็กสมาธิสั้น²¹ สำหรับการ

ระบุปัญหา เป็นการค้นหาปัญหาและสาเหตุ และทำความเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พยาบาลมีความเข้าใจเด็ก ยอมรับเด็กโดยไม่มีเงื่อนไข และมองเด็กในแง่ดี การให้เด็กวาดภาพที่สื่อถึงสิ่งที่ตนเองรัก และบอกเล่ากับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม เพื่อทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (trust) เด็กมุ่งมั่นวาดภาพที่ตนรักจนสำเร็จ เป็นลักษณะของการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดของ Peplau²² นอกจากนั้นพยาบาลยังเป็นผู้ให้การสนับสนุน (resource person) ด้วยการพูดเสริมความมั่นใจแก่เด็ก ช่วยเหลือเด็กโดยการเพิ่มเวลาให้กำลังใจ จนวาดภาพได้สำเร็จ กิจกรรมให้เด็กวาดภาพบ้านของตนเองและ ระบายสีภาพ หลังจากนั้นเด็กเล่าถึงพฤติกรรมที่บ้านให้กลุ่มฟัง ช่วยประเมินปัญหาของเด็กจากสิ่งที่เด็กเล่า และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่เด็ก ๆ วาดภาพบ้านและสมาชิกในครอบครัว และตนเอง แสดงให้เห็นว่าเด็กได้เข้าใจตนเอง รวมทั้งช่วยให้เด็กมีสมาธิมากขึ้นกับการวาดภาพ และการใช้ระบายสีน้ำช่วยให้เด็กรู้จักการควบคุมตนเอง และการรอคอยระหว่างสีแห้ง ช่วยให้เด็กได้ฝึกพฤติกรรมการมีสมาธิ และสามารถรอคอยได้ ร่วมกับกระบวนการสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pomtharaphong et al. ศึกษาการออกแบบชุดอุปกรณ์สำหรับการระบายสีเพื่อเพิ่มสมาธิ มีความตั้งใจ จดจ่ออยู่นิ่งได้ของเด็กสมาธิสั้น¹⁷ และการศึกษาของ Alrzaïn เรื่องผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน พบว่า คะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ ($z = -2.20; p < .05$) อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ($z = -2.21; p < .05$) ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรม¹⁸

สำหรับโปรแกรมศิลปะบำบัดนี้เป็นการช่วยให้เด็กเข้าใจตนเองและเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของ

ตนเอง โดยผู้วิจัยได้มีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาเด็กสมาธิสั้น ด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขและรับความคิดเห็นของเด็กโดยไม่โต้แย้ง ทั้งสนับสนุนสิ่งที่เด็กตัดสินใจพร้อมทั้งการให้คำแนะนำ ตามแนวคิดของ Peplau²² และการให้วาดภาพและระบายสีน้ำ เด็กจะอยู่หนึ่งขึ้นจากการวาดภาพ มีสมาธิ และจากการใช้สีน้ำทำให้เด็กมีการรอคอย ให้สีแห้งเพื่อให้ผลงานของตนเองออกมาสวยงาม การพิมพ์ภาพจากวัสดุธรรมชาติ คือ ใบไม้ ก้านกล้วย ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ในระหว่างทำกิจกรรมให้เด็กเล่าพฤติกรรมของเด็กเมื่อเล่นกับเพื่อน ๆ แล้วมีพฤติกรรมควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น พยายามยอมรับในสิ่งที่เด็กเล่าโดยไม่ตัดสิน และสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่ตามมา พยาบาลช่วยให้เด็กได้เข้าใจและเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของตนเองสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำกำหนดเป้าหมายให้เด็ก พิมพ์ ภาพจากวัสดุจากธรรมชาติ คือ ก้านมะละกอ และก้านกล้วย ให้เป็นรูปดอกไม้ รูปบ้านตามที่กำหนด ด้วยความสม่ำเสมอ ทำให้เด็กคุ้นเคย ไว้วางใจ และวาดภาพตามภาพต้นแบบกำหนด จะทำให้เด็กมีความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดโดยไม่มีภาวะต่อต้าน อีกทั้งฝึกการรอคอย เพื่อให้ได้ภาพที่สวยงาม มีการผ่อนคลายอารมณ์ดีขึ้น หากเด็กบางรายวาดภาพไม่เหมือนต้นแบบ ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการวาดถึงแม้ว่าจะไม่เหมือนต้นแบบก็ให้กำลังใจแก่เด็กและเพื่อน ๆ ช่วยกันส่งเสริมให้เวลา รอคอยในการทำกิจกรรมจนสำเร็จ รวมทั้งให้การสนับสนุนเด็กอย่างสม่ำเสมอ ตามแนวคิดของของ Peplau²² ที่ผู้วิจัยมีการให้การยอมรับ รวมทั้งพูดเสริมความมั่นใจและกำลังใจแก่เด็กสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กเชื่อมั่นใน

ตนเอง ปรับตัวเข้ากับคนอื่น ช่วยให้ลดภาวะติดต่อด้านของเด็ก รวมทั้งการเข้าใจตนเอง และสามารถแก้ปัญหาได้แล้ว ดังนั้นเด็กมองตนเองเป็นเด็กดีหรือเด็กเกเร ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต โดยเด็กทุกคนบอกว่าตนเองอยากเป็นเด็กดี และตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง หลังจากนั้นทุกคนวาดภาพลงบนกระดาษแผ่นใหญ่ร่วมกัน โดยทุกคนมีส่วนร่วม มีสมาธิในการวาดภาพ และคอยช่วยเหลือกัน เด็กมีการแบ่งปันอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee & Liu ที่นำศิลปะบำบัดมาใช้สำหรับเด็กการศึกษาพิเศษ ได้แก่ เด็กสมาธิสั้น เพื่อเพิ่มสมาธิ และลดพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลง²¹ และการศึกษาของ Toemthong Wattanakul และ Plengnut ที่ใช้ศิลปะบำบัดสำหรับเด็กบกพร่องพัฒนาการและสติปัญญา พบว่า กิจกรรมศิลปะบำบัดช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ส่งเสียงโวยวาย ขว้างของทำลายของ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁶

ส่วนผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ พบว่า คะแนนภาวะสมาธิสั้นรายด้านคือ ด้านการขาดสมาธิ ด้านสนใจไม่ตั้งใจ/หุนหันของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัด ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า ก่อนเข้ารับการเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติตามแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นของสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคใต้ ได้แก่ การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์เด็ก และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและเด็กเน้นในเรื่องการให้คำแนะนำการรักษาด้วยยา และการปฏิบัติตัวของเด็กสมาธิสั้น สำหรับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัด เน้นการนำศิลปะบำบัด เช่น การวาดลายเส้น วาดภาพบ้าน ภาพที่ตนเองรัก และ

การระบายภาพด้วยสีน้ำ ตามแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ ร่วมกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้น ช่วยปรับเปลี่ยนและปรับปรุงพฤติกรรม โดยเฉพาะคุณลักษณะของพยาบาท ด้วยทฤษฎีนี้คือ การสร้างความไว้วางใจเข้ากันได้มองโลกในแง่ดียอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เข้าถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ เป็นต้น²² ช่วยส่งเสริมสมาธิของเด็กเพิ่มขึ้น และการลดการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น รู้จักการรอคอย ช่วยส่งเสริมสมาธิของเด็กเพิ่มขึ้น และการลดการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น รู้จักการรอคอย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wetwichanan และ Chanvirat พบว่า การใช้ชุดกิจกรรมศิลปะทำให้การจัดจ่อตั้งใจทำงานของเด็กนักเรียนที่บกพร่องด้านการเรียนรู้ที่มีภาวะสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Alrzain เรื่องผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน พบว่า คะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.51, p < .05$)¹⁸

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ได้ว่า โปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อบำบัดทางการพยาบาล ต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กโรคสมาธิสั้น โดยมีกิจกรรมศิลปะและสัมพันธภาพบำบัด มีส่วนช่วยให้ลดภาวะสมาธิสั้นของเด็ก ร่วมกับการดูแลปกติได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรนำโปรแกรมศิลปะบำบัดไปใช้เพื่อการบำบัดทางการพยาบาลโดยบูรณาการกับการพยาบาลแบบปกติในการลดภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นในคลินิกจิตเวชเด็ก

2. ควรททำกรศีกษาคคตตามผลของโปรแกรมคิลปะบำบดในระยะยว เช่น หลงกรทคคอง 3 เตือน และ 6 เตือน เป็นต้น เพื่อประเมินพฒนการและคคตตามปัญหาคคความยงย่นของโปรแกรมและควรนำไปศีกษาคกับเด็กสมาริส่นวัยอื่น ๆ

เอกสรอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). [cited 2022 May 22] Available from: URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/data.html>.
- Visanuyothin T, Pavasuthipaist C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thai* 2013; (21):66-75. (In Thai)
- Medical Records and Statistics Division. Data and statistics of child psychiatry report: Southern Institute of Child and Adolescent Psychiatry:2017. (In Thai)
- Carbray JA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2018; 56(12): 1-10.
- Pornnoppadol C. Attention deficit hyperactivity disorder. Bangkok: Siriraj Book; 2018. (In Thai)
- Maskasame, K. Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescence. *JCP*. 2020;16(2): 75-102. (In Thai)
- Sitdhiraksa N, Wansawak K, Wanrit K, Kritiyagami P, Aphinanthavej S, Ketman P. *Psychiatry Siriraj DSM-V*. 2nd ed. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing; 2015. (In Thai)
- Nukaew O. Children psychiatric nursing care. Songkhla: Aom Document; 2022.(In Thai)
- Punja S, Shamseer L, Hartling L, Urichuk L, Vandermeer B, Nikles J, et al. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents (Review). *Cochrane* [cited 2022 May 22] Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009996.pub2>
- Storebo OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et.al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (11): CD009885
- Boonsanu K, Yunibhand J. The effect of behavior therapy on aggressive behaviors of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JPNMH* 2012; 2(1): 114-28. (In Thai)
- Juengsiragulwit D, Pityaratstian N, Nimnuan C. The efficacy of brief group cognitive behavior therapy in children with ADHD. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57(1): 19-28. (In Thai)
- Sangkaew T, Nukaew O, Suttharangsee W. The effects of an aggressive behavior management on behaviors of children suffering from attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): A preliminary study. *SCNJ* 2017;4(Suppl): S214-29. (In Thai).
- Sirisutraykha T. Art therapy [cited 2023 Feburaby 13] Available from: URL: https://www.happyhomeclinic.com/alt02-arttherapy_artandscience.htm. (In Thai)
- Wetwichanan W, Chanvirat W. The use of art activity to develop attention on work of children with learning disabilities and ADHD. *Ratchaphruek J* 2019; 17(2):88-94. (In Thai)
- Toemthong T, Wattanakul N, Plengnut J. The effects of music and art therapy program on aggressive behaviors of severe intellectual and developmental disabilities persons in Rajanukul Institute. Bangkok: Rajanukul Institute; 2010. (In Thai)

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

17. Pomtharaphong Y, Siripitchtrakul A, Ruengsombat M, Thongsuphon M. Art educational media design to promotion development and training concentration for children with ADHD. RMUTP sci J 2012; 6(2): 138-44. (In Thai)
18. Alrazain, B. Developing and evaluating an art therapies programme for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary schools in the Kingdom of Saudi Arabia (KSA) [Dissertation]. Edinburgh: Queen Margart Univ; 2016.
19. Lowenfeld, V, Brittain, WL. Creative and mental growth. 4th ed. New York (NY): The Macmillan company; 1964.
20. Rodrigo S. Art therapy and attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenological exploration. The Paulinian Compass 2016; 4(1):27-33.
21. Lee S-L, Liu H-L.A. A pilot study of art therapy for children with special educational needs in Hong Kong. The Arts in Psychotherapy 2016; 51:24-9.
22. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York (NY): Spring Publishing;1991.
23. Sangkaew T, Nukaew O, Suttharangsee W. The effects of an aggressive behavior management program on behaviors of children suffering from attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): A preliminary study. SCNJ 2017; 4(special issues): S214-29. (In Thai)
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principle and methods. 9th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2012.
25. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59 (2): 97-110. (In Thai)

ผลของระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อต่อการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีน

สุกฤติยา กุลศรี¹ พย.ม.

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

วิภาวี เผ่ากันทรการ³ Ph.D.,อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

นรวิวีร์ พุ่มจันทร์⁴ พ.บ.

บทคัดย่อ : การวิจัยทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับต่อในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 38 คน ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านเพศ ก่อนสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 19 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ คู่มือระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน ประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ 16 กิจกรรม สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม การให้การปรึกษารายครอบครัว และการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยใน 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัดผลการทดลองคือ แบบประเมินปริมาณการใช้ยาบ้า และ แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .90 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อนี้ช่วยลดการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 69-85

คำสำคัญ : ระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ ผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน การเสพแอมเฟตามีนซ้ำ อาการทางจิต

¹ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรฝึกพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาตรี สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; Corresponding author, Email: yuni_jintana@hotmail.com

³อาจารย์พยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

⁴อาจารย์จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันที่รับบทความ 28 ธันวาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 17 พฤษภาคม 2566

Effects of a Seamless Nursing Care System on Amphetamine Relapse and Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients with Amphetamine Use Disorder

Sukrittiya Kulsri¹ MNS.

Jintana Yunibbhand² Ph.D.(Nursing) Dip.PMHN

Wipavee Pouwkantarakorn³ Ph.D.(Nursing) Dip.PMHN

Norawee Pumchun⁴ M.D.

Abstract: This experimental research with two group, pretest–posttest design, aimed to compare amphetamine relapse and psychotic symptoms in schizophrenic patients with amphetamine use disorder between experimental group receiving of a seamless nursing care system and control group receiving the routine care. The samples comprised 38 Schizophrenic patients with amphetamine use disorder, recruited from the inpatient department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. After matching characteristics of gender, sample were randomly assigned equally (n=19) to either experimental group or control group. Research instruments included the seamless nursing care system in schizophrenic patients with amphetamine use disorder comprises of 3 phases of care, 16 activities, a program of individualized relationship therapy, group supportive psychotherapy, family counseling and telephone counseling to patients for a total of 6 weeks. The amphetamine relapse and psychotic symptoms were measured by assessing the amount of use and severity of psychotic symptoms and tested for content validity reliability of the scale yielding values of .90 and .97 respectively. Data were analyzed by independent t–test. Findings revealed that the amphetamine relapse and psychotic symptoms of the experimental group after receiving the seamless nursing care system in schizophrenic patients with amphetamine use disorder were lower than before, and lower than the symptoms in the control group, at the .05 level. Therefore, it can be concluded that the seamless nursing care system in schizophrenic patients with amphetamine use disorder should be used to improve schizophrenic patients with amphetamine use disorder.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 69–85

Keywords: seamless nursing care system, schizophrenic patients with amphetamine use, amphetamine relapse, psychotic symptoms

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

²Associate Professor, Faculty of Nursing Chulalongkorn University; Corresponding author, Email: yuni_jintana@hotmail.com

³Advanced Practice Nurse preceptor, Somdetchaopaya Institute of Psychiatry.

⁴Psychiatrist preceptor, Somdetchaopaya Institute of Psychiatry.

Received December 28, 2022; Revised May 16, 2023; Accepted May 17, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยในกลุ่มโรคจิตเภทและโรคติดสารเสพติด (Schizophrenia and Substance use disorder) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา โดยเฉพาะการดำเนินโรค และผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่เกิดการต่อการรักษา ส่งผลให้มีความรุนแรงเรื้อรังของโรคมามากขึ้น¹ และยังมีอัตราการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเสพยาเสพติดชนิดต่าง ๆ พบมากถึงร้อยละ 11-31 และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ มากกว่าคนทั่วไป 5 เท่า² ในปี 2562 - 2564 ผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดแอมเฟตามีนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตมากถึง 13,958 ราย 14,478 ราย และ 14,919 รายตามลำดับ และพบอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 75.0 กลับไปเสพยาเสพติดชนิดต่าง ๆ ใน 1 ปี ร้อยละ 77.0³ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดแอมเฟตามีนยังคงมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทติดแอมเฟตามีน ที่มารักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2561-2563 ผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน อาการทางจิตกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 87 คน 148 คน และ 223 คน คิดเป็นร้อยละ 30.96, 51.97 และ 78.24 ตามลำดับ⁴ ในขณะที่อาการทางจิตส่งผลความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วยในการหยุดเสพยาเสพติด ตลอดจนปัญหาอื่น ๆ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดสับสน อาการก้าวร้าวรุนแรงขึ้น รวมถึงพฤติกรรมรุนแรงที่พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ อีกทั้งส่งผลต่อสมรรถนะที่ลดลงของผู้ป่วยทั้งการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ การทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และยังมีพบการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำมากขึ้น เกิดปัญหาการก่ออาชญากรรม กระทำผิด

กฎหมายจากพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด เกิดเป็นภาพความรุนแรงในสังคม^{5,6}

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดแอมเฟตามีน มีความยุ่งยากซับซ้อนจากภาวะอาการโรคจิตเภทและภาวะอาการติดสารเสพติดแอมเฟตามีน⁶ ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมทั้งโรคจิตเภทและโรคติดสารเสพติดแอมเฟตามีน อย่างไรก็ตามในการดูแลเรื้อรังที่จะให้เกิดผลลัพธ์ทั้งสองอย่างคือผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและไม่เกิดอาการทางจิตด้วย และจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การใช้การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated care) เป็นกลยุทธ์และรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดยังมีจำนวนน้อย^{7,8} การบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทติดสารเสพติดแอมเฟตามีน ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและให้การดูแลตามระยะของโรค ได้แก่ ระยะถอนพิษยา ระยะอาการทางจิตรุนแรง ระยะอาการทางจิตสงบ และได้พัฒนาโปรแกรมบูรณาการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Integrated Program on drinking behaviors and psychotic symptoms in alcohol use disorder with co-occurring disorder patients: ICOD-R) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินการบำบัดรักษา ระยะเวลา 14 วัน มุ่งเน้นการหยุด/ลดการเสพยาเสพติด เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะได้รับการส่งต่อผู้ป่วยนอกที่คลินิก กำลังใจ และนับระยะเวลาบำบัดทั้งหมด 120 วัน⁵ ตามโปรแกรม ICOD-R พบอุปสรรคและข้อจำกัดหลายเรื่อง ได้แก่ จำนวนวันนอนระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 14 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมจนครบก่อนจำหน่าย ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายการเร่ง

จำหน่าย ที่ต้องการลดจำนวนวันนอนและอัตราการครองเตียง เพื่อหมุนเวียนเตียงสำหรับการรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงในแต่ละวัน และภาระงานของทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้บางกิจกรรมในโปรแกรมไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน เกิดเป็นภาระของพยาบาลต้องดำเนินกิจกรรมที่ขาดหายแทนวิชาชีพอื่น โปรแกรมนี้ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านครอบครัว สิ่งแวดล้อมและระบบการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนจำหน่ายสู่ชุมชน ต่อมาปีพ.ศ. 2563 ได้เปลี่ยนรูปแบบการบำบัด เป็นกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองโดยพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา และมีทัศนคติในการลดการใช้สารเสพติด ในหอผู้ป่วยสามัญชายนำร่อง 1 หอผู้ป่วย แต่ยังไม่สามารถขยายผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่มไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสมรรถนะของผู้ดำเนินกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง

ปัญหาช่องว่างของระบบการดูแลเนื่องจากขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในการบำบัด ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ลดช่องว่างการดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนโดยการจัดระบบการดูแลอย่างเหมาะสม (Managed care) แบบผสมผสานร่วมกับการพยาบาลโดยตรงต่อปัญหาเพื่อจัดการกับปัจจัยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิต (Direct care)⁸ นำแนวคิดระบบบริการแบบไร้รอยต่อของมาร์ช¹² ซึ่งเป็นแนวคิดให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของระบบการดูแลรักษา การเชื่อมประสาน (coordinate) มีองค์ประกอบตามแนวคิด The 3Cs of Seamless Patient Care ประกอบด้วย ความสอดคล้องสม่ำเสมอของการดูแล (Consistency) ความต่อเนื่องการดูแล (Continuity) และการประสานการดูแล (coordination of care) ร่วมกับประยุกต์แนวคิด The Vulnerability-

stress Model¹³ ที่นำมาอธิบายถึงปัจจัยสาเหตุของการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน โดยมีพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก (Nurse coordinator) APN เป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรง และทำหน้าที่ประสานการดูแล (coordination of care) กำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโรค (care management) เพื่อลดกระบวนการขั้นตอนการบำบัดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเชื่อมโยงการดูแลร่วมกับชุมชน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชน¹⁴ เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด สิ่งแวดล้อม สังคม และการแสดงออกในครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งกันและกัน การไม่เป็นมิตร จู้จู้ยี้เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือให้ความใส่ใจสนใจปกป้องมากเกินไป นับเป็นปัจจัยสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนด้วย โดยจัดกิจกรรมการพยาบาล 3 ระยะ ระยะที่ 1-2 เป็นกิจกรรมในโรงพยาบาลและระยะที่ 3 เป็นกิจกรรมภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยระยะที่ 1-2 การส่งเสริมการรู้จักดูแลตนเอง ด้วยสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล โดยมีเป้าหมายการพยาบาลผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับจิตพลวัตของผู้ป่วย (psychodynamic) ความขัดแย้งในจิตใจ เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย นำไปสู่การพยาบาลในระยะที่ 2 ระยะเร่งรัดพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเอง ไม่เสพซ้ำและไม่กำเริบซ้ำของอาการทางจิต ด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง ที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การแก้ปัญหา ผ่านปัจจัยบำบัดจากกระบวนการกลุ่ม รวมทั้งการให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัดในรูปแบบการให้การปรึกษารายครอบครัว ระยะที่ 3 สนับสนุนการดูแลตนเองอย่าง

ต่อเนื่อง (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) ด้วยการให้การศึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย 4 ครั้ง เป็นการดูแลต่อเนื่องเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวชุมชน ด้วยการให้รูปแบบการให้การศึกษาทางโทรศัพท์ มุ่งเน้นลดการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

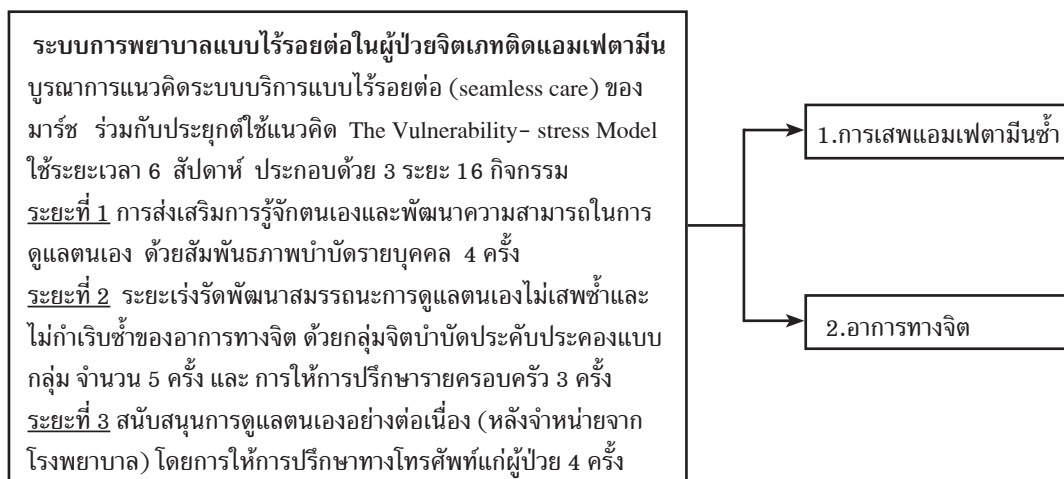
วัตถุประสงค์/เป้าหมาย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อก่อนและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน รูปแบบกรรมการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดระบบบริการแบบไร้รอยต่อของมาร์ช¹² ที่มืองค์ประกอบ The 3 Cs Seamless Patient Care ร่วมกับประยุกต์แนวคิด The Vulnerability Stress Model¹³ เพื่อจัดการกับปัจจัยสาเหตุของการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิต ในผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน โดยดำเนินการบำบัดออกเป็น 3 ระยะ 16 กิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบวัดผลก่อนและหลัง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ (The Pretest-Posttest Control Group Design) (12)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับโรคติดสารแอมเฟตามีน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งเพศชายและหญิง เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติ ดังนี้ ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 2) ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดในหอผู้ป่วยในเกิน 14 วัน (ปลอดภัยจากระยะฟักตัวของ COVID 19) 3) เข้ารับการรักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไป มีประวัติเจ็บป่วยตั้งแต่ 2-10 ปี 4) ได้รับการประเมินคะแนนความรุนแรงอาการทางจิต (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน 5) สามารถฟังพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างต่อเนื่อง 7) มีครอบครัวรับผิดชอบดูแลอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และเกณฑ์การคัดเลือกครอบครัว ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีนเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยให้การดูแลเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับประทานยา รวมถึงการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยทำหน้าที่เหล่านี้เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป 2) สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือเครือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูด

การได้ยินและการมองเห็น 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยและความเป็นไปได้ในการวิจัย โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Cohen 1988¹⁶ คือ อย่างน้อยควรมีกกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คนและหากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลต่ออำนาจทดสอบ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนทำให้ความแปรปรวนลดลง¹⁷ โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบที่ power= 0.80 และ d= 0.5 ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียในระหว่างการทำวิจัย (drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (matched paired) ด้านเพศทั้งนี้ ในระหว่างการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 1 คนถูกคัดออกจากกลุ่มทดลองเนื่องจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนกำหนด ญาติรับผู้ป่วยไปงานศพ ญาติต่างจังหวัดไม่สามารถอยู่ร่วมกิจกรรมจนครบได้ ผู้วิจัยจึงคัดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมตามคู่การทดลองออกไป ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 19 คน กลุ่มควบคุม 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ ระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยจิตเภท

ติดสารแอมเฟตามีน ตามแนวคิดของ มาร์ช ที่มีองค์ประกอบ The 3 Cs of Seamless Patient Care¹² ตามกรอบแนวคิด The Vulnerability Stress Model¹³ เพื่อจัดการกับปัจจัยสาเหตุของการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน และอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal vulnerability factor) ด้านความอ่อนแอส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับสารเคมีในสมอง ความอยากเสพยาเสพติด (craving) 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล (personal protectors) การตอบสนองต่อสภาวะอารมณ์เชิงลบ 3) ปัจจัยปกป้องสิ่งแวดล้อม (environment protectors) 4) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและความเครียด (environment protectors & stressors) การควบคุมตนเองและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมอันเกิดจากสภาพแวดล้อมของครอบครัว ความเครียดโดยมีคู่มือระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน ประกอบด้วย สัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการบำบัดรักษา จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการบำบัดรายกลุ่มได้แก่ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง และการให้การปรึกษารายครอบครัว และการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของคู่มือระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวชผู้มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 คน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ .85

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ (Time line follows back: TLFB) และแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำแบบประเมินการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ (Time line follows back : TLFB) ของ Sobell and Sobell¹⁸ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ¹⁹ โดยมีคำถามทั้งหมด 4 ข้อคำถามคิดคะแนนการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนจากผลรวมจำนวนเม็ดที่คำนวณได้ในแต่ละวันที่มีการใช้แอมเฟตามีน (ได้จากผลคูณของจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวันกับปริมาณแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีหน่วยเป็นเม็ด สำหรับการแปลผลค่าคะแนนนั้น จำนวนเม็ดที่สูงกว่า หมายถึงการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มากกว่า ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .80

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต พัฒนาโดย Overall and Gorham²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย พญ.พันธ์นิภา กิตติรัตนไพบูลย์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ครอบคลุมอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและอาการที่แสดงถึงอารมณ์ต่าง ๆ ในผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ คือ 7= มากที่สุด 6= มาก 5= ค่อนข้างมาก 4= ปานกลาง 3= น้อย 2= น้อยมาก 1= ไม่มีอาการคะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนรวมของ BPRS < 36 คะแนน หมายถึงอาการทางจิตสงบ การวิจัยครั้งนี้ ประเมินอาการทางจิต ด้วยเครื่องมือ BPRS อีกทั้งเป็นเครื่องมือที่

ถูกนำมาใช้ทั่วไปในภาพจิต การประเมินอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความสะดวกรู้สึกสบายใจในทีมวิชาชีพ และเพื่อการสื่อสารที่เป็นแนวทางเดียวกันกับข้อตกลงในการทำงานของสถาบันฯ การวิจัยนี้จึงใช้เครื่องมือ BPRS ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

จริยธรรมการวิจัย

ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยโดยเสนอโครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์ต่อกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่หนังสือรับรอง SD.IRB.APPROVAL 016/2565

เมื่อดำเนินการทดลองได้ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างประโยชน์ที่ได้รับ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นระหว่างทดลอง สามารถออกจากกรวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และลงนามยินยอมร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนตั้งแต่รับเข้ารักษาจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตามแนวทางระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ (ตารางที่ 1) ดังนี้

ตารางที่ 1 แนวทางระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน

แนวทางระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน	ผู้บำบัด	วัน/เวลา
<p>ระยะที่ 1 การส่งเสริมการรู้จักตนเอง และ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคล 4 ครั้ง (2,3)</p> <p>ครั้งที่ 1 (N1): เพื่อสร้างความไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลต่อการรับการดูแล</p> <p>ครั้งที่ 2 (N2): เพื่อพัฒนาความเข้าใจตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยาก การควบคุมความอยากเสพแอมเฟตามีนซ้ำ</p> <p>ครั้งที่ 3 (N3): เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองที่ชัดเจนต่อเหตุการณ์ปัญหา และเพิ่มความสามารถในการจัดการความคาดหวังเชิงลบ ความอยากเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง แก้ปัญหาที่เหมาะสม</p> <p>ครั้งที่ 4 (N4): เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม ไม่เสพแอมเฟตามีนซ้ำ</p>	<p>ผู้วิจัย/ รายบุคคล</p>	<p>จันทร์- ศุกร์ 09.30- 11.00 น.</p>

ตารางที่ 1 แนวทางระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน (ต่อ)

แนวทางระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน	ผู้บำบัด	วัน/เวลา
<p>ระยะที่ 2 ระยะเร่งรัดพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเอง ไม่กำเริบซ้ำของอาการทางจิต และไม่เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง 5 ครั้ง (4)</p> <p>ครั้งที่ 1 (S1): พัฒนาสมรรถนะด้านสัมพันธภาพ ความไว้วางใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p> <p>ครั้งที่ 2 (S2): พัฒนาสมรรถนะการเผชิญปัญหา ความเครียดและจัดการกับสิ่งกระตุ้นความอยาก</p> <p>ครั้งที่ 3 (S3): พัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเอง ในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม</p> <p>ครั้งที่ 4 (S4): พัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสาร และการแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวก</p> <p>ครั้งที่ 5 (S5): พัฒนาสมรรถนะการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ไม่เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ</p>	<p>ผู้วิจัย/ รายบุคคล</p>	<p>จันทร์- ศุกร์ 09.30- 11.00 น.</p>
<p>การให้การปรึกษารายครอบครัว 3 ครั้ง (5)</p> <p>ครั้งที่ 1 (F1): เพื่อพัฒนาสมรรถนะสมาชิกครอบครัว ให้มีความสามารถรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทติดแอมเฟตามีน และสามารถดูแลผู้ป่วยได้</p> <p>ครั้งที่ 2 (F2): เพื่อพัฒนาสมรรถนะสมาชิกครอบครัว ให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ มีทักษะการจัดการทางอารมณ์ของตนเอง อย่างเหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน</p> <p>ครั้งที่ 3 (F3): เพื่อพัฒนาสมรรถนะสมาชิกครอบครัว มีความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ และการสนับสนุนผู้ป่วย ในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม</p>	<p>ผู้วิจัย/ ราย ครอบครัว</p>	<p>จันทร์- ศุกร์ 13.30- 14.30 น.</p>
<p>ระยะที่ 3 สนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) โดยการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย 4 ครั้ง (6) โดยประเมินปัญหา และตกลงบริการการดูแลทางโทรศัพท์ เน้นการดูแลตนเองไม่เสพยา (พบผู้ป่วย Face to face ที่หอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปก่อนผู้ป่วยจำหน่าย ในสัปดาห์ที่ 3-4 เวลา 09.00-10.00 น. ประมาณ 45-50 นาที)</p> <p>ครั้งที่ 1 (T1): ประเมินและติดตามสมรรถนะการดูแลตนเอง ในการจัดการกับความอยากเสพยาแอมเฟตามีน</p> <p>ครั้งที่ 2 (T2): ประเมินและติดตามสมรรถนะการดูแลตนเอง ในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม</p> <p>ครั้งที่ 3 (T3): ประเมินและติดตามสมรรถนะ การแสดงออกทางอารมณ์ และการสื่อสารทางบวกในครอบครัว</p> <p>ครั้งที่ 4 (T4): ประเมินและติดตามสมรรถนะ ในการทำบทบาทหน้าที่ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ผู้วิจัย/ รายบุคคล</p>	<p>จันทร์- ศุกร์ 09.30- 11.00 น.</p>

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยระบบบริการแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน ตั้งแต่รับเข้ารักษาจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล และมีการนัดหมายผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามอาการใน 2 สัปดาห์ภายหลังจบโปรแกรมหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ (Amphetamine relapse) และอาการทางจิต (psychotic symptom)

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกตั้งแต่รับเข้ารักษาจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล และมีการนัดหมายผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามอาการใน 2 สัปดาห์ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ (Amphetamine relapse) และอาการทางจิต (psychotic symptom)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N=38)

	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=19)	กลุ่มควบคุม (n=19)
อายุ	20-25 ปี	2 (5.3%)	0 (0.00%)
	26-30 ปี	3 (7.9%)	8 (21.1%)
	31-35 ปี	7 (18.4%)	10 (26.3%)
	36-40 ปี	4 (10.5%)	1 (2.6%)
	41-45 ปี	2 (5.3%)	0 (0.00%)
	46-55 ปี	1 (2.6%)	0 (0.00%)
เพศ	ชาย	13 (34.2%)	13 (34.2%)
	หญิง	6 (15.8%)	6 (15.8%)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบของค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและคะแนนอาการทางจิต ด้วยสถิติทดสอบที่ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและคะแนนอาการทางจิต ระหว่างควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง intervention ด้วยสถิติทดสอบที่ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N=38) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n=19)	กลุ่มควบคุม (n=19)
สถานภาพสมรส	โสด	13(34.2%)	12 (31.6%)
	คู่	2(5.3%)	3 (7.9%)
	หย่าร้าง	4(10.5%)	4 (10.5%)
	หม้าย	0 (0.00%)	0 (0.00%)
อาชีพ	ว่างงาน	1(2.6%)	1 (2.6%)
	รับจ้าง	17(44.7%)	16(42.1%)
	ค้าขาย/ ธุรกิจ	1(2.6%)	2(5.3%)
การศึกษา	ปริญญาโทขึ้นไป	0 (0.00%)	0 (0.00%)
	ปริญญาตรี	1 (2.6%)	0 (0.00%)
	ปวช. / ปวส.	9 (23.7%)	9 (23.7%)
	มัธยมศึกษา	8 (21.1%)	10 (26.3%)
	ประถมศึกษา	1 (2.6%)	0 (0.00%)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย จำนวน 26 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 13 คน สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.4 สถานภาพสมรสเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 34.2 อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 44.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับ ปวช./ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 23.7

และส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 28.9 ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.3 สถานภาพสมรส เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 31.6 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนการเสพแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลองทั้งใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	X	SD	X	SD		
การเสพแอมเฟตามีนซ้ำ						
กลุ่มควบคุม	9.16	1.167	9.32	1.376	-.900	.380
กลุ่มทดลอง	9.16	1.015	.58	.769	26.959	.000
อาการทางจิต (BPRS)						
กลุ่มควบคุม	31.37	2.733	33.21	2.955	-2.579	.019
กลุ่มทดลอง	33.32	3.400	19.11	1.286	18.085	.000

*p-value < .05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ผลการทดสอบด้วยสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการ

ทดลองสำหรับในกลุ่มควบคุมค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ และเนื่องจากค่าคะแนนอาการทางจิตก่อนการทดลองมีค่าคะแนนไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากเป็นไปตามเกณฑ์การวิจัยที่ต้องได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) ที่กำหนดคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนนถือว่าอาการทางจิตสงบจึงเข้าร่วมการวิจัยได้

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ก่อนการทดลอง	9.16	1.167	9.32	1.376	.000	1.000
หลังการทดลอง	9.16	1.015	.58	.769	24.157	.000

*p-value < .05

จากตารางที่ 4 การทดสอบเบื้องต้นของค่าเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีน

ซ้ำระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=38)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ก่อนการทดลอง	31.37	2.733	33.21	2.955	-1.946	.926
หลังการทดลอง	33.32	3.400	19.11	1.286	19.078	.001

จากตารางที่ 5 การทดสอบเบื้องต้นของค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทดลอง

ภายหลังการบำบัดด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสารแอมเฟตามีน ที่มีการใช้สัมพันธภาพบำบัดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้สามารถค้นหาความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ และกระบวนการกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองทำให้ผู้ป่วยได้รับการสะท้อนมุมมองของเพื่อนที่มีปัญหาเหมือนกันเกิดความเข้าใจตระหนักรู้ร่วมกันและให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการทำตามเป้าหมายการเลิกเสพยาแอมเฟตามีน และการทำกิจกรรมการให้การรักษารายครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสบอกความรู้สึกคับข้องใจต่อคนในครอบครัว และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเป็นผู้สนับสนุนในการบำบัดรักษาและการให้การรักษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางใจ รู้สึกได้รับการดูแลไม่ถูกทอดทิ้งจากผู้ดูแลและสังคม สามารถกลับไปอยู่บ้านได้ระยะเวลาที่นานขึ้น ลดการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ และลดการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สรุปได้ว่าการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนที่ได้รับการ

ดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อ มีคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4) และอาการทางจิตในกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนมีอาการลดลง แต่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีอาการทางจิตสูงขึ้น (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำและอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน โดยประยุกต์แนวคิดระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของมาร์ช¹² ร่วมกับแนวคิด Stress vulnerability model¹³ ซึ่งจัดกระทำต่อปัจจัยสาเหตุการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำและการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน มีสาเหตุมาจากความอยาก (craving) การเผชิญความเครียดและเหตุการณ์ความรุนแรงในชีวิต ปัจจัยจากครอบครัวสิ่งแวดล้อม และการขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ทำให้ขาดการตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำและหวังผลเชิงลบจากสารแอมเฟตามีนในการบรรเทาความทุกข์ใจ ความเครียด ความกดดันจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เมื่อให้การดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสาร

แอมเฟตามีน ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยการจัดการระบบการพยาบาล (manage care) ที่ดูแลตั้งแต่แรกเริ่มไว้รักษา ระหว่างการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับสู่ครอบครัว ชุมชน นำมาอธิบายถึงวิธีการ ประสานงานให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ มีการดูแลอย่างต่อเนื่องราบรื่น ด้วยองค์ประกอบ The 3Cs of Seamless Patient Care¹² ดังนี้ 1) Consistency คือความ สอดคล้องสม่ำเสมอของข้อมูลและการดูแล ด้วย แผนการดูแลผู้ป่วยโดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทติดแอมเฟตามีน (clinical nursing practice guideline) 2) continuity คือความต่อเนื่อง ของการจัดการและสัมพันธ์ภาพด้วยการปฏิบัติตาม แผนการดูแลผู้ป่วย 3) coordination คือการประสาน การดูแล (coordination of care) มีพยาบาลผู้ประสาน งานทางคลินิก (Clinical nurse coordinator) ทำหน้าที่ ประสานความร่วมมือของทีมพยาบาลและทีมสหสาขา วิชาชีพ (collaborative practice) โดยมุ่งเน้นการดูแล ตนเองของผู้ป่วย (Self-care) การเยี่ยมยา/ดูแลที่ บ้าน (Home Care) ในชุมชน (Community Care) และการดูแลรักษาในสถานพยาบาล (Institutional Care) ทุกระบบเชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกัน

โดยการดูแลโดยตรง (direct care) ที่จัดกระทำ ต่อปัจจัยการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และอาการทางจิต พบว่า สัมพันธภาพบำบัด (therapeutic relationship) จะพัฒนาความเข้าใจในตนเอง ให้เกิดการตระหนักรู้ ด้วยตนเอง พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การแก้ปัญหา (coping) การจัดการความคาดหวัง เชิงลบ และอารมณ์เชิงลบ (negative expectation) มีความเข้มแข็งทางใจ ความเชื่อ/ความตั้งใจ ในการ เลิกเสพแอมเฟตามีนของตนเองได้ และมีความ สามารถวิเคราะห์สิ่งกระตุ้นเฉพาะเจาะจงที่เป็นสาเหตุ ความอยาก และเลือกตัดสินใจวางแผนการจัดการกับ

สิ่งกระตุ้นความอยาก ลดการกลับไปเสพซ้ำ ทั้งนี้ ผู้บำบัดต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจิตพลวัต ของผู้ป่วย (psychodynamic) ระหว่างบุคคลกับความ ชัดแย้งในจิตใจของผู้ป่วย ผ่านการถ่ายโอนความรู้สึก (transference) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและแก้ไข ความขัดแย้งในจิตใจ ซึ่งเป็นสมรรถนะของผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง¹⁴

ปัจจัยการคาดหวังผลเชิงลบจากสารแอมเฟตามีน และร่วมมือกับทีมพยาบาลจิตเวชในการให้กลุ่ม จิตบำบัดแบบประคับประคอง ตามแนวคิดของ Yalom and Leszcz²¹ เพื่อจัดการกับปัจจัยสาเหตุการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการให้การปรึกษารายครอบครัว ตามแนวคิด Humanistic-Existential-Experiential²² เพื่อจัดการ กับปัจจัยสาเหตุสภาพแวดล้อมของครอบครัว/ เหตุการณ์รุนแรงในชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ จัดการกับปัจจัยสาเหตุ และประยุกต์ใช้การดูแล ต่อเนื่องทางโทรศัพท์²³ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมี การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้วยสัมพันธ์ภาพบำบัด ระหว่างบุคคล ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องผ่าน ทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการช่วยเหลือและประคับ ประคองผู้ป่วยในการตอบคำถามและแก้ไขปัญหา ที่ อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกภายหลังการจำหน่าย และติดตาม กระตุ้นชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรม ที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง ไม่เสพแอมเฟตามีน ซ้ำ²⁴ และด้วยบริบทในปัจจุบันโทรศัพท์เป็นเครื่องมือ สื่อสารหนึ่งที่สะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายใน การเดินทางของผู้ป่วย สอดคล้องกับนโยบายที่เน้น ระบบจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค (Diagnosis-Related Group) พยายามให้ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล ในระยะสั้นที่สุดและผู้ป่วยเองมักจะเลือกรับการดูแล ที่บ้าน

การจัดกระทำต่อปัจจัยสภาพแวดล้อมของครอบครัว/ ความเครียดและเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์การให้การปรึกษารอบครัว ด้วยครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยให้ครอบครัวได้สำรวจตนเอง เกิดการตระหนักรู้ ความต้องการ ผลกระทบจากเหตุการณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อผลกระทบและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีขึ้น และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ พัฒนาทักษะและความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์เชิงบวก สนับสนุนสัมพันธ์สภาพในครอบครัว พัฒนาการทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ลดความขัดแย้งและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อกัน เนื่องจากการแสดงออกอารมณ์เชิงบวก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล การฟื้นฟูหายจากโรค และช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต²⁵

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำรูปแบบระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีน ที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการที่ดีได้

2. ควรมีการศึกษาแบบติดตามผลในระยะยาว เพื่อติดตามดูประสิทธิผลของรูปแบบระบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อผู้ป่วยจิตเภทติดสารแอมเฟตามีนนี้ ด้านความยั่งยืนและความต่อเนื่องในระบบ

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อยู่ในห้วงเวลาและการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีข้อจำกัดการเฝ้าระวังสถานการณ์ระบาดและต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูล การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องปฏิบัติตามนโยบายการควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างอาจมีผลต่อการตอบคำถามกลุ่มตัวอย่าง ในรายงานที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Campbell EC, Caroff SN, Mann SC. Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis. UpToDate®; 2016.
2. Triruangworawat B. Methamphetamine increases the psychiatric patients. [serial online] 2022 [cited 2022 June 26]. Available from: URL: <https://www.mgronline.com> . (In Thai)
3. Department of Mental Health, Thailand. Mental Health and Psychiatric Services report for Schizophrenia and Substance use disorder. [serial online] 2022 [cited 2022 February 8] Available from: URL <https://www.dmh.go.th/Report/Datacenter/Dmh/Reds.Asp/>(In Thai)
4. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Report for Schizophrenia and Substance use disorder; 2564. (In Thai)
5. Wittayathawornwong L, Junsirimongko B, Suriyachai A, Darakorn PA, Kornkamchairit K, Khunarak U. The Effect of The Integrated Program on Drinking Behavior and Psychotic Symptoms in Alcohol Use Disorders with Co-occurring Disorders Patients. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2016 ;30 (2) 143-154. (In Thai)

6. Fraser S, Hides L, Philips L, Proctor D, Lubman DI. Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people. *Schizophr Res.* 2012;136 (1–3).
7. Ye J, Chen TF, Paul D, McCahon R, Shankar S, Rosen A, et al. Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal of Social Psychiatry.* 2016;62(6).
8. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Treatment in Psychiatry Schizophrenia and Co Occurring Substance Use Disorder. *Am J Psychiatry.* 2007; 164.
9. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke–Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic.*2019.
10. Crowley RA, Kirschner N. The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: Executive summary of an American college of physicians position paper. *Ann Intern Med.* 2015;163(4).
11. Chuengsatiansup K. Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environ Impact Assess Rev.* 2003;23(1).
12. March A. Consistency, continuity, and coordination – The 3Cs of seamless patient care. *Commonwealth Fund.* 2006.
13. Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, et al. The vulnerability/ stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatric Scand.* 1994;89.
14. Hsueh M, Shannon Dorcy KK, Mitsuyama WC. Advance practice nurse led care coordination model in oncology patient care transitions. *Cancer Nurs.* 2015;38(4).
15. Shadish; Cook; Campbell. Quasi–Experimental Designs That Either Lack a Control Group or Lack Pretest Observations on the Outcome. *Experimental and Quasi–Experimental Designs for Generalized Causal Inference.* 2002.
16. Champley S. pwr: Basic Functions for Power Analysis. R package.2020.
17. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns N, Grove SK: *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence.* Philadelphia, PA, Saunders, 2017. Elsevier.2017;11(3).
18. Sobell LC, Sobell MB. Timeline follow back. A technique for Assessing self–reported Alcohol Consumption. *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and Biological Methods.* 1992.
19. Sinsak Suvanchot K, Somrongthong R, Phukhao D. Efficacy of Group Motivational Interviewing plus Brief Cognitive Behavior Therapy for relapse in amphetamine users with Co–occurring psychological problems at southern psychiatric hospital in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2012;95(8):1075–80.
20. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep.* 1962;10(3).
21. Overholser JC. Group psychotherapy and existential concerns: An interview with Irvin Yalom. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* 2005; 35.
22. Gottlieb JD, Mueser KT, Glynn SM. Family Therapy for Schizophrenia: Co–Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *J Clin Psychol.* 2012;68 (5).

23. Uslu E, Buldukoglu K, Beebe LH. A telenursing practice for care of people with schizophrenia: Telephone intervention problem solving. *J Psychiatr Nurs.* 2019;10(2):131–6.
24. Trangkot U. *Psychotherapy and Family Counseling.* Santa Publishing. 5th ed. Bangkok: 2001. (In Thai)
25. Imkome EU, Yunibhand J, Chaiyawat W. A path analysis of psychotic symptoms among persons with schizophrenia using methamphetamines. *Walailak J Sci Technol.* 2019;16(4).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

นัฐธิญา จันทร์ตอน¹ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์² ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การสนทนา ส่งข้อมูล คลิปวิดีโอและคำถามที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 9 ชุด ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคล ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาได้ 0.91 ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ สถิติไคสแควร์ ฟิชเชอร์ และสถิติที ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการใช้สมุนไพรควรนำไปประยุกต์ใช้โดยบูรณาการกับการดูแลปกติเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้และมีการใช้สมุนไพรอย่างเหมาะสม

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 86-103

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้สมุนไพร พฤติกรรมสุขภาพ โรคไตเรื้อรัง

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ผู้รับผิดชอบหลัก; E-mail: mnonglak@kku.ac.th

วันที่รับบทความ 8 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 17 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 18 พฤษภาคม 2566

Effects of a Herb Usage Health Literacy Program on Health Literacy and Health Behavior in Persons with Chronic Kidney Disease Stage 3–4

Nattiya Jundon¹ M.N.S. (Adult Nursing)

Nonglak Methakajanasak² Ph.D. (Nursing)

Abstract: This Randomized Controlled Trial (RCT) aimed to examine the effects of a herb usage health literacy program on health literacy and health behavior in persons with chronic kidney disease stage 3–4. The study participants were randomly assigned into two groups, each consisting of 30 participants. The control group received usual nursing care, while the experimental group received usual nursing care and the 8 weeks health literacy program. The program consisted of conversations, information sharing, video clips, and 9 sets of questions that promote health literacy, through the individual LINE application. Data were assessed before and after the experiment using questionnaires related to the herb usage health literacy and health behavior of persons with chronic kidney disease. Both instruments were examined for content validity yielding a similar value of 0.91 and for reliability of the scale yielding a similar Cronbach' alpha coefficient of 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test and t-test. The result showed that at the end, the experimental group had a higher mean score health literacy and health behavior than the control group ($p < .01$). The mean score of health literacy and health behavior in the experimental group after receiving the program was statistically higher than at the starting point ($p < .01$). This implies that the herb usage health literacy program should be applied by integration with the usual care for persons with chronic kidney disease to improve their health literacy and ability to use an appropriate herb.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 86–103

Keywords: health literacy, herbal, health behavior, chronic kidney disease

¹Graduate student in Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

²Assistant Professor, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; Corresponding author, E-mail: mnonglak@kku.ac.th

Received Mar 8, 2023; Revised May 17, 2023; Accepted May 18, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มและมีความชุกสูง ขึ้น พบว่าเกือบ 700 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 8 ของประชากรทั่วโลกเป็นโรคไตเรื้อรัง¹ ในประเทศไทยมีผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 ของคนไทยที่เป็นโรคไต หรือ 8 ล้านคนโดยประมาณ ในจำนวนนี้ พบว่า ผู้เป็นโรคไตระยะสุดท้ายประมาณ 80,000 คน หรือร้อยละ 1 ของประชากรที่เป็นโรคไต และมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี² จากรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้เป็นโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยจำนวน 1,225,295 คน โดยพบว่ามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60.77) เป็นผู้เป็นโรคไตระยะที่ 3 ขึ้นไป เป็นระยะที่ 1-2 รวมกัน คือ ร้อยละ 39.23³ เมื่อทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 มากที่สุด คือ ร้อยละ 41.43, 48.66, 50.02 ตามลำดับ⁴ ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่พบส่วนใหญ่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง แต่อาจไม่แสดงอาการผิดปกติ ส่วนระยะที่ 4 นั้นยังมีจำนวนโดยรวมค่อนข้างน้อยหากเปรียบเทียบกับระยะที่ 3 แต่ก็มีอาการแสดงที่ผิดปกติเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบัน ภาวะผิดปกติที่พบในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁵ เมื่อเริ่มพบอาการไม่สบายจากภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยระยะนี้จึงเริ่มแสวงหาการดูแลและจัดการตนเองเพิ่มเติม สมุนไพรเป็นวิธีการที่นิยมเลือกใช้เพื่อจัดการอาการไม่สบายที่พบบ่อยในผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยพบว่า

ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังมีการใช้สมุนไพรร้อยละ 87.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4⁶ ซึ่งการใช้สมุนไพรเหล่านี้ถือเป็นการใช้ยาที่ไม่จำเป็นและเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไตเสื่อม⁷ ขณะเดียวกัน มีรายงานว่า ร้อยละ 40 ของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังมักเลือกใช้สมุนไพรเพื่อแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการและความผิดปกติของปัสสาวะ⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เป็นโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมอื่นนิยมใช้สมุนไพรในการลดระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตอีกด้วย⁸ ปัญหาที่พบนอกเหนือจากปริมาณการใช้ที่สูงแล้วยังพบว่า สมุนไพรที่ใช้มีส่วนผสมที่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจน ขาดการกำหนดขนาดและปริมาณที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายอีกด้วย¹⁰ เมื่อใช้มากขึ้นจะทำให้เกิดความเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังมากขึ้น โดยพบว่าความถี่ในการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรัง¹¹

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ในงานประจำโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยมีการรับประทานสมุนไพรจำนวน 24 คน เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จำนวน 3 คน เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 11 คน และเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 จำนวน 10 คน และยังพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วหลังใช้สมุนไพรเพียง 1-2 เดือน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2 มีการใช้สมุนไพรค่อนข้างน้อยเนื่องจากรู้สึกว่าตนเองยังสบายดีไม่จำเป็นต้องรับประทานยาเพิ่มเติม ส่วนในกลุ่มผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ ไม่สบายรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จึงพยายามหาทางดูแลตนเองโดยเลือกใช้สมุนไพร

เพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรง ซึ่งได้มาจากการฟังสื่อโฆษณาหรือได้คำแนะนำจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการใช้สมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของดอน นัทบีม (Don Nutbeam)¹² ที่เน้นถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ เนื่องจากในปัจจุบันมีสื่อต่าง ๆ ที่บุคคลสามารถเข้าถึงได้ง่าย จึงพบว่าผู้ป่วยมีการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจการใช้สื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพได้ตลอดชีวิต อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้จากการใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง กับผู้ป่วย 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 7 รายมีคะแนนระดับต่ำหรือไม่เพียงพอ ส่วนอีก 3 รายมีคะแนนระดับปานกลาง

เมื่อทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อม¹³⁻¹⁵ ซึ่งสะท้อนได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การจัดการปัญหาสุขภาพด้วยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร จึงมีความสำคัญ หากพบว่ามีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ควรรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรจะส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม นั่นคือทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ยังคงความสามารถในการทำงานของไตและชะลอความเสื่อมของไตให้เข้าสู่ระยะที่ 5 ช้าลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรม

ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรระหว่างกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร) และกลุ่มควบคุม (ได้รับการดูแลปกติ)

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร

4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. คะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

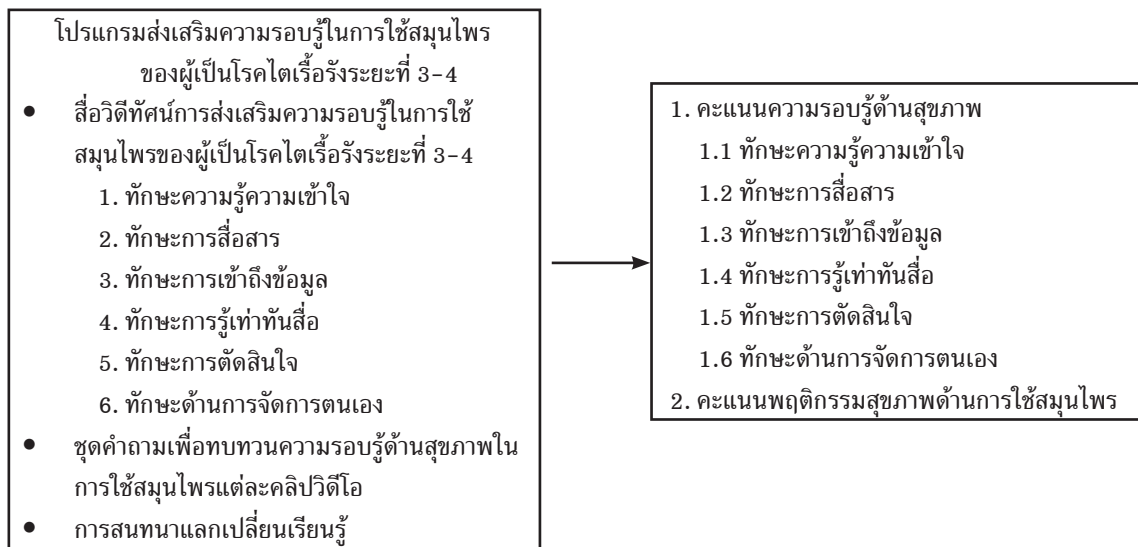
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรรักษาโรคต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

4. ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรรักษาโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของ ดอน นัทปีม¹² ซึ่งได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า สมรรถนะของแต่ละบุคคล ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพโดยความรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/functional literacy) เป็นทักษะพื้นฐานที่เพียงพอในการอ่านและการเขียน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive literacy) เป็นทักษะทางปัญหาและการเข้าถึงสังคม มีการสกัดข้อมูล รับรู้ความแตกต่างของข้อมูล 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy) ซึ่งเป็นความรู้ความเข้าใจขั้นสูง

มีการคิดวิเคราะห์ที่ดีในการดูแลสุขภาพ¹² ดังนั้นหากผู้เป็นโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรรักษาโรคต่ำก็จะทำให้ไม่สามารถเข้าถึง และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้ ส่งผลไปจนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการใช้สมุนไพรรักษาโรคของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง¹⁶ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรรักษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ การส่งเสริมความรู้ในการใช้สมุนไพรรักษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 การสนทนา ส่งข้อมูล คลิปวิดีโอและคำถามจำนวน 9 ชุดที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์รายบุคคล ส่งเสริมทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) 2) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 3) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access skill) 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision making skill) และ 6) ทักษะด้านการจัดการตนเอง (Self-management skill)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

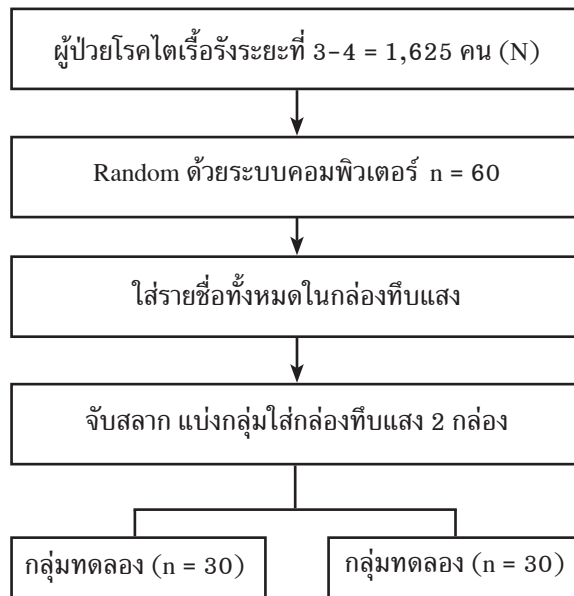
ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial : RCT) แบบสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ระยะเวลาการศึกษานี้ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยกิจกรรมในโปรแกรมใช้เวลา 8 สัปดาห์

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง 1 มกราคม ถึง

ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 1,625 คน แบ่งเป็นระยะที่ 3 จำนวน 1,284 คน และระยะที่ 4 จำนวน 341 คน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1 กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยใกล้เคียงของปราณี แสตคง¹⁷ คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้ 0.95 และค่าแอลฟา (Alpha) ที่ 0.05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (Power) ที่ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน รวม 60 คน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับสลาก และสุ่มเข้ากลุ่ม ซึ่งทุกขั้นตอนเป็นการ Random ทั้งหมด ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงการสุ่มตัวอย่าง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตาม ICD 10 ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (รหัส N183 และ N184) 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 4) ลงนามในแบบยินยอมเป็นอาสาสมัคร 5) ใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 6) ไม่เป็นผู้ที่มีความบกพร่องด้านความจำ (ประเมินโดยการใช้ MMSE-Thai คะแนนไม่น้อยกว่า 17 คะแนน คือผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา) 7) ไม่มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ (ประเมินโดยใช้ Barthel ADL Index คะแนนไม่น้อยกว่า 12 คะแนน) 8) ไม่บกพร่องด้านการมองเห็น และการได้ยิน โดยมีเกณฑ์การนำกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Withdrawal of participant criteria) คือ 1) มีอาการของโรครุนแรงขึ้น 2) ขาดการติดต่อ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่ามียกเลิกตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของตอน นัทพิม¹² โดยอ้างอิงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปฉบับปรับปรุงปี 2561¹⁸ ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้เนื้อหาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรและโรคไตเรื้อรัง และจำนวนข้อคำถามเพื่อให้ตรงและครอบคลุมกับงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ เป็นแบบตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวม 25 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ลักษณะเป็นข้อคำถาม แบบมาตราส่วน (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ทักษะด้านการสื่อสาร 2) ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะด้านการตัดสินใจ 4) ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 5) ทักษะด้านการจัดการตนเอง ทักษะแต่ละด้านจำนวน 5 ข้อ รวม 25 ข้อ คะแนนเต็ม 150 คะแนน แปลผลโดยอ้างอิงตามเปอร์เซ็นต์ของคะแนนที่ได้ตามแบบประเมิน 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561¹⁸ นำมาคำนวณเพื่อแปลความหมายตามเกณฑ์ดังนี้

ค่าคะแนน 5-89 คะแนน (<60%)

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ (ไม่ดี)

ค่าคะแนน 90-109 คะแนน (≥60%-70%)

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้

ค่าคะแนน 110-119 คะแนน (≥70%-<80%)

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (ดี)

ค่าคะแนน 120-150 คะแนน (≥80%)

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงมาก (ดีมาก)

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเกิดจากการเรียนรู้ เข้าใจ และการปฏิบัติ ถ้าความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น¹⁹ โดยอ้างอิงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561¹⁸ ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้เนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรและโรคไตเรื้อรัง และจำนวนข้อคำถามเพื่อให้ตรงและครอบคลุมกับงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และการประเมินพฤติกรรมในการตัดสินใจใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมในการตัดสินใจใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็นข้อคำถาม แบบมาตราส่วน (Likert Scale) 5 ระดับจำนวน 10 ข้อ โดยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเต็ม 50 คะแนน แปลผลโดยอ้างอิงตามเปอร์เซ็นต์ของคะแนนที่ได้ตามแบบประเมิน 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปฉบับปรับปรุงปี 2561¹⁸ นำมาคำนวณได้ตามเกณฑ์ดังนี้

ค่าคะแนน 5-29 คะแนน (<60%)

มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี

ค่าคะแนน 30-34 คะแนน (≥60%-70%)

มีพฤติกรรมสุขภาพพอใช้

ค่าคะแนน 35-39 คะแนน (≥70-<80%)

มีพฤติกรรมสุขภาพดี

ค่าคะแนน 40-50 คะแนน (≥80%)

มีพฤติกรรมสุขภาพดีมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยมีการพัฒนาจาก

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทปิม ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ซึ่งประกอบด้วย การสนทนา ส่งข้อมูล คลิปวิดีโอและคำถามที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 9 ชุด ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ทุกกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลรายบุคคล (Individual) โดยมีระยะเวลากิจกรรม 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับคำอธิบายขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร และพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง (ทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน) หลังจากนั้น กลุ่มทดลองได้ชมคลิปวิดีโอเกี่ยวกับสมุนไพรคืออะไร ระยะของโรคไตสมุนไพรที่ทำให้ไตเสื่อมและผู้ป่วยโรคไตควรหลีกเลี่ยง ตอบคำถามทบทวน (ส่งเสริมทักษะด้านความรู้ความเข้าใจและการสื่อสาร) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือคำแนะนำจากพยาบาลคลินิกโรคไตเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองชมคลิปวิดีโอ หมอพยาบาลบอก ไตพังเพราะฟังโฆษณา เรียนรู้เรื่องการค้นหาข้อมูล จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ตอบคำถามทบทวน (ส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ)กลุ่มควบคุมไม่มีกิจกรรมเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองชมคลิปวิดีโอ ซ้ำอีกนิด คิดว่าคงได้ฟอกไต รู้ตัวอีกครึ่งไตก็พังเสียแล้ว สมุนไพรสู่การฟอกไต และตอบคำถามทบทวน (ส่งเสริมทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล) กลุ่มควบคุมไม่มีกิจกรรมเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองชมคลิปวิดีโอ กินอย่างไรให้ไตดี ตอบคำถามทบทวน การวางแผนเป้าหมายในการดูแลสุขภาพการใช้สมุนไพร และสรุปการเรียนรู้ (ส่งเสริมทักษะด้านการจัดการตนเอง) กลุ่มควบคุม ไม่มีกิจกรรมเพิ่มเติม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

สัปดาห์ที่ 5-7 ระหว่างรอประเมินผล ผู้วิจัยส่ง คลิปวิดีโอชุดเดิม ได้แก่ สมุนไพรคืออะไร ระยะของ โรคไต สมุนไพรที่ทำให้ไตเสื่อมและผู้ป่วยโรคไตควร หลีกเลี่ยง หอมยามาบอก ไตพังเพราะฟังโฆษณา กระตุ้นเป็นระยะ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยน เรียนรู้จากกิจกรรมในโปรแกรมฯ ที่ได้รับ เปิดโอกาส ให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่ม ควบคุม ไม่มีกิจกรรมเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผล โดยกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ได้ตอบแบบประเมินความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการใช้สมุนไพร และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่เป็นแบบประเมิน ทั้งหมดมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาล อายุรแพทย์ เกษัตริกร และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรังและความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ได้ค่า S-CVI = 0.91 เท่ากันทุกชุด จาก นั้นได้นำไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะ คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาความ เชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า ความเชื่อมั่น = 0.94 เท่ากันทั้งสองชุด ส่วนโปรแกรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านดังกล่าว ได้นำมาปรับตาม ข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้เป็นโรค ไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้ค่า S-CVI = 0.91 ค่า I-CVI = 1.0 ค่าความเชื่อมั่น = 0.94 นำไปใช้กับ กลุ่มตัวอย่างต่อไป

1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ค่า S-CVI = 0.91 ค่า I-CVI = 1.0 ค่าความเชื่อมั่น = 0.94

2. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็น โรคไตเรื้อรัง ค่า S-CVI = 0.91 ค่า I-CVI = 1.0 ค่าความเชื่อมั่น = 0.94

3. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ค่า S-CVI = 0.91 ค่า I-CVI = 1.0 ค่าความเชื่อมั่น = 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

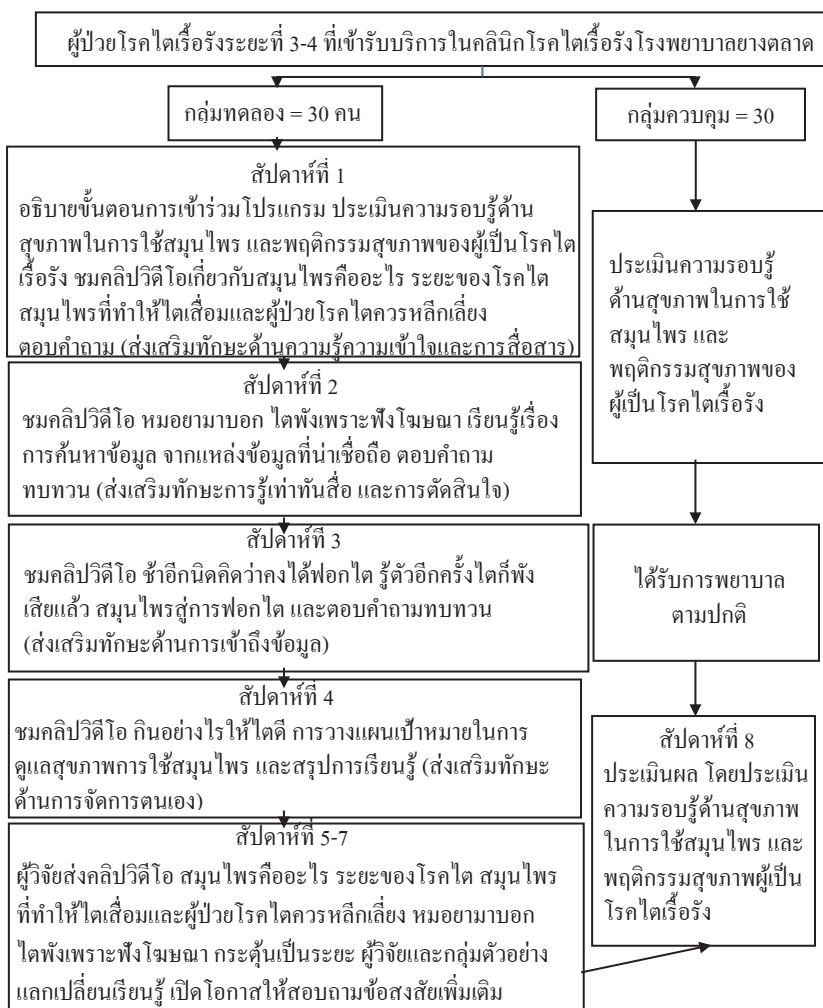
ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาล วิชาชีพ ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยางตลาด ผู้ช่วยวิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ทุกชั้น ตอน และได้รับการฝึกจากผู้วิจัย จนสามารถอธิบาย ย้อนกลับเกี่ยวกับงานวิจัยในครั้งนี้ได้อย่างถูกต้อง และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบ ประเมินพฤติกรรมการตัดสินใจใช้สมุนไพรของผู้เป็น โรคไตเรื้อรังกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมี ทักษะในการเก็บข้อมูลมากยิ่งขึ้นเพื่อช่วยเก็บ รวบรวมข้อมูล และขอคำยินยอมอาสาสมัคร สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนการทดลอง (Pre- test) ตามแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง และแบบประเมิน พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตาม ปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง การ ติดตามอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งมีการ นัดเป็นวันอังคารสัปดาห์ที่ 1 หรือ 3 ของเดือน เพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนข้อมูล และกำหนดให้

ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง ก่อนทดลอง และหลังการทดลองเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองในสัปดาห์ที่ 8

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ การติดตามอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งมี

การนัดวันอังคาร สัปดาห์ที่ 2 หรือ 4 ของเดือน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนถ่ายถอดข้อมูลกับกลุ่มควบคุม ส่วนกิจกรรมในโปรแกรม ผู้วิจัยใช้สื่อในการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก พร้อมทั้งเป็นผู้กระตุ้นในการตอบคำถาม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพชัดเจนยิ่งขึ้น ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652039 เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2565 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการศึกษานี้ตามหลักจริยธรรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลต่อการรักษา ผู้วิจัยเน้นเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for windows version IBM SPSS Statistics 28 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้ Kolmogorov – Smirnov Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 95% พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) และใช้สถิติเชิงบรรยายวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test สถิติ Fisher's exact test และ

สถิติทดสอบที่ (t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Paired sample t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (Independent sample t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ($p < .001$) เมื่อดูข้อมูลอย่างละเอียดพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมร้อยละ 63.3 ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 93.4 ร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.35 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป กลุ่มทดลองร้อยละ 40 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.7 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมร้อยละ 60 สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองร้อยละ 83.3 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองร้อยละ 36.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.7 ดังตารางที่ 1

2. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองไม่แตกต่างกันกับก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.654 ^c
ชาย	14	46.7	18	60	
หญิง	16	53.3	12	40	
อายุ					.753 ¹
41-60	10	33.3	13	43.3	
61 ปีขึ้นไป	20	66.7	17	56.7	
อายุเฉลี่ย (SD)	61.93 (8.29)		63.93 (8.59)		
สถานภาพสมรส					.736 ^c
โสด	3	10	3	10	
หม้าย/หย่าร้าง	2	6.7	8	26.7	
สมรส	25	83.3	19	63.3	
ระดับการศึกษาสูงสุด					.060 ^c
ประถมศึกษา	15	50	18	60	
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	33.3	6	20	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.3	3	10	
ปริญญาตรี	4	13.4	3	10	
อาชีพ					.105 ^c
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	46.7	19	63.3	
ประกอบอาชีพ	16	53.3	11	36.7	
โรคประจำตัว					.957 ^c
เบาหวาน	11	36.7	14	46.7	
ความดันโลหิตสูง	3	10	4	13.4	
เบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	3	10	9	30	
โรคอื่น ๆ	1	3.3	2	6.6	
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	12	40	1	3.3	

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง					
1-5 ปี	28	93.4	24	80	.186 ¹
> 6 ปี	2	6.6	6	20	
ระยะเวลาเฉลี่ย (SD)	2.23 (1.74)		3.77 (2.87)		

*P < .001

c ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test t ทดสอบด้วยสถิติ Independent Sample t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรและพฤติกรรมสุขภาพ ภายใน
กลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

ค่าเฉลี่ย	กลุ่มทดลอง (n=30)				t	P-value	กลุ่มควบคุม (n=30)				t	P-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ค่าคะแนน รอบรู้ด้านสุขภาพ ในการใช้สมุนไพร	89.83	13.80	123.83	13.20	23.61	<.001*	89.57	13.77	89.10	13.56	1.82	.080
ค่าคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ	29.57	5.50	40.37	3.57	9.92	<.001*	29.97	5.73	29.80	4.77	.148	.884

*P < .01

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ
ในการใช้สมุนไพรและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการ
ใช้สมุนไพรและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

ค่าเฉลี่ย	หลังการทดลอง				t	P-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	(n=30)	(n=30)	(n=30)	(n=30)		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร	123.83	13.20	89.10	13.56	10.05	<.001*
ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	40.37	3.57	29.80	4.77	9.71	<.001*

*P < .01

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนตามรายด้านทั้งสอง กลุ่มพบว่า หลังการทดลองคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรทุกด้านมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ยกเว้นด้านทักษะความรู้ความเข้าใจที่ไม่พบความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองรายด้าน (n = 30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง							
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)			(n = 30)	(n = 30)				
	Mean	SD	Mean	SD			Mean	SD	Mean	SD		
1.ความรู้ความเข้าใจ	21.83	1.93	21.97	2.08	-0.441	.662	22.20	2.31	21.50	1.99	1.256	.214
2.การสื่อสาร	13.17	3.38	13.63	3.34	-1.439	.161	19.63	2.92	13.90	3.45	6.952	<.001*
3.การเข้าถึงข้อมูล	13.43	3.20	13.00	3.17	-0.911	.370	19.47	3.10	12.07	3.50	8.659	<.001*
4.การรู้เท่าทันสื่อ	12.40	3.29	12.77	3.04	1.060	.298	20.20	2.93	12.23	2.70	10.954	<.001*
5.การตัดสินใจ	14.70	3.43	14.13	2.81	1.255	.219	21.13	2.33	13.90	2.55	11.467	<.001*
6.การจัดการตนเอง	15.73	3.19	15.80	3.65	-0.162	.873	22.20	2.31	15.43	2.73	10.374	<.001*

*P < .01

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในการใช้สมุนไพรเพิ่มขึ้น ค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรและค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อศึกษาเป็นรายด้านพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรทุกด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่าของกลุ่มควบคุมด้วย ยกเว้นด้านความรู้ความเข้าใจที่ไม่พบความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมประกอบด้วย คลิปวิดีโอและคำถามที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะความรู้ความเข้าใจ เรียนรู้ระยะของโรคไต ปริมาณโซเดียม โปรตีน ที่เหมาะสมต่อวัน ความรู้เฉพาะโรค สมุนไพรที่มีผลต่อโรคไตเรื้อรัง 2) ทักษะการสื่อสาร ฝึกฟังคลิปวิดีโอ สรุปข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและถ่ายทอดได้ถูกต้อง 3) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทราบแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือทันสมัย 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การเลือกรับสื่อ วิเคราะห์สื่อโฆษณา 5) ทักษะการตัดสินใจ ให้ข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคไต ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย 6) ด้านการจัดการตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมน้ำตาลในเลือด การจำกัดการรับประทาน ปริมาณโซเดียม และโปรตีน เพื่อชะลอไตเสื่อม การ

หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น ดังนั้นกิจกรรมในโปรแกรมฯ เหมาะสมและส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งวิธีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี แสตคง และคณะ ที่มีการใช้สื่อออนไลน์ และการศึกษาของศิริณา วรณประเสริฐ และคณะ²⁰ Masoud Bahrami และ Marjan Aboudzadeh Behbahani²¹ Kazuki Uemura และคณะ²² เกี่ยวกับโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พบว่าโปรแกรมสามารถทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นได้ ส่วนระยะเวลาของกิจกรรมนาน 4 สัปดาห์ และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 4 สัปดาห์ รวม 8 สัปดาห์ เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมและประเมินผลซ้ำ มีช่วงเวลาให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความเข้าใจ เพื่อคงไว้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหลังมีความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรทั้ง 5 ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิขญา กังซ่าและคณะ²³ และ Andrea Begley และคณะ²⁴ อย่างไรก็ตาม ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองยังมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพร ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการรู้เท่าทันสื่อในระดับต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมทั้งสองด้านนี้เพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อระดับความรู้ด้านสุขภาพมีระดับสูงเพียงพอ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพร จันทะพฤกษ์ และ ลักษณ์า ชอบเสียง ที่ได้

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 4¹³ เกตุณรินทร์ บุญคล้าย และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 4¹⁵ ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย รวมถึงผลการศึกษาของอภิชญา กังช้า และคณะ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรม สูงกว่าก่อนทดลอง²³

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ไม่มีผลต่อระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้าน ความรู้ความเข้าใจในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ในส่วนของด้านทักษะการสื่อสาร การเข้าถึง ข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีผลให้ มีระดับคะแนนที่สูงขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมและนำไปปรับใช้เพื่อเป็น ประโยชน์ในดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 อาจต้องปรับเปลี่ยนเนื้อหาเพิ่มเติมให้มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกระยะได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้า ประเมินผลเพียงพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้สมุนไพรเท่านั้น ควรเพิ่มระยะเวลา เป็น 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีการประเมินผลตัวแปรทางคลินิกเพิ่มเติมในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ข้อจำกัดในงานวิจัย

ในผู้ที่ไม่มีสมาร์ตโฟน หรืออยู่ในชุมชนที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ยาก ควรมีการจัดทำสื่อที่ใช้ได้กับทุกกลุ่มที่ไม่ต้องผ่านช่องทางออนไลน์เพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำในการศึกษา และขอบคุณงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน. ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Shlipak MG, Tummalaipalli SL, Boulware LE, Grams ME, Ix JH, Jha V, et al. The case for early identification and intervention of chronic kidney disease: conclusions from a Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) controversies conference. *Kidney Int* 2021; 99(1):34-47.
2. The nephrology society of Thailand. annual report. Thailand renal replacement therapy [Internet]. [cited 2021 August 1]. Available from: <https://www.nephrothai.org/annual-report-thailand-renal-replacement-therapy>. (In Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

3. Ministry of public health. Service plan chronic kidney disease. [Internet]. [cited 2021 July 28]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (In Thai)
4. Yangtalad Hospital. Medical record. [Internet]. [cited 2021 July 28]. Available from: <https://yth.go.th/ythweb>. (In Thai)
5. Kidney disease improving global outcomes. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl* 2013; 3: 5-14.
6. Alanizy L, Almatham K, Basheer AA, Alfayyad I. Complementary and alternative medicine practice among saudi patients with chronic kidney disease: a cross-sectional study. *Int J Nephrol Renovasc Dis* 2020; 13: 11-8.
7. Silarak T, Piyabunditkul L, Kittipichai W. Predictive factors of chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus at Sisaket province. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2020;40(2):109-21. (In Thai)
8. Konkaew P and Suphunnakul P. Risk behaviors of chronic kidney disease: perspectives of patients with chronic kidney disease. *Thai Journal of Public Health* 2019;49(3):314-24. (In Thai)
9. Mohammadi S, Asghari G, Emami-Naini A, Mansourian M, Badri S. Herbal Supplement Use and herb-drug interactions among patients with kidney disease. *J Res Pharm Pract* 2020;9(2):61-7.
10. Sri Laasya TP, Thakur S, Poduri R, Joshi G. Current insights toward kidney injury:decrypting the dual role and mechanism involved of herbal drugs in inducing kidney injury and its treatment. *Current Research in Biotechnology* 2020; 2: 161-75.
11. Hsieh CF, Huang SL, Chen CL, Chen WT, Chang HC, Wu ML, et al. Increased risk of chronic kidney disease among users of non-prescribed Chinese herbal medicine in Taiwan. *Prev Med* 2012;55(2):155-9.
12. Nutbeam, D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies. *Int J Environ Res Public Health* 2009;54:303-5.
13. Janthapuek J, Chopsiang L. Relationships between health literacy and self-care behaviors to delay the progression of chronic kidney disease among patients with chronic kidney disease stages1 and 2. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2020;14(34):243-58. (In Thai)
14. Chen YC, Chang, L, Liu C, Ho Y, Weng S, Tsai T. The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *J Nurs Scholarsh* 2018;50(3):265-75
15. Bunklai K, Kanoksuntonrat N, Phinitkhonjorndech N. Relationship between health literacy, self care behaviors and glomerular filtration rate among patients with chronic kidney disease stage 3-4. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2020;12:225-39. (In Thai)
16. Nutbeam D. Health literacy as public health goal:Challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15(3):259-67.
17. Saedkong P, Potchana R, Wayo W, Klungklang R. Effects of using Hugtai application on health literacy among patients with diabetes type 2, hypertension, and chronic kidney disease stage 3 at Wat Nong Weang Pra-arاملuang primary care unit in Khon Kaen. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020;7(3):195-206. (In Thai)

18. Health education division. health literacy assessment form and health behaviors [Internet]. [cited 2021 July 20]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/index>. (In Thai)
19. Norasing M, Thanomphan S. Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakornping hospital. *Journal of Nakornping Hospital* 2019;10(1):35-50. (In Thai)
20. Wanprasert S, Moolsart S, Jantacumma N. The effectiveness of a health literacy developmental program in a pre-hypertension group with overweight. *Journal of Nursing, Public Health and Education* 2019;20(2):92-104. (In Thai)
21. Bahrami, M, Behbahani MA. The effect of a health literacy promotion program on the level of health literacy and death anxiety in women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2019;24(4):286-90.
22. Uemura, K, Yamada M, Okamoto H. The effectiveness of an active learning program in promoting a healthy lifestyle among older adults with low health literacy: a randomized controlled trial. *J Diabetes Investig* 2021;67:25-3.
23. Kongsa A, Boonyamalik P, Kerdmongkol P. Effects of health literacy promoting program on blood pressure control behaviors among elderly with hypertension. *Kuakarun Journal of Nursing* 2020;27(2):90-102. (In Thai)
24. Begley A, Paynter E, Butcher LM, Dhaliwal SS. Effectiveness of an adult food literacy program. *Nutrients* 2019;11(797):1-15.

การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วันเพ็ญ แววีร์คุปต์¹ สด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

นภาเพ็ญ จันทขัมมา² สด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

นงนุช เขาวนศิลา³ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)

จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ⁴ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ดวงพร ผาสสุวรรณ⁵ สด.ม. (ประชากรศาสตร์)

เรียม นมรักษ์⁶ ปร.ด. (สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

พิมพ์สกราว์ จันทนะโสถ์⁷ Ph.D. (Nursing)

เกณิกา จงชัยภักดิ์⁸ พย.บ.

บทคัดย่อ: งานวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดฯ จากความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และวิธีการทดสอบสมมติฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคร้สแควร์ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลพบว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การสื่อสารด้านสุขภาพ 3) การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) ความรู้และความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมดนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.80 – 1.00 ค่าความตรงขององค์ประกอบ 5 ด้านแรก มีค่าอยู่ระหว่าง 0.85 – 0.92 ส่วนองค์ประกอบด้านที่ 6 พบว่า มีค่าความเที่ยง 0.78 อำนาจจำแนก ระหว่าง 0.44 – 0.92 และ ค่าความยากง่ายระหว่าง 0.24 – 0.72 ผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า แบบวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าไคร้สแควร์ 324.23, df 175, p-value < .001 ค่ารากของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) 0.05 เมื่อทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับดี ยกเว้นองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ถึงร้อยละ 32.75 ดังนั้นควรนำแบบวัดนี้มาใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 104-119

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความดันโลหิตสูง วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

^{1 3 5 6 7} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ผู้รับผิดชอบหลัก; E-mail: napaphen.ja@gmail.com

⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

⁸ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต. หุ่นขวาง ต. หุ่นขวาง อ. กำแพงแสน จ. นครปฐม

วันที่รับบทความ 31 มกราคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 15 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 16 พฤษภาคม 2566

Development of a Health Literacy Scale for Persons with Hypertension

Wanpen Waelveerakup¹ Dr.P.H. (Public Health Nursing)

Napaphen Jantacumma² Dr.P.H. (Public Health Nursing)

Nongnutch Chowsilpa³ M.N.S. (Medical and Surgical Nursing)

Jutatip Tepsuwan⁴ M.N.S (Adult Nursing)

Duangporn Phasuwan⁵ M.A. (Demography)

Riam Namarak Ph.D.⁶ (Applied Behavioral Science Research)

Pimsupa Chandanasotthi⁷ Ph.D. (Nursing)

Kenika Jongchaipuk⁸ B.N.S.

Abstract: This research and development aimed to 1) develop a health literacy scale for persons with hypertension, and 2) examine the quality of the health literacy scale with construct validity by using confirmatory factor analysis and by means of hypothesis testing. The participants were 400 persons with hypertension selected by multi-stage random sampling. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, and confirmatory factor analysis. Results showed that the health literacy scale for persons with hypertension comprised six components: 1) access to health information and health services, 2) communication about health, 3) appraisal and decision-making for practice, 4) self-management, 5) media and information literacy, and 6) knowledge and understanding of the hypertension disease. The content validity of the health literacy scale was between 0.80 – 1.00. The validity of the first five components was between 0.85 – 0.92 while the sixth component, knowledge and understanding of the hypertension disease scale had a reliability value of 0.78, discrimination between 0.44 – 0.92, and difficulty between 0.24 – 0.72. The results of the construct validity test using confirmatory component analysis showed that the scale was consistent with the empirical data with a Chi-square value of 324.23, df = 175, p-value < .001, and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.05. Examination by hypothesis testing method showed that the overall score was at a good level except for the component in access to health information and health services which was at a poor level of 32.75 percent. This scale should be used to further assess the health literacy of persons with hypertension.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 104-119

Keywords: health literacy, hypertension, confirmatory factor analysis

^{1 3 5 6 7} Assistant professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom Province

² Assistant professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University; Corresponding author, E-mail: napaphen.ja@gmail.com

⁴ Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom Province

⁸ Registered Nurse, Thung Kwang Subdistrict Hospital, Thung Kwang Subdistrict, Kamphaeng Saen District, Nakhon Pathom Province

Received Jan 31, 2023; Revised May 15, 2023; Accepted May 16, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกหนึ่งคนในสามคนมีภาวะความดันโลหิตสูง¹ กอรปกับจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกสูงมากถึงพันล้านคน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.04 พันล้านคน (ประมาณ 72% ของประชากรความดันโลหิตสูงทั่วโลก) อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง² ในประเทศไทยสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จากปี พ.ศ. 2559-2563 เพิ่มขึ้นจาก 7,930 คน เป็น 9,303 คน³ ขณะที่อัตราผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน จากปี พ.ศ. 2559-2563 เพิ่มขึ้นจาก 143.02 คน เป็น 154.05 คน⁴ ประชากรกลุ่มอายุ 30-79 ปีป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน ขณะที่ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้ 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁵

โรคความดันโลหิตสูงสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นของการเกิดโรค และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้เป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จนถึงอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้น การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง ด้วยความรู้ด้าน

สุขภาพเป็นทักษะต่าง ๆ ของการรับรู้ทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพ⁶ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความยากต่อการทำความเข้าใจและการใช้ข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของบุคลากรที่มสุขภาพ⁷ เกิดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้ จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรค⁸ จึงได้มีการกำหนดให้มีการรณรงค์เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถลดและควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ดีมากขึ้น

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam)^{9,10} อธิบายความรู้ด้านสุขภาพโดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ และวิจรรย์ญาณ ร่วมกับองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) การสื่อสารด้านสุขภาพ 4) การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ซึ่งการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้สุขภาพในประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวที่ชัดเจนและครอบคลุม เพื่อให้เกิดการพัฒนาได้อย่างสอดคล้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพรายโรคและรายบุคคล

การที่จะทราบว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับใดจำเป็นต้องมีแบบวัดที่มีเหมาะสม ประเทศไทยมีแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ แบบวัด “ABCDE – HL Scale of Thai Adults ตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง” ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยเพราะเป็นแบบวัดที่พัฒนาสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เกิดโรค ขณะที่แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thai Health Literacy Scales)¹⁰ เหมาะสำหรับการใช้กับบุคคลทุกกลุ่มวัย ซึ่งแบบวัดทั้งสองชุดนี้มีข้อจำกัดในการใช้สำหรับการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่ากลุ่มเสี่ยงหรือบุคคลทั่วไป ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับโรค เพื่อทราบถึงความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน สามารถนำมาเป็นข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งหกมิติ และสามารถระดับของการมีความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. แบบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีลักษณะอย่างไร
2. คุณภาพของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีมากน้อยเพียงใด ในมิติความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและวิธีการทดสอบสมมติฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และวิธีการทดสอบสมมติฐาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & development) ดำเนินการวิจัยในพื้นที่จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างของการพัฒนาโครงสร้างเครื่องมือ จำนวน 5 คน และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และโดยวิธีการทดสอบสมมติฐาน จำนวน 400 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนเมืองกึ่งชนบท ในจังหวัดนครปฐม ที่ขึ้นทะเบียนมารับบริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งสิ้น 72,263 คน¹¹

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 400 คน โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของทำโรยามาเน¹² ตามสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N คือ ขนาดของประชากร และ e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 398 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งสิ้น 400 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยใช้โปรแกรมสุ่ม ได้ผลดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอได้ 3 อำเภอ จากจำนวน 7 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลจากแต่ละอำเภอ ทั้ง 3 อำเภอ เป็น 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลทุ่งขวาง วังน้ำเขียว สระกะเทียม โพรงมะเตือ บางปลา และบางระกำ ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลละ 66-67 คน จนครบ 400 คน โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) อายุ 35 ปี ขึ้นไป 3) ไม่มี ประวัติโรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมาแต่กำเนิด หรือ จากการติดเชื้อเอชไอวี 4) ไม่มีประวัติป่วยเป็น โรคโควิด-19 หรือ เคยป่วยและรักษาหายแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 5) ได้รับวัคซีนป้องกันโรค โควิด-19 มาแล้ว อย่างน้อย 1 เข็ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวัด ประเมินผลและการพัฒนาเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน เพื่อประเมินความตรงของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประเมินรายข้อคำถามว่ามีความชัดเจน สอดคล้อง ความเหมาะสมด้านภาษา และครอบคลุมแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ

2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะ

เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบ โดยกำหนดคำตอบไว้ 5 ตัวเลือก คือ ระดับความเป็นจริงมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก มีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน ส่วนอีก 1 ด้าน คือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบถูก หรือ ผิด ดังนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

ด้านที่ 2 การสื่อสารด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ด้านที่ 3 การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหมั่นสังเกตและควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตามเป้าหมายในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบและประเมินข้อมูลข่าวสารจากสื่อและสารสนเทศ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ บอกต่อหรือชี้แนะข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้อื่นได้

ด้านที่ 6 แบบวัดความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวัดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้าตอบใช่ ให้คะแนน 1 ถ้าตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 0

การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม และ ทบทวนกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรและองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดข้อคำถาม ผ่านการให้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาเครื่องมือและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลโรคเรื้อรัง

2. ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของ “แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” โดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านความดันโลหิตสูง ความรอบรู้สุขภาพและการวัดและประเมินผลจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของข้อคำถาม ความสอดคล้องกับแนวคิด และความชัดเจนของข้อคำถาม โดยปรับจนกระทั่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เหมาะสม โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 คะแนน

3. ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพความเหมาะสมของเครื่องมือจากความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ของเครื่องมือ

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่ การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และ นำแบบวัดที่พัฒนาขึ้นไปประเมินความรอบรู้สุขภาพกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดนครปฐม

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้อยู่ภายใต้แผนงาน “การยกระดับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิด้วยนวัตกรรมปัญญาประดิษฐ์: ชุดนวัตกรรมการบริการโรคเรื้อรังด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์และหุ่นยนต์ต้นอ้อย” ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม หมายเลขรับรอง COA No. 014/2022 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกประการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีผู้สูงอายุมีการตัดกรองความสามารถในการรับรู้เบื้องต้นด้วยการสอบถามชื่อ วัน เดือน ปี ที่อยู่และสภาพอากาศ หากมีความบกพร่องทางการรับรู้จะถูกคัดออกและเลือกรายชื่อลำดับต่อไปขึ้นมทดแทน กรณีที่ไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 6 คน ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้แบบสอบถาม เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาชี้แจงและสอบถามประมาณ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคร้สแควร์ และวิเคราะห์คุณภาพของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วย CFA

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปิม^{9,13} เพื่อประเมินทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลและองค์ประกอบ 6 ด้าน รวมจำนวน 32 ข้อคำถาม ประเมินความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ ด้านที่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) การสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 3) การประเมินและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ 4) การจัดการตนเอง จำนวน 4 ข้อ และ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 4 ข้อ แบบวัดด้านที่ 1-5 คำตอบเป็นการให้เลือกตอบตามการรับรู้ความรู้สึก ความเที่ยง ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง แบ่งเป็น 5 ระดับ

(rating scale) ตามความเป็นจริง ตั้งแต่ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และ ด้านที่ 6) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้เกิดความรอบรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปิม^{9,13} โดยองค์ประกอบด้านที่ 6 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้แยกวิเคราะห์ออกมาจากองค์ประกอบ 5 ด้านแรก เนื่องจากมีมาตรวัดเพียง 2 ระดับ คือใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยใช้คำถามจำนวน 9 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

2. คุณภาพของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของแบบประเมิน (Reliability)

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผลการตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 คะแนน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80 คะแนน มีการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมทุกข้อคำถาม ทีมผู้วิจัยได้นำแบบวัดที่ปรับแก้ข้อคำถามแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับตัวอย่างการวิจัยจำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของแบบวัดด้านความเที่ยงของเครื่องมือโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังแสดง

ในตารางที่ 1 โดยที่ค่าความเที่ยงของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 ด้านอยู่ระหว่าง 0.85 – 0.93 ขณะที่ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความเที่ยง 0.78 ค่าอำนาจจำแนก (ค่า p) อยู่ระหว่าง 0.44

– 0.92 และค่าความยากง่าย (ค่า r) อยู่ระหว่าง 0.24 – 0.72 แสดงถึงแบบวัดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีความเหมาะสม ในระดับที่ยอมรับได้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยง (α , KR-20) อำนาจจำแนก (p) และความยากง่าย (r) ของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5 ด้าน และด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	α	KR-20	p	r
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.92	-	-	-
ด้านที่ 2 การสื่อสารด้านสุขภาพ	0.93	-	-	-
ด้านที่ 3 การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	0.87	-	-	-
ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง	0.87	-	-	-
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.85	-	-	-
ด้านที่ 6 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	-	0.78	0.44 – 0.92	0.24 – 0.72

2.2 การวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง

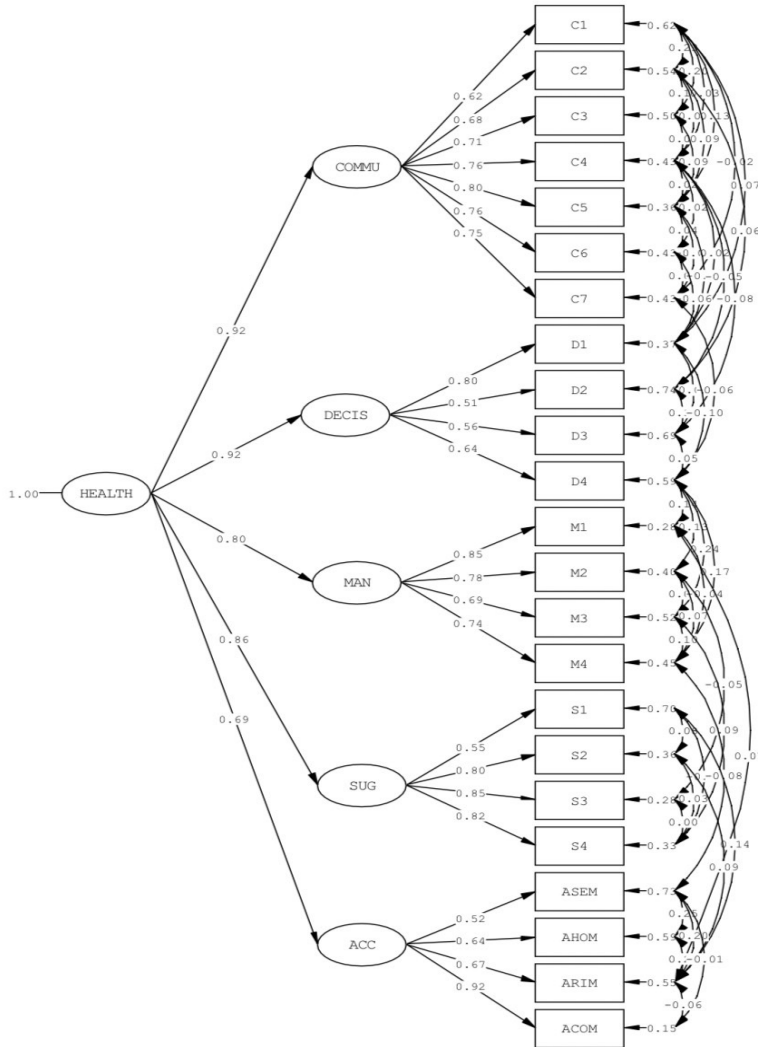
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (first-order confirmatory factor analysis) เป็นการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนันทิม^{9, 13} ซึ่งทราบโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปร จึงใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมาตรวจสอบหรือยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าวโดยเลือกใช้การวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาคพบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เมื่อทำการปรับแบบ

จำลอง (modification model) โดยพิจารณาจากดัชนีการปรับร่วมกับพิจารณาแนวคิดทฤษฎีและความเหมาะสมของข้อคำถาม และพิจารณาเฉพาะคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป¹³ และทำการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง จึงได้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความตรงเชิงโครงสร้าง ซึ่งมีเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ ($\chi^2 = 888.02$, $df = 284$, $p\text{-value} < .001$, $RMSEA = 0.07$) ที่ยังมีองค์ประกอบครบทั้ง 5 ด้านซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดของนันทิม^{9, 13} ข้อคำถามทุกข้อคำถามมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ตั้งแต่ 0.51 – 0.91 และทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ห้องศ์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (second-order confirmatory factor analysis) พบว่าแบบจำลองโครงสร้างของการวัด 5 องค์ประกอบที่วัดตัวแปรแฝง “ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง” ร่วมกัน พบว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($\chi^2 = 324.23$, $df = 175$, $p\text{-value} < .001$, $RMR = 0.05$, $RMSEA = 0.05$) ดังภาพที่ 1



$\chi^2 = 324.23$, $df = 175$, $p\text{-value} < .001$, $RMSEA = 0.05$

ภาพที่ 1 แบบจำลองโครงสร้างแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ตัวย่อ ACC หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, COMMU หมายถึง การสื่อสารด้านสุขภาพ, DECIS หมายถึง การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ, MAN หมายถึง การจัดการตนเอง, SUG หมายถึง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ส่วนอักษรย่อในกรอบสี่เหลี่ยมด้านขวามือ คือ ข้อคำถามย่อยในแต่ละองค์ประกอบ)

การตรวจสอบความสอดคล้องภายใน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบวัดมีความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 และมีความเที่ยงของแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.90 โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่าความเที่ยง ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.84 2) การสื่อสารด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.90

3) การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เท่ากับ 0.76 4) การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.86 และ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เท่ากับ 0.84 กล่าวได้ว่าองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านสามารถเป็นองค์ประกอบการวัดของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับที่ดีที่ยอมรับได้ทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าคุณภาพของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (5 ด้าน 23 ข้อ)	จำนวน ข้อ	คะแนน เต็ม	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ความเที่ยง (Cronbach's alpha)	น้ำหนักองค์ประกอบ
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (ACC)	4	100	0.47 - 0.59	0.84	0.52 - 0.92
ด้านที่ 2 การสื่อสารด้านสุขภาพ (COMMU)	7	35	0.44 - 0.65	0.90	0.62 - 0.80
ด้านที่ 3 การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (DECIS)	4	20	0.39 - 0.45	0.76	0.51 - 0.80
ด้านที่ 4 การจัดการตนเอง (MAN)	4	20	0.58 - 0.65	0.86	0.69 - 0.85
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (SUG)	4	20	0.39 - 0.52	0.84	0.55 - 0.85

เมื่อพิจารณาค่าความเที่ยงในการวัดตัวแปรแฝง (construct reliability: CR) โดยพิจารณาจากค่าที่ได้ต้องมากกว่า 0.70 ซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกว่ามีความเที่ยงสูง¹⁴ พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.90 โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.69 2) การสื่อสารด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.92 3) การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เท่ากับ 0.92 4) การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.80 และ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เท่ากับ 0.86 ซึ่งตามเกณฑ์ของแฮร์และคณะ¹⁴ สะท้อนว่าแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความเที่ยงทั้งฉบับ

และรายองค์ประกอบ รวมทั้งความเที่ยงในการวัดตัวแปรแฝงของแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับที่ดี

2.3 ตรวจสอบคุณสมบัติของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการทดสอบสมมุติฐาน

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติโดยของแบบวัดความรอบรู้เป็นการทำความเข้าใจในคุณสมบัติของเครื่องมือประเภทต่าง ๆ ที่ต้องผ่านการตรวจสอบหรือประเมินก่อนการนำไปใช้ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบวัดที่พัฒนาครั้งนี้ มีการแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของ

กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ที่กำหนดไว้ 4 ระดับ คือ

คะแนนรวม น้อยกว่าร้อยละ 60 แปลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรู้ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค

คะแนนรวม ร้อยละ 60 - 69 แปลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรู้เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคได้ถูกต้องบ้าง

คะแนนรวม ร้อยละ 70-79 แปลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรู้เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคได้ถูกต้อง

คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80-100 แปลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรู้ที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย

ผู้ตอบแบบประเมินเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 400 คนมีลักษณะทั่วไป ดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.25 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.55 (SD = 10.62) อายุต่ำสุด 40 ปี และสูงสุด 97 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.25 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 79.50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาเป็น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. มัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้เรียนหนังสือ อนุปริญญา/ปวส. และ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 6.75, 5.50, 5.25, 2.25, และ

0.75 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัว 3 ลำดับต้น คือ ระดับ 10,000-19,999 บาท 50,000-99,999 บาท และ 30,000-49,999 บาท เท่ากับ ร้อยละ 16.00, 16.00, และ 15.00 ตามลำดับ

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม พิจารณาจากค่าเฉลี่ยและคะแนนรวม เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 146.08, SD = 25.82) (ตารางที่ 3) และพิจารณาจากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีขึ้นไป (ตารางที่ 4) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน พบว่า องค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดี ถึงร้อยละ 32.75 ขณะที่องค์ประกอบอีก 4 ด้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ การจัดการตนเอง การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การสื่อสารด้านสุขภาพ และ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มากถึงร้อยละ 70.00, 61.50, 57.25, และ 48.75 ตามลำดับ ยกเว้นองค์ประกอบที่ 6 ความรู้และความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 และสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.77 (SD = 2.06) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในระดับพอใช้ (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจโรค อยู่ในระดับไม่ดี มากที่สุด คือ ร้อยละ 39.25 รองลงมาเป็นระดับพอใช้ ร้อยละ 23.50 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายด้าน (n = 400)

องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผลระดับของความรอบรู้
ความรอบรู้สุขภาพ (โดยรวม)	204	146.08	25.82	ดี
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	100	65.67	16.09	พอใช้
การสื่อสารด้านสุขภาพ	35	27.42	5.56	ดี
การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	20	15.69	3.26	ดี
การจัดการตนเอง	20	16.36	2.91	ดีมาก
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	20	14.70	3.68	ดี
ความรู้และความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง	9	5.77	2.06	พอใช้

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายด้าน (n = 400)

องค์ประกอบ	ไม่ดี		พอใช้		ดี		ดีมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้สุขภาพ (โดยรวม)	60	15.00	95	23.75	128	32.00	117	29.25
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	131	32.75	89	22.25	94	23.50	86	21.50
การสื่อสารด้านสุขภาพ	35	8.75	62	15.50	74	18.50	229	57.25
การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	64	16.00	23	5.75	67	16.75	246	61.50
การจัดการตนเอง	23	5.75	39	9.75	58	14.50	280	70.00
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	69	17.25	60	15.00	76	19.00	195	48.75
ความรู้และความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง	157	39.25	94	23.50	74	18.50	75	18.75

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบ 6 ด้านได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ ด้านการประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านความรู้และความเข้าใจโรค มีสอดคล้องกับแนวคิดของนันทปิม^{8,13} เมื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงดังตารางที่ 1 และ 2 พบว่ามีค่าความเที่ยงส่วนใหญ่ขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง 0.85

- 0.93 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์คือค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ควรมากกว่า 0.70¹⁴ ขณะที่องค์ประกอบด้านที่ 6 ข้อคำถามความรู้และความเข้าใจโรค มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.85 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ของการจำแนกรายข้อคือควรมีค่ามากกว่า 0.20 ขึ้นไป^{14,15} และความตรงของแบบวัดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าตัวแปรสังเกตมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) มากกว่า 0.30 ถือว่ามีความเหมาะสม¹⁶ โดยแบบวัดความรอบรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จากการสังเกตโดยตัวแปรแฝงทุกตัวสามารถนำไปประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้จริง หมายถึง แบบจำลองวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้จึงสามารถสรุปได้ว่าแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิด ทั้งในเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ครอบคลุมจำนวนข้อคำถามทั้ง 23 ข้อ และ องค์ประกอบที่ 6 ด้านความรู้และความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ และจากการตรวจสอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพทางด้านการวัด โดยมีค่าความตรงและความเที่ยงในระดับสูง ส่วนการพิจารณาความตรงเชิงเสมือน (convergent validity) โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของความแปรปรวนที่สกัดได้ (average variance extracted: AVE) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.64 - 0.77 โดยทุกองค์ประกอบผ่านเกณฑ์คือ มากกว่า 0.50 และวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรแฝงแต่ละองค์ประกอบ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.52 - 0.93 ทุกองค์ประกอบมีค่ามากกว่า 0.30 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก¹⁴ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thailand Health Literacy Scales)^{8,13} โดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 องค์ประกอบ และตรวจสอบเชิงโครงสร้างพบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างเชิงเนื้อหา กับข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ แบบวัดของความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ดีที่ยอมรับได้ในทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อเพิ่ม

องค์ประกอบที่ 6 เข้าไป พบว่า แบบวัดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีความครอบคลุมระดับการวัด ตั้งแต่ระดับ functional health literacy จนถึงระดับ critical health literacy เช่นเดียวกับแนวคิดของนักปี่ม^{9,13} ซึ่งยืนยันและแสดงให้เห็นโดยชัดเจนว่าแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพในด้านความสอดคล้องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสามารถนำไปวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้ควรมีการตรวจสอบคุณภาพหลังจากมีการนำเครื่องมือไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ส่วนผลการตรวจสอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อแยกตามองค์ประกอบด้านต่าง ๆ พบว่า องค์ประกอบด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก เป็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาสม่ำเสมอแล้ว เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและรับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเรื้อรังมาต่อเนื่อง¹⁷ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยวัย 35 ปี ขึ้นไป เมื่อได้เรียนรู้ในการดูแลตนเองจนเห็นความสำคัญแล้วจึงสามารถจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาระดับความรู้สุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ผลรวมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี¹⁸ ส่วนองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่า การประเมินองค์ประกอบด้านนี้ครอบคลุมทั้ง

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารตามวิถีชีวิตใหม่ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างอาศัยในชุมชนเมืองกึ่งชนบทที่มีวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรมไม่ได้ใช้เทคโนโลยีสื่อสารที่ทันสมัย เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ เป็นต้น จึงส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านนี้มีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ เช่นเดียวกับผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ภาพรวมประเทศ ในปี พ.ศ. 2560 ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีใน 3 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ (ร้อยละ 45.05) การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (ร้อยละ 76.64) และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (ร้อยละ 48.85)¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ วัฒนอมพันธ์ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.10⁸ นั่นคือสามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถจะนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานทางสถิติ มีความสอดคล้องกับแนวคิดความรู้สุขภาพของแนวคิดของนักปัทมทั้งในเชิงเนื้อหาและเชิงโครงสร้าง มีความจำเพาะกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรนำไปใช้ประเมินระดับความรู้สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคุณภาพดีตามหลักสถิติ มีคุณสมบัติเบื้องต้นที่สามารถนำไปใช้ได้ บุคลากรสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวัดและประเมิน หรือจัดทำกิจกรรมให้สอดคล้องและส่งเสริมความรู้ในด้านต่าง ๆ และควรได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติอื่น ๆ ต่อไป ได้แก่ การนำแบบทดสอบที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วทดสอบหาความเที่ยงในกลุ่มต่าง ๆ

2. ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยในองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสำคัญคือ 1) การสื่อสารด้านสุขภาพ และ 2) การประเมินและตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ดังนั้นบุคลากรที่ทำงานในด้านนี้ควรพิจารณาปัจจัยดังกล่าวว่ามีผลในพื้นที่ที่ดูแลหรือไม่ เพื่อสามารถจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะในด้านดังกล่าว เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สูงขึ้น

3. การศึกษาครั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูงวัย การนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในประชากรอื่นที่มีบริบทแตกต่างออกไป เช่น ในชุมชนเมือง ชุมชนชายขอบ ชุมชนชนบท ควรมีการทดสอบความเที่ยงก่อนที่จะนำไปใช้ และควรปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทนั้น ๆ

4. ผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และ ความรู้และความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดี พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพควรวางแผนพัฒนาและส่งเสริมให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจาก งบประมาณด้านวิทยาศาสตร์และนวัตกรรม ผ่านกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประจำปี พ.ศ. 2565 และ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญญโณภาสกุล ที่ปรึกษาด้านวิชาการของแผนงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Hypertension League (WHL). World hypertension day 2018, 2018. [cited 2021 September 5]. Available from: <http://www.whleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>.
2. The International Society of Hypertension (ISH). Background information on high blood pressure (hypertension), 2017. [cited 2022 April 25]. Available from: <https://ish-world.com/ish-global-hypertension-practice-guidelines/>
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Pressure Day campaign issue world high blood pressure, 2022. [cited 2023 January 15]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>. (In Thai)
4. National Health Security Office (NHSO). NHSO Annual Report 2020, 2021. [cited 2022 April 25]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F_NHSO_Annual_Report_2020.pdf. (In Thai)
5. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Report of the 6th Thai people's health survey by physical examination, 2019 - 2020. Graphic and design publishing house; 2021. (In Thai)
6. Roma W, Tanasugarn C, Tipayamongkhogul M, Aimyong N, Neelapaichit N, Kloyiam S, et al. Report of health literacy survey of Thai people aged 15 and over 2017 (Phase 1). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2018. (In Thai)
7. Thongma P. Health Literacy and Health Outcomes in Hypertensive Patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020; 13(1): 50-62. (In Thai)
8. Norasing M, Thanomphan S. Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakomping Hospital, Chiang Mai Journal of Nakomping Hospital. 2019; 10(1): 36-50. (In Thai)
9. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12): 2072-2078.
10. Intarakamhang U, Khammungkul J, Boochoa P. General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. Heliyon 2022; 8(5):e09462.
11. Nakhon Pathom Provincial Public Health Office. Statistics of chronic disease patients registered for services of the Nakhon Pathom Provincial Public Health Office, the fiscal year 2022. Nakhon Pathom; 2022. (In Thai)
12. Yamane, T. Statistics: an introductory analysis. 3rd Ed. New York. Harper and Row Publications 1973.
13. Nutbeam, D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? Int. J Public Health 2009; 54: 303-305.
14. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). Multivariate data analysis. 7th ed. New Jersey: Pearson Education.
15. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Tools for promoting health literacy in health facilities. Nonthaburi; 2019. (In Thai)

16. Cronbach L J. Essentials of psychological testing. New York: Harper & Row; 1990.
17. Waelveerakup W., Pasuwan D., & Manalo R J C. Community-based teaching and learning management as the foster family in Thailand: PLESS+ OSCE Model. *Interdisciplinary Research Review* 2021; 16(6): 53-58.
18. Chitmanasak N, Jirawongnusorn S, Littisan S. Phooyadao P. The development of health literacy measurement for elderly accord to Thailand 4.0. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology* 2021; 6(9): 381-395. (In Thai)
19. Ministry of Public Health. Health literacy and health behavior assessment report in the year 2017. [cited 2022 October 8]. Available from: <http://www.hed.go.th/linkHed/321>.

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต

จิรวรรณ นาคะปักษิม¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

มยุลี สำราญญาติ² ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)

จิราภรณ์ เตชะอุตมเดช³ ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ: การวิจัยดำเนินการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต ผู้ร่วมวิจัยคือ 1) ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกรายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารักษาก่อนใช้และขณะใช้แนวปฏิบัติ 51 และ 45 คน 2) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 14 คน วิธีดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) การใช้แนวปฏิบัติ และประเมินผลใช้กรอบแนวคิดของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรม 2) การให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 4) การดูแลจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 5) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ และมีการประเมินคุณภาพโดยเครื่องมือ AGREE II อยู่ในเกณฑ์ดี ทุกด้าน (ร้อยละ 80.55 ถึง 91.66) มีการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติครอบคลุม ทั้ง 6 หมวด อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 85.70 ถึง 92.90) ส่วนการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่ากลุ่ม ขณะใช้แนวปฏิบัติได้รับการประเมิน การดูแลป้องกัน และการจัดการภาวะช็อกสูงกว่ากลุ่มก่อน ใช้แนวปฏิบัติทุกด้าน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สำหรับพยาบาลในการนำไปใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสีย สารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 120-139

คำสำคัญ: ช็อกจากการสูญเสียสารน้ำ การป้องกันและจัดการช็อก การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ผู้ป่วยวิกฤต

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: jirawan.nakapaksin@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 2 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 17 พฤษภาคม 2566

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines Implementation for Hypovolemic Shock Management Among Critically Ill Patients

Jirawan Nakapaksin¹ M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

Mayulee Somrarnyart² Ph.D. (Nursing)

Chiraporn Tachaudomdach³ Ph.D. (Nursing)

Abstract: This implementation research aimed to develop and evaluate the clinical nursing practice guidelines (CNPGs) implementation for hypovolemic shock management among critically ill patients. The participants included: 1) all surgical critically ill patients (older than 18 years) who were admitted to the intensive care unit before and during the implementation of CNPGs (51 and 45 participants, respectively), and 2) 14 nursing personnel who utilized CNPGs. The implementation research process comprised two phases based on the framework proposed by the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC). The first was to develop CNPGs for hypovolemic shock management among critically ill patients, and the second was the use of CNPGs and to assess the CNPGs implementation process. Results showed that the CNPGs for hypovolemic shock management among critically ill patients comprised six categories: 1) protection of patient rights and ethics, 2) educating nurses about hypovolemic shock, 3) patient care for hypovolemic shock prevention, 4) management of patients with hypovolemic shock, 5) continuous care for patients, and 6) improvement of quality of care. The CNPGs were approved with good quality for all components by AGREE II (80.55–91.66%). Moreover, most of the nursing personnel strongly agreed on the feasibility of the CNPGs implementation covering the six categories at a high level (85.70–92.90%). All participants in the CNPGs implementation group were assessed showing that scores of, prevention, and shock management were higher than those in the before–CNPGs implementation group. The results of this study revealed that the developed CNPGs are appropriate for nurses to implement to improve the quality of hypovolemic shock management among critically ill patients.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 120–139

Keywords: hypovolemic shock, prevention and management of shock, development and implement guideline, clinical nursing practice guideline, critically ill patient

¹ Graduated Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; Corresponding author, E-mail: jirawan.nakapaksin@gmail.com

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

Received Mar 2, 2023; Revised May 16, 2023; Accepted May 17, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย (hypovolemic shock) เป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเลือด/สารน้ำในการไหลเวียนลดลงอย่างรวดเร็ว จนปริมาตรไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย¹ หรือมีการรั่วซึมออกจากหลอดเลือดไปสู่เซลล์ สาเหตุเกิดจากการบาดเจ็บของร่างกายเนื่องจากอุบัติเหตุ การได้รับการผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและการไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอ ส่งผลต่อร่างกาย ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติและเสียหายที่ เช่น เลือดไหลเวียนไปปอดลดลง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ ส่งผลให้ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน² ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไข หรือการรักษาทันทีจะทำให้เสียชีวิตหรือเป็นอวัยวะหลายระบบในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเป็นผู้รอดชีวิตที่มีการสูญเสียหน้าที่บางอวัยวะอย่างถาวร^{1,2} ซึ่งเห็นได้ว่าภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายเป็นปัญหาที่สำคัญต่อชีวิต

อุบัติการณ์ของภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายยังพบได้บ่อย โดยเฉพาะที่เกิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมซึ่งพบอัตราการเกิดภาวะช็อกถึง 0.30 ถึง 0.70 ต่อผู้ป่วย 1,000 คนภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย มีสาเหตุจากการเสียเลือดมากที่สุด พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ³ โดยเฉพาะการบาดเจ็บหลายระบบ ทำให้เกิดการสูญเสียสารน้ำในร่างกายที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต² สอดคล้องกับรายงานสถิติของการเกิดภาวะช็อกที่เกิดจากการเสียเลือดในผู้บาดเจ็บทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ หากคำนวณจากผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน พบว่ามีการบาดเจ็บจากการ

เสียเลือดที่ไม่สามารถควบคุมได้คิดเป็นร้อยละ 20⁴ ส่วนในประเทศไทยโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบมีผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.39, 9.07, 7.57 และ 7.69 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดและได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่ล่าช้า⁵ ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการดูแลป้องกันและการจัดการแก้ไขอย่างถูกต้องรวดเร็ว

ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต การจัดการภาวะช็อกนี้จึงมีความสำคัญต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วถูกต้อง โดยอาศัยการให้การรักษาของแพทย์และพยาบาลมีบทบาทร่วมประสานการทำงาน ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง รวดเร็วและครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อกและการจัดการแก้ไขภาวะช็อก โดยเริ่มจากการประเมินสัญญาณชีพ ความเสี่ยง เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที และดูแลก่อนการได้รับการรักษาของแพทย์ ซึ่งการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกนี้ จำเป็นต้องเน้นการประเมินติดตามและการป้องกันที่ดี ทำให้ตรวจพบอาการที่ผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและทันเวลา⁶ และเมื่อเกิดภาวะช็อกแล้ว พยาบาลมีบทบาทในการจัดการแก้ไขภาวะช็อกที่สำคัญคือ การดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การดูแลให้สารน้ำทดแทน⁷ การดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน⁸ การดูแลให้ได้รับยา⁹ และการดูแลให้ได้รับการพยาบาลด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้แก่ การแก้ไขที่สาเหตุของการเสียเลือดเบื้องต้น¹⁰ การดูแลทางเดินหายใจ การจัดทำนอน⁶ การติดตามผลการตอบสนองต่อการรักษา

เฝ้าระวังติดตามประเมินผลหลังได้รับการรักษาเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง¹¹ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในการดูแลป้องกัน แก้ไขภาวะช็อกอย่างถูกต้องครอบคลุม และรวดเร็ว

ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและเกิดภาวะช็อกแล้ว ยังพบปัญหาในทางปฏิบัติที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การประเมินติดตามความเสี่ยงการเกิดภาวะช็อกที่ไม่ครอบคลุม หรือมีความล่าช้าในการวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดการแก้ปัญหาเบื้องต้นที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการหมุนเวียนของพยาบาลที่จับใหม่เข้ามาปฏิบัติงานซึ่งมีประสบการณ์น้อย ขาดทักษะเรื่องการประเมินในภาวะวิกฤต ทำให้เกิดความไม่ชัดเจน และไม่มีความมั่นใจในการตัดสินใจรายงานแพทย์¹² ส่งผลไปถึงเรื่องของการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การดูแลตัดสินใจให้สารน้ำ/เลือด การพิจารณาปรับระดับยาตามการตอบสนอง รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับแพทย์ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาล รวมทั้งปัญหาเรื่องการทำงานเป็นทีมของแพทย์และพยาบาล เช่น ในเรื่องของการสื่อสารเพื่อรับคำสั่งแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น¹³ จากปัญหาในการปฏิบัติดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยด้วย

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหลักการในการปรับใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถช่วยแก้ปัญหา ยืนยันเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริการ โดยมีเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยง คือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นแนวทางในการตัดสินใจโดยใช้การบูรณาการความรู้ วิจารณ์ญาณ และความชำนาญในการดูแล

ผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง ยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ลดค่าใช้จ่ายและสามารถปรับปรุงคุณภาพการบริการ¹⁴ ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัตินี้จะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามีเฉพาะแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่¹⁵ และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาโดยการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด¹⁶ เป็นต้น ซึ่งไม่ครอบคลุมแนวปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการป้องกัน การจัดการแก้ไขภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำโดยตรง นอกจากนี้แนวปฏิบัติที่พบส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติของสหสาขาวิชาชีพ ที่ไม่ได้สะท้อนบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ นี้โดยเน้นเนื้อหาการปฏิบัติที่ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลอย่างสมบูรณ์ เพื่อให้การดูแลรักษาไปในทิศทางเดียวกันและรวดเร็ว โดยมีสาระสำคัญในการประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) การประเมินเฝ้าระวังและติดตามภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 2) การดูแลจัดการแก้ไขภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อให้แนวปฏิบัติ นี้ มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง ทันสมัย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹⁷ ที่มีขั้นตอนการพัฒนาที่ชัดเจนมีการทบทวนที่เป็นระบบ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการ
ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เน้นประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการเนื่องจากผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ปวยนั้นเกิดจากความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ จึงไม่สามารถระบุผลลัพธ์ที่เกิดจากพยาบาลเพียงอย่างเดียวอย่างไรก็ตามผลการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตครั้งนี้ จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหรือเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายและเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และนำสู่ผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ สำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต

คำถามงานวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตมีลักษณะอย่างไร และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือไม่
2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนใช้กับกลุ่มขณะใช้แนวปฏิบัติฯ แตกต่างกันหรือไม่

2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.2 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ อย่างถูกต้องและครอบคลุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁷ มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอนคือ 1) กำหนดขอบเขตแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติ 7) จัดทำแผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติ 8) จัดทำแผนการประเมินผลการปรับปรุงแก้ไข 9) จัดทำรายงานรูปแบบแนวปฏิบัติ 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ และ 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา และระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การเผยแพร่แนวปฏิบัติ 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยการวิจัยครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์จากการที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ 2 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแล

เพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยประเมินจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะช็อกในผู้ป่วยแรกรับ การได้รับการติดตามแผนการป้องกันการเกิดภาวะช็อกอย่างต่อเนื่องเหมาะสม การแปลผลของข้อมูลอย่างถูกต้อง และ 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยประเมินจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขด้วยการได้รับสารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด และยาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกอย่างถูกต้อง มีการติดตามประเมินและแผนการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำ เลือด และยาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกอย่างครอบคลุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยดำเนินการ (Implementation research design) เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต ศึกษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน รวม 14 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มที่พัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้วิจัย 1 คน และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 4 คน 2) กลุ่มผู้ใช้แนว

ปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 13 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน รวม 14 คน ที่เป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน รวม 14 คน ที่ใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกรายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 96 ราย เป็นจำนวนผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในเวลาที่ดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามช่วงเวลาการศึกษา คือ

- 1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ช่วงเวลา 3 เดือน (2 กันยายน ถึง 2 ธันวาคม 2564) จำนวน 51 คน
- 2) กลุ่มขณะใช้แนวปฏิบัติ ช่วงเวลา 3 เดือน (17 ธันวาคม 2564 ถึง 17 มีนาคม 2565) จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ ด้วยการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งพัฒนาโดยจิรวรรณ ธงชัย และ พิภูล นันทชัยพันธ์ มีทั้งหมด 8 ข้อ โดยข้อคำถาม 7 ข้อ การตอบเป็นแบบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก

และข้อความอีก 1 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย¹⁸

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย¹⁷ มีสาระสำคัญ 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 4) การดูแลจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 5) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ภาวะวิกฤต แกร็บหรือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตอื่น ๆ 2) ข้อมูลผลลัพธ์การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ 2 ประเด็น ดังนี้ 1) การได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสม จำนวน 12 ข้อ 2) การได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและครอบคลุม จำนวน 17 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ และแบบรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และทำการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

2. การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฉบับสมบูรณ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่านโดยใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกสำหรับงานวิจัย (AGREE II)¹⁹ พบว่าทุกหมวดได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่าแนวปฏิบัติ นี้มีคุณภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือดัดแปลงเพิ่มเติม

3. การประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ (feasibility) (ทำการตรวจสอบในการวิจัยระยะที่ 1) โดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งจำนวน 10 ราย บุคลากรพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนใช้ ที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 14 ราย โดยทุกข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้และสอบถามความคิดเห็นของผู้ทดลองใช้โดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ¹⁸ พบว่าแนวปฏิบัติ มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทุกข้อ

4. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของผู้ใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 รายซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ โดยทำการรวบรวมผลลัพธ์พร้อม ๆ กัน ครั้งละ 1 ราย แต่แยกกันประเมินจากนั้นนำคะแนนของทั้ง 10 ชุด มาหาค่าความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2563-022 รหัสโครงการ 2563-FULL004 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลอ่างทอง เลขที่ ATGEC 41/2563 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิ์ในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลและคำตอบทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผน แบ่งเป็น 2 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการรวบรวมข้อมูลกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และผลลัพธ์การดูแลการจัดการภาวะช็อกนี้ของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่หน่วยงานปฏิบัติอยู่ โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งรวบรวมจากแบบบันทึกทางการพยาบาลและเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละราย ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน ระยะเวลา 3 เดือน ขณะเดียวกันในระยะนี้ได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน การรวบรวมข้อมูลนี้ดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล และศึกษาเวชระเบียน พบว่ามีภาวะช็อกเกิดขึ้น และนำเสนอประเด็นปัญหาให้กับทีมพยาบาล

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 10 ปีขึ้นไป ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) จำนวน 4 คน ตอบรับเข้าร่วมทีมพัฒนาด้วยความสมัครใจ

3. กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของพยาบาล 2) เพื่อยกระดับผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มเป้าหมายคือ 1) ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกรายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และ 2) ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

4. กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ 2 ประเด็น ดังนี้ 1) การได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสม 2) การได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและครอบคลุม

5. ทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, hypovolemic shock, management of hypovolemic shock, prevention hypovolemic shock, critically ill กำหนดแหล่งสืบค้นจากฐานข้อมูลได้แก่ CINAHL, Science Direct, BMJ Best Practice รวมถึงเว็บไซต์ ได้แก่ www.aacn.org, www.nice.org.uk/ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจำนวน 114 เรื่อง โดยนำเสนอร่วมกันคัดเลือกและนำมาพิจารณาแบ่งระดับความน่าเชื่อถือ ระดับ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้โดยใช้เกณฑ์พิจารณาของสถาบันโจแอนนาบริก²⁰⁻²¹ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ มากที่สุด ซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งตามระดับความน่าเชื่อถือทั้งหมด 29 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือในระดับ 4 ถึง 5 และข้อเสนอแนะในระดับ A ทั้งหมด 20 ข้อ และทีมพัฒนาฯ ลงมติร่วมกันจนได้ข้อสรุปที่เหมาะสม

6. ยกร่างแนวปฏิบัติฯ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี โดยระบุวิธีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และผลการวิจัยที่สืบค้นที่ผ่านการคัดเลือก ซึ่งมีสาระสำคัญ 6 หมวด มีข้อเสนอแนะจำนวน 20 ข้อ

7. วางแผนการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ คือ จัดการประชุมย่อยให้ความรู้แก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ความสำคัญของแนวปฏิบัติฯ ความจำเป็นที่นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และนำเสนอแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ให้รับทราบและเข้าใจ

8. จัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติฯ และจัดทำรายงานที่ครอบคลุมการพัฒนาและเนื้อหาสาระ ได้แก่ กำหนดวิธีการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ 2 ประเด็น คือ การป้องกันภาวะช็อก และการจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อก และวางแผนการปรับปรุงแก้ไขอย่างน้อยทุก 1 ปี หรือเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ที่เหมาะสมและน่าเชื่อถือ

9. จัดทำเล่มแนวปฏิบัติฯ ที่สมบูรณ์ครอบคลุมกระบวนการพัฒนาและเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติฯ คือ 1) ชื่อแนวปฏิบัติฯ ทีมพัฒนา สถานที่ คำนำ สารบัญ 2) วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ คำจำกัดความ 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ 4) สาระสำคัญ

ของแนวปฏิบัติฯ 5) เอกสารอ้างอิง และ 6) ภาคผนวก

10. มีการปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา เพื่อร่วมตัดสินใจและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งมีความเห็นร่วมกันว่า แนวปฏิบัติฯ มีความเหมาะสมกับบริบท สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้พยาบาลสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตได้

11. ส่งร่างแนวปฏิบัติฯ ที่จัดทำขึ้นตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ที่เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ หลังจากได้รับข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติฯ ฉบับสมบูรณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 4 ท่าน พิจารณาว่าแนวปฏิบัติฯ นี้ มีความน่าเชื่อถือ มีความเป็นไปได้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่ โดยใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกสำหรับงานวิจัย [AGREE II]¹⁹

12. ทำการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 10 คน (3 ธันวาคม ถึง 16 ธันวาคม 2564) หลังจากนั้นได้ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้โดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติฯ¹⁸

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ เริ่มดำเนินการระหว่างวันที่ 17 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 17 มีนาคม 2565 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนและใช้กลยุทธ์ดังนี้

1. การเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ ดังนี้ 1.1) จัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ 3 รูปแบบ คือ ฉบับสมบูรณ์, ย่อ, และพกพา โดยจัดวางไว้ที่เคาน์เตอร์พยาบาลและแจกให้กับทีมผู้ใช้งาน เพื่อให้ผู้ใช้เข้าถึง

ง่ายและสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปทบทวน 1.2) จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ใช้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ความสำคัญที่ต้องนำแนวปฏิบัติมาใช้ และนำเสนอแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีการจัดประชุมให้ความรู้ จำนวน 2 ครั้ง ผู้ที่เข้าประชุมไม่ได้ ผู้วิจัยนัดหมายเพื่ออธิบายแนวปฏิบัติ เป็นรายบุคคล และ 1.3) จัดทำบอร์ดแนวปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะช็อกนี้ และขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และจัดทำแฟ้มแสดงขั้นตอนการปฏิบัติ โดยจัดวางไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจน สะดวกในการหยิบใช้

2. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ขณะใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้กลยุทธ์การนำแนวปฏิบัติไปใช้ของสถาบันวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย²² สู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้ 2.1) จัดตั้งทีมผู้นำการใช้และติดตามผลลัพธ์ขณะใช้แนวปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นเตือนและให้ตระหนักถึงการใช้แนวปฏิบัติ 2.2) ผู้วิจัยติดตามและกำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้ 1) การเข้าตรวจเยี่ยมเพื่อรับทราบปัญหา ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่ถูกต้องขณะรับ-ส่งเวร 2) การกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงการใช้แนวปฏิบัติ 3) ทำหน้าที่พี่เลี้ยงให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ทีมผู้ใช้ที่มีปัญหา 4) มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเดือนละครั้ง 5) สร้างแรงจูงใจกล่าวคำชมเชย และมอบของรางวัลแก่ผู้ใช้ที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้อง 6) จัดระบบเตือนความจำในการปฏิบัติ เช่น จัดทำข้อความเตือน เช่น ติดตามภาวะช็อก เฝ้าระวังภาวะช็อก เป็นต้น

3. การประเมินผลลัพธ์กลุ่มขณะใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบ

รวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผู้ใช้แนวปฏิบัติมีการบันทึกการเกิดเหตุการณ์ในการปฏิบัติในแต่ละข้อตามแนวปฏิบัติ หากมีการปฏิบัติตามเหตุการณ์เท่ากับการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในข้อนั้น ๆ ด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมจากแบบบันทึกทางการแพทย์และเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์และนำเสนอเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้น
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติ และข้อมูลความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยคำนวณร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะช็อก และการรับรู้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ตั้งแต่นั้น ๆ และการได้รับการดูแลป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายและนำมาเปรียบเทียบกับสัดส่วนร้อยละของกลุ่มก่อนใช้กับขณะใช้แนวปฏิบัติ
4. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยคำนวณร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และการได้รับการพยาบาลด้วยวิธีอื่น ๆ และนำมาเปรียบเทียบกับสัดส่วนร้อยละของกลุ่มก่อนใช้กับขณะใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น มีสาระสำคัญ 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 4) การดูแลจัดการในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 5) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ มีสาระสำคัญการปฏิบัติทั้งหมด 20 ข้อ มีความน่าเชื่อถือระดับ 4 ถึง 5 และข้อเสนอแนะระดับ A

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ จำนวน 14 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 13 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุตั้งแต่ 28 ถึง 55 ปี (อายุเฉลี่ย 42 ปี) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี และปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลา 21 ถึง 30 ปีมากที่สุด โดยมีประสบการณ์การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมาก่อน

2. ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับ “มาก” จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน 2) มีความสะดวกในการปฏิบัติ 3) สามารถนำมาปฏิบัติในที่มสุขภาพได้ 4) สามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 5) มีความประหยัดค่าใช้จ่าย 6) มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และ 7) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง โดยคิดเป็นร้อยละ 85.70, 92.90, 78.60, 85.70, 85.70, 92.90 และ 85.70 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติฯ

ส่วนที่ 1 กลยุทธ์ที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ต้องมีความหลากหลาย ผู้วิจัยได้เลือกใช้กลยุทธ์ 6 กลยุทธ์²² ดังนี้

1. การจัดประชุมและมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้โดยมีการจัดประชุมผู้ใช้แนวปฏิบัติ 2 ครั้ง ให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทราบถึงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ อีกทั้งร่วมแสดงความคิดเห็นและซักถามในข้อที่สงสัยในสาระสำคัญ ซึ่งทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติ และมีแนวทางในแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

2. การจัดทำสื่อการสอนในการให้ความรู้โดยมีการจัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติฯ จัดทำแผนผังการใช้แนวปฏิบัติที่กระชับและมองเห็นได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ใช้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และทำให้มีความเป็นไปได้ในการใช้ที่สูงขึ้น ส่วนในการทำบอร์ดให้ความรู้ นั้น ส่งผลผู้ใช้ที่เป็นพยาบาลใหม่ทบทวนอ่านบอร์ดให้ความรู้ได้ ซึ่งการจัดบอร์ดนั้นไม่สามารถใช้ได้ผลดีกับผู้ใช้ทุกคน เนื่องจากมีวิธีในการสืบค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมในอินเทอร์เน็ตได้

3. การเตือนความจำและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือมีการจัดระบบเตือนความจำโดยจัดทำข้อความเตือน เช่น “ติดตามภาวะช็อก”, “เฝ้าระวังภาวะช็อก” ไว้หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ใช้ไม่หลงลืม และสามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น

4. การติดตามและการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยมีการเข้าพบเพื่อรับทราบปัญหา ให้คำปรึกษาที่ถูกต้องในช่วงรับ-ส่งเวร และติดตามประเมินทุกวันใน 1 เดือนแรก และในเดือนที่ 2 และ 3 ติดตามทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งมีการจดบันทึกในสมุดรวบรวมปัญหาและอุปสรรคจากการติดตาม และ

ผู้วิจัยมีการเข้าร่วมประชุมของหน่วยงานทุกเดือน เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

5. การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำในหน่วยงาน โดยได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลที่อาวุโส และได้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละเวร เพื่อเป็นผู้นำในการปฏิบัติในการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และสามารถที่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ ส่งผลทำให้ผู้ใช้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี ส่งผลให้ผู้ใช้มีความสนใจในการเรียนรู้ ที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกได้

6. การสร้างแรงจูงใจ โดยมีการติดตามการปฏิบัติของผู้ใช้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ นี้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย และมีการกล่าวคำชมเชยและมอบของรางวัลเป็นกระเป๋าสีใส่ของใช้ ส่งผลทำให้ผู้ใช้เกิดความภาคภูมิใจ และมีการกระตุ้นกันเองในกลุ่มผู้ใช้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม คือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกรายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั้งหมด 96 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้ 51 คน และขณะใช้ 45 คน โดยกลุ่มก่อนใช้เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.90 ส่วนกลุ่มขณะใช้เป็นเพศชายร้อยละ 53.30 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีสัดส่วนของผู้ที่

มีอายุอยู่ในช่วง 61 ถึง 80 ปีใกล้เคียงกัน กลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวได้รับการวินิจฉัยแรกรับ (แยกตามกลุ่มโรค) ส่วนใหญ่พบในโรคศัลยกรรมทั่วไปร้อยละ 82.40, 82.20 สำหรับภาวะวิกฤตแรกรับส่วนใหญ่กลุ่มก่อนใช้และขณะใช้พบภาวะวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 33.30, 20.00 ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตส่วนใหญ่ พบในระบบหายใจร้อยละ 45.10, 42.20 ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรือระดับความรู้สึก กลุ่มก่อนใช้ส่วนใหญ่พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 58.80 พบในระบบระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 37.30 ส่วนกลุ่มขณะใช้ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 53.30 ส่วนการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำที่เกิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่าในกลุ่มก่อนใช้มีมากกว่ากลุ่มขณะใช้ ร้อยละ 31.37, 26.67 ตามลำดับ

2. ข้อมูลผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยคำนวณเป็นร้อยละของจำนวนครั้งที่พบเหตุการณ์ในการปฏิบัติของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ มี 2 ประเด็น โดยมีกลุ่มก่อนใช้ฯ 51 คน และขณะใช้ฯ 45 คน ดังนี้

2.1 การได้รับการประเมินภาวะช็อกและการรับรู้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ มีจำนวน 6 ข้อ พบว่ากลุ่มก่อนใช้ฯ ไม่พบเหตุการณ์ในแต่ละหัวข้อ ส่วนกลุ่มขณะใช้ฯ มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นในทุกหัวข้อคือ ได้รับการประเมินภาวะช็อก ได้รับการติดตามเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง สามารถแปลผลข้อมูลดัชนีภาวะช็อกได้ สามารถแปลผลข้อมูลการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตล่วงหน้าได้ กรณีไม่เกิดภาวะช็อกได้รับ

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการ
ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อก และกรณี
เกิดภาวะช็อกได้รับการพยาบาลเบื้องต้น และรายงาน
แพทย์ทันที คิดเป็นร้อยละ 100.00, 98.06, 100.00,
98.06, 95.81 และ 92.34 ตามลำดับ

2.2 การได้รับการดูแลป้องกันภาวะช็อกจาก
การสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ มีจำนวน 6 ข้อ พบว่ามี
ข้อที่แตกต่างกันชัดเจน ได้แก่ ได้รับการดูแลประเมิน
และติดตามต่อเนื่องในกลุ่มก่อนใช้ฯ ไม่พบเหตุการณ์
ส่วนกลุ่มขณะใช้ฯ พบเหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ
98.53 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำใน
ร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามเหตุการณ์ที่พบ ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ

การได้รับการดูแลป้องกันภาวะช็อกจาก การสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่าง ถูกต้องและเหมาะสม	กลุ่มก่อนใช้ฯ			กลุ่มขณะใช้ฯ		
	จำนวน เหตุการณ์	มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน เหตุการณ์	มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)
ได้รับการดูแลประเมินและติดตามอย่าง ต่อเนื่อง	0	0 (0.00)	0 (0.00)	1,086	1,070 (98.53)	16 (1.47)
ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตรงตาม แผนการรักษาของแพทย์	1,105	985 (89.14)	120 (10.86)	964	964 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการดูแลสังเกตและตรวจสอบ ตำแหน่งที่อาจมีเลือดออก	435	385 (88.51)	50 (11.49)	334	334 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออก	1,105	965 (87.33)	140 (12.67)	964	964 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะช็อกตามแผนการ รักษาของแพทย์	465	412 (88.60)	53 (11.40)	319	319 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการประเมินและวิเคราะห์ผลทางห้อง ปฏิบัติการ	1,056	950 (89.96)	106 (10.04)	879	879 (100.00)	0 (0.00)

3. ข้อมูลผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อ
จัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำใน
ร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและครอบคลุม
โดยคำนวณเป็นร้อยละของจำนวนครั้งที่พบเหตุการณ์
ในการปฏิบัติของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ มี 2 ประเด็น
โดยมีกลุ่มก่อนใช้ฯ 16 คน และขณะใช้ 12 คน ดังนี้

3.1 การได้รับการพยาบาลตามแผนการ
รักษาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกอย่างถูกต้องและครอบคลุม

ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ มีจำนวน 13 ข้อ พบว่า
มีข้อที่แตกต่างกันชัดเจน ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ
ทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 84.11,
100.00 ได้รับการประเมินความเพียงพอการได้รับ
สารน้ำอย่างครอบคลุม คิดเป็นร้อยละ 87.42,
100.00 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะซ็อกอย่างถูกต้องและครอบคลุมตามเหตุการณ์ที่พบ ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้*

การพยาบาลตามแผนการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะซ็อกอย่างถูกต้องและครอบคลุม	กลุ่มก่อนใช้*			กลุ่มขณะใช้*		
	จำนวนเหตุการณ์	มี	ไม่มี	จำนวนเหตุการณ์	มี	ไม่มี
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้อง	302	254 (84.11)	48 (15.89)	248	248 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างถูกต้อง	245	245 (100.00)	0 (0.00)	224	224 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับยาในกลุ่มกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดอย่างถูกต้อง	218	210 (96.33)	8 (3.67)	198	198 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการประเมินความเพียงพอการได้รับสารน้ำอย่างครอบคลุม	302	264 (87.42)	38 (12.58)	248	248 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำอย่างครอบคลุม	302	284 (94.04)	18 (5.96)	248	238 (95.97)	10 (4.03)
ได้รับการรายงานแพทย์ และบันทึกข้อมูลหากผิดปกติ (การให้สารน้ำ)	302	284 (94.04)	18 (5.96)	248	240 (96.77)	8 (3.23)
ได้รับการประเมินความเพียงพอการได้รับเลือดอย่างครอบคลุม	245	230 (93.88)	15 (6.12)	224	224 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดอย่างครอบคลุม	245	235 (95.92)	10 (4.08)	224	220 (98.21)	4 (1.79)
ได้รับการรายงานแพทย์ และบันทึกข้อมูลหากผิดปกติ (การให้เลือด)	245	240 (97.96)	5 (2.04)	224	224 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการประเมินติดตามการให้ยาาร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด อย่างครอบคลุม	218	210 (96.33)	8 (3.67)	198	198 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการติดตามประเมินการตอบสนองของยาในกลุ่มกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดอย่างครอบคลุม	218	210 (96.33)	8 (3.67)	198	198 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการเฝ้าระวังและสังเกตผลข้างเคียงของยาอย่างครอบคลุม	218	198 (90.83)	20 (9.17)	198	194 (97.98)	4 (2.02)
ได้รับการรายงานแพทย์ และบันทึกข้อมูลหากผิดปกติ (การให้ยา)	218	214 (98.17)	4 (1.83)	198	198 (100.00)	0 (0.00)

3.2 การได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะช็อก ด้วยวิธีอื่น ๆ อย่างครอบคลุม ของกลุ่มก่อนใช้และ ขณะใช้ มีจำนวน 4 ข้อ พบว่า ได้รับการดูแลให้ได้รับการห้ามเลือดคิดเป็นร้อยละ 92.50, 100.00 ได้รับการดูแลทางเดินหายใจและดูแลให้ได้รับออกซิเจน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งสองกลุ่ม ได้รับการดูแลจัดทำนอนราบยกขาสูง คิดเป็นร้อยละ 88.07, 100.00 และได้รับการรายงานแพทย์และบันทึกข้อมูลผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 93.58, 100.00 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยนำเสนอการ อภิปรายแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ อ้างอิงเกณฑ์การแบ่งระดับและเกณฑ์จัดระดับของข้อเสนอแนะของสถาบันสถาบันใจแอนนาบริก²⁰⁻²¹ ซึ่งมีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติ ที่มีอยู่เดิมที่ส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติ ของสหสาขาวิชาชีพ ไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงบทบาทของพยาบาล แต่แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นนี้ เน้นข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลอย่างสมบูรณ์ มีแนวทางในการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันและรวดเร็วในการแก้ปัญหา ตามสาระสำคัญ 6 หมวด โดยเริ่มตั้งแต่การประเมิน การดูแลป้องกันและติดตามอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การรายงานแพทย์ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือเมื่อเกิดภาวะช็อกแล้ว เน้นการดูแลจัดการแก้ไขอย่างถูกต้อง โดยแก้ไขตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเร่งด่วน มีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ได้ทำการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ กับกลุ่มตัวอย่างก่อน

นำมาใช้ในสถานการณ์จริงและสำรวจความคิดเห็น เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ (ดังแสดงในผลวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2) พบว่าให้ความคิดเห็นในระดับ “มาก” ทั้ง 6 ข้อ ที่มีร้อยละมากกว่า 85 ทำให้เห็นว่าแนวปฏิบัติฯ ความเป็นไปได้ สะดวก ประหยัด และสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน แต่มีการนำมาปฏิบัติในทีมสุขภาพนั้นกลุ่มผู้ทดลองใช้มีความคิดเห็นในระดับ “มาก” ที่คิดเป็นร้อยละ 78.60 ซึ่งจากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่ สาระสำคัญของแนวปฏิบัติฯ นั้นเน้นการปฏิบัติของพยาบาลแต่มีส่วนหนึ่งที่ต้องปฏิบัติภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลทำให้ผู้ทดลองใช้รู้สึกมีความกังวลในการนำมาปฏิบัติในทีมสุขภาพ ผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติคลายความวิตกกังวลว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ในเรื่องการป้องกันและจัดการภาวะช็อกนี้ จำเป็นต้องมีการดูแลและจัดการอย่างรวดเร็วตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่พยาบาลมีบทบาทร่วมประสานการทำงานในการประเมินและติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

การใช้แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีซึ่งเกิดจาก 2 ประเด็น คือ

1. กลยุทธ์ที่นำมาใช้ส่งเสริมให้เกิดการใช้แนวปฏิบัติเกิดผลสำเร็จที่ดี สามารถเลือกใช้ตามบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังนี้

ขั้นตอนการเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ เป็นการเตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ได้เลือกใช้ 2 กลยุทธ์คือ 1) กลยุทธ์การจัดประชุมและมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กับผู้ใช้ฯ และ 2) กลยุทธ์การจัดทำสื่อการสอนในการให้ความรู้ ได้จัดเตรียมเอกสารเล่มแนวปฏิบัติฯ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่จำเป็น และมีการจัดบอร์ด ส่งผลให้ผู้ใช้ฯ เกิดความ

เข้าใจ รู้สึกมีความง่ายในการปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงจนเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล กันทะพนม ที่ได้มีการจัดเตรียมสถานที่จัดพิมพ์เผยแพร่แนวปฏิบัติ และมีการจัดอบรมแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน²³

ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ได้เลือกใช้ 4 กลยุทธ์ คือ 1) กลยุทธ์การเตือนความจำและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สามารถแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินการวิจัยพบผู้ใช้น้ำไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จึงได้จัดประชุมกับทีมผู้ใช้น้ำ เพื่อตกลงร่วมกันในการสร้างระบบเตือนความจำ ได้ทำป้ายติดไว้ที่หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ พ่วงเฟื่อง ที่ได้ทำป้ายเตือนขนาดใหญ่ติดที่หัวเตียงโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการดิ่งท่อช่วยหายใจ ผลลัพธ์ที่ได้มีการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ²⁴ 2) กลยุทธ์การติดตามและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลลัพธ์ที่ได้คือผู้ใช้น้ำ ทราบถึงผลของการปฏิบัติที่มีแนวโน้มที่ดี และปัญหาต่าง ๆ ได้ร่วมกันหาทางออกในการแก้ไขปัญหา ทำให้รู้สึกภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการปฏิบัติที่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไอเวอร์ส และคณะ ที่บทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการใช้การติดตามและการให้ข้อมูลย้อนกลับในทีมสุขภาพ พบว่าการติดตามและการให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติในระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานการปฏิบัติของแต่ละบุคคล²⁵ 3) กลยุทธ์การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำในหน่วยงาน สามารถขับเคลื่อนกระบวนการ ช่วยติดตามให้มีการใช้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และติดตามการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และการมีโยบาย

การพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ใช้น้ำสนใจในการเรียนรู้ที่พัฒนาศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ และอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่มีความสำคัญคือ 4) กลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจ เป็นกลยุทธ์ที่ดีในการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่ดี โดยมีการกล่าวคำชมเชยและมอบของรางวัลเป็นกระเป๋าคู่ใส่ของใช้ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ส่วนกลยุทธ์ที่ใช้ในข้อ 3 และ 4 สอดคล้องกับการศึกษาของ กวีวรรณ ใจกล้า ที่มีการคัดเลือกทีมผู้นำการใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงานได้แก่พยาบาลระดับหัวหน้าเวร เนื่องจากผู้นำการใช้แนวปฏิบัติฯ ต้องเป็นผู้ที่มีอำนาจและอิทธิพลต่อการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ มีการกล่าวชื่นชมแก่ทีมผู้ให้บริการที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การแจ้งแก่ทีมผู้ให้บริการถึงความคิดเห็นของผู้ป่วย คำติชมที่มีต่อกิจกรรม²⁶

2. การใช้แนวปฏิบัติฯ โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาตามกรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ทางคลินิกของสถาบันโจแอนนาบริกส์²⁰ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านประสิทธิผล (effectiveness) แนวปฏิบัติฯ พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบ ส่วนใหญ่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระเบียบวิจัยที่อยู่เกณฑ์ต่ำ (Level 4-5) เนื่องจากเป็นงานวิจัยมีข้อจำกัด มีการทำวิจัยในคลินิกน้อย จึงทำให้ไม่สามารถแสดงถึงประสิทธิผลให้เห็นถึงการลดการเกิดอุบัติเหตุกรณีในการเกิดภาวะช็อกและการลดการเกิดอัตราการเสียชีวิตได้ ถึงอย่างไรก็ตามก่อนการนำไปใช้ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการพิจารณาพิจารณาแล้วว่าให้นำมาใช้จริงพร้อมทั้ง

มีการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ
สำหรับการวิจัย¹⁹ ซึ่งมีการสกัดข้อเสนอแนะจากหลักฐาน
เชิงประจักษ์ที่ทบทวนได้ เป็นข้อเสนอแนะที่มี
เหตุผลสนับสนุนที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการ
ปฏิบัติงานได้ สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ และ
ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติอย่าง
สม่ำเสมอ เช่น ในหมวดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน
ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย ในเรื่อง
ของการประเมินภาวะช็อกและการรับรู้ผู้ป่วยเกิด
ภาวะช็อกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ได้แก่ มีการประเมิน
คัดกรองภาวะช็อกในผู้ป่วยแรกรับโดยใช้ดัชนีภาวะ
ช็อกร่วมกับการประเมินอาการและอาการแสดง
ซึ่งพบว่า ในกลุ่มก่อนใช้ฯ ไม่มีการประเมินดัชนีภาวะ
ช็อก มีแต่การประเมินอาการและอาการแสดง ส่งผล
ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติที่ส่งผลต่อการ
ได้รับการดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นต้น

ด้านความเป็นไปได้ (feasibility) พบว่าก่อน
มีการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้จริงได้มีการทดลองใช้แนว
ปฏิบัติฯ และได้มีการประเมินความเป็นไปได้มาก่อน
แล้ว ซึ่งได้มีการปรับแก้ไขและทำความเข้าใจกับ
พยาบาลที่ทดลองใช้ฯ ในประเด็นของการนำมา
ปฏิบัติในที่มรสุมสุขภาพ ดังนั้นเมื่อนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้
จริงจึงสามารถปฏิบัติได้ดีและครอบคลุมในทุก ๆ
หมวดโดยสามารถประเมินและติดตามผู้ป่วยที่มีความ
เสี่ยงและผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว
สามารถดูแลป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่
สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย และมีแนวทางการ
ประเมิน ติดตามแก้ไขภาวะช็อกในกรณีผู้ป่วยเกิด
ภาวะช็อกที่ชัดเจนมากขึ้น และมีการใช้กลยุทธ์คือการ
สนับสนุนจากหน่วยงานให้เกิดการปฏิบัติ ทำให้มี
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน
ลดความหลากหลาย และเป็นแนวทางในการตัดสินใจ
ในการรายงานแพทย์ได้

ด้านความเหมาะสม (appropriate) พบว่า
เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากพัฒนา
จากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอนของสภานิติ
ทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ
ออสเตรเลีย¹⁷ จัดทำเพื่อผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะ และ
ก่อนนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ได้ทำประชาพิจารณ์ใน
หน่วยงานโดยผู้ใช้ฯ มีความคิดเห็นตรงกันให้มีการนำ
มาใช้เพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และ
สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย
หนักศัลยกรรม เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง มีภาวะการ
เจ็บป่วยด้วยโรคหรือจากการได้รับการบาดเจ็บที่มี
ความรุนแรง อาการไม่คงที่ สามารถเป็นแนวทางใน
การปฏิบัติ และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และได้รับ
การดูแลการประเมินและติดตามแก้ไขภาวะช็อกได้
อย่างทันท่วงที

ด้านความมีคุณค่า (meaningfulness) คุณค่า
ต่อผู้ป่วย เนื่องจากแนวปฏิบัติฯ นี้ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤต
ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหรือเกิดภาวะช็อกจากการ
สูญเสียสารน้ำในร่างกาย มีแนวทางในการจัดการ
ภาวะช็อกนี้ที่ชัดเจน ได้แก่ มีการประเมินติดตาม
ป้องกัน จัดการแก้ไข และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยจากภาวะ
คุกคามชีวิต ซึ่งเห็นได้จากข้อมูลในกลุ่มก่อนใช้ฯ และ
ขณะใช้ฯ พบว่าเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำ
ลดลงจากเดิมร้อยละ 31.37, 26.67 ตามลำดับ
สำหรับคุณค่าต่อผู้ใช้ฯ ทำให้มีแนวทางที่ชัดเจน มี
ทิศทางเดียวกัน มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้และ
พัฒนาศักยภาพในการนำความรู้จากหลักฐานเชิง
ประจักษ์มาปรับใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการ
ปฏิบัติส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

สรุปการวิจัยดำเนินการครั้งนี้แสดงให้เห็น
กระบวนการพัฒนา การตรวจสอบคุณภาพและการ

ปรับปรุงให้มีความเหมาะสมของบริบทของหน่วยงาน และกลุ่มเป้าหมาย การนำไปใช้ควรมีการเลือกใช้ กลยุทธ์ที่หลากหลายควบคู่กัน ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติที่ดีและยั่งยืน ความเป็น ไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และผลลัพธ์เชิง กระบวนการที่ดี ดังนั้นหากมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดหรือเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารร่างกาย เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทำให้เกิดประสิทธิผล ที่ดีที่สุด ควรมีการทำงานเป็นทีมร่วมกับสาขาชีพ และหน่วยงานควรมีการสนับสนุนฐานข้อมูลการวิจัย ทางพยาบาลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังมาใช้
2. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องอาศัยการใช้ กลยุทธ์ที่หลากหลายในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การติดตามเข้าพบ และการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานในการใช้แนว ปฏิบัติ รวมถึงการใช้ภาวะผู้นำในการนำการใช้แนว ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. คว้าศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลัง จากนำแนวปฏิบัติ ไปใช้อย่างต่อเนื่อง และศึกษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนำแนวปฏิบัติ มาใช้
2. การทำวิจัยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และ เพิ่มการสังเกตการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้มีหลัก ฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kolecki P. Hypovolemic shock clinical presentation. [Internet]. 2016 [cited 2019 July 12]; Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/760145-clinical>.
2. Cannon JW. Hemorrhagic shock. N Engl J Med. 2018;378(4):370-9.
3. Taghavi S, Askari R. Shock, hypovolemic shock. StatPearls [Internet]. 2018 [cited 2022 November 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513297/>.
4. Jacob M, Kumar P. The challenge in management of hemorrhagic shock in trauma. Medical J Armed Forces India. [Internet]. 2014 [cited 2019 July 12]; 70(2):163-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017195/>.
5. Emergency unit. Annual statistical report. Rayong: Rayong Hospital. 2016-2019. [In Thai]
6. Seckel MA, Bucher L. Critical care. In: Lewis SL, Bucher L, Heitkemper MM, Harding MM, editors. Medical-surgical nursing. 10th ed. Elsevier; 2017.p.1554-86.
7. Finfer S, Myburgh J, Bellomo R. Intravenous fluid therapy in critically ill adults. Nat Rev Nephrol 2018;14(1):541-57. Doi: 10.1038/s41581-018-0044-0. PubMed PMID: 30072710.
8. Forbes D. Blood products and transfusion therapy in the ICU. In: Salim A, Brown C, Inaba K, Martin MJ, editors. Surgical critical care therapy. 1st ed. Springer. 2018. p.321-36.
9. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock. Intensive Care Medicine 2017;43(3):304-77.

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการ
ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต

10. Janepanichpong J, Yuksen C. First aid care for pre-hospital care. National Institute for Emergency Medicine. 2017;3(8):13-5. (In Thai)
11. Lazkani A, Lebuffe G. Post-operative consequences of hemodynamic optimization. Journal of Visceral Surgery. 2016;153(6): S5-9.
12. Ratarasan W, Boonkong N, Kingmanee P. Development of multiple trauma patient care model in Surin hospital 2022; 37(3):707-18. (In Thai)
13. Yoosook S, Suwanmontri P, Charoenrat P, Ninsonthi N. Developing a model of care for the multiple trauma hypovolemic shock patients in Sawanpracharak hospital. Journal of The Department of Medical Services. 2017;42(6):96-101. (In Thai)
14. C. Clinical practice guidelines development. Thai Journal of Nursing Council 2005;20(2):63-76. (In Thai)
15. National Institute for Health and Care Excellence. Intravenous fluid therapy for adults in hospital [Internet]. 2013 [cited 2019 July 20]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg174>.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Blood transfusion [Internet]. 2015 [cited 2019 July 10]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng24>.
17. National Health and Medical Research Council. A guideline to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines [Internet]. 1999 [cited 2019 June 18]; Available from: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf.
18. Thongchai C, Nantachaipan P. The CPGs Implementation Opinion Survey Form. Chiang Mai: Faculty of Nursing; 2006. (In Thai)
19. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II; 2009 [cited 2019 July 12]; Available from: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>.
20. The Joanna Briggs Institute [JBI]. Grades and recommendations. [Online] 2014 [cited 2019 July 12]; Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>.
21. The Joanna Briggs Institute [JBI]. Level of evidence. [Online] 2014 [cited 2019 July 12]; Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.
22. National Health and Medical Research Council. How to put the evidence into practice: Implementation and dissemination strategies [Internet]. 2000 [cited 2019 June 18]; Available from: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp71.pdf.
23. Kuntapanom P. Development of wound management record form for traumatic persons in Emergency Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2020. (In Thai)
24. Puangfuang K. Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention of unplanned endotracheal extubation in medical intensive care unit, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok province. [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. (In Thai)

25. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2012 [cited 2023 Jan 5]; Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
26. Jaikla K. Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Sleep Promotion Among Critically Ill Patients. [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2016. (In Thai)

การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ

เกสร พรหมเหล็ก¹ ปร.ด. (การพยาบาล)

จินตนา คำเกลี้ยง² ปร.ด. (การพยาบาล)

นุจรี ยานวิมุต³ พย.บ.

อมรรัตน์ จำนงภักดี⁴ พย.บ.

สุมามิตา สวัสดิ์ดินถนุ⁵ ปร.ด. (การพยาบาล)

ดวงสุดา ศิริปิตุภูมิ⁶ ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ: การวิจัยและการพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอเมืองจังหวัดสงขลา เน้นระยะพัฒนาและประเมินผลการใช้ในด้านความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันของผู้ใช้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสงขลาและศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 27 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า 1) แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประกอบด้วย 3 ส่วนตามกลุ่มผู้ใช้คือ ของผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และผู้ดูแลระบบ และ 2) ผลของการนำแอปพลิเคชันไปทดลองใช้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และผู้ดูแลระบบ มีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก และสะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ามีความพึงพอใจและคิดเห็นว่า ความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันเพื่อเข้าถึงและสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับเรียนรู้อาการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ควรประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชันนี้โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 140-158

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ แอปพลิเคชัน

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, Email: kesorn.p@psu.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³⁻⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

⁵⁻⁶อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 9 มกราคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 25 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 26 พฤษภาคม 2566

Development of Mobile Application to Promote Continuity of Care from Hospital to Community for Patients with Severe Multiple Trauma

Kesorn Promlek¹ Ph.D. (Nursing)

Jintana Damkliang² Ph.D. (Nursing)

Nucharee Yanwimut³ B.N.S

Amornrat Chumnonphak⁴ B.N.S

Sumamita Sawasdinaruenart⁵ Ph.D. (Nursing)

Duangstuda Siripituphum⁶ Ph.D. (Nursing)

Abstract: This research and development aimed to develop a mobile application to promote continuity of care for patients with severe multiple trauma from hospital to community in one area of Mueang District Songkhla province. The study focused on development of the mobile application phase and evaluation of user's satisfaction and feasibility. The participants were purposively selected, and consisted of eight nurses working at Songkhla hospital and community health center, 27 village health volunteers, and five caregivers of patients with severe multiple trauma. The instruments used were semi-structured interview guides and the assessment of user satisfaction in using the Continuity of Care Model (CCM) application. The data were analyzed using content analysis and descriptive statistics. Results showed that: 1) mobile application for promoting continuity of care for patients with severe multiple trauma from hospital to community consisted of three parts regarding user group, namely caregivers, village health volunteers, and administrators, and 2) the mobile application was feasible to be applied, reflected by a high level of satisfaction of caregivers, village health volunteers, and application administrators. In addition, the caregivers reported their satisfaction in using the application and the possibility to be used for improving accessibility and communication with health care providers, and as a learning resource for patient care. However, larger samples and testing the application for its effectiveness are necessary.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 140-158

Keywords: continuity of care model, patients with severe multiple trauma, application

¹RN, PhD, Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; Corresponding Author, Email: kesorn.p@psu.ac.th

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

³⁻⁴Registered Nurse, Senior Professional Level, Songkhla Hospital

⁵⁻⁶RN, PhD, Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received Jan 9, 2023; Revised May 25, 2023; Accepted May 26, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

การบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความพิการ และค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษาพยาบาล จากรายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลกปี 2022 พบว่า อัตราการตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลกยังคงสูงประมาณ 1.35 ล้านคนต่อปี (3,700 คนต่อวัน)¹ เป็นสาเหตุให้มีผู้บาดเจ็บและพิการประมาณ 50 ล้านคนต่อปี² เช่นเดียวกับในประเทศไทย ที่พบรายงานอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงถึง 58 คนต่อวัน มีผู้บาดเจ็บที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลสูงถึง 150,000 – 200,000 รายต่อปี และร้อยละ 4.6 มีความพิการร่างกาย ซึ่งจำนวนผู้พิการรายใหม่สูงถึง 7,000 – 13,000 คนต่อปี โดยร้อยละ 79.3 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์³

กระทรวงสาธารณสุขมีการส่งเสริมมาตรการเพื่อลดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุก็ยังคงสูงขึ้น⁴ การจัดการผู้ป่วยอุบัติเหตุตั้งแต่ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล ระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้านจึงมีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มที่มีการบาดเจ็บสมองหรือไขสันหลัง จะหลงเหลือความพิการ มีภาวะติดเตียง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลแบบสมบูรณ์ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁵ รวมทั้งการดูแลเฉพาะด้าน เช่น การดูแลการหายใจทางท่อเจาะคอ การกระตุ้นการรับรู้และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะฉุกเฉินและวิกฤตจะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและ

ความพิการ¹ การดูแลผู้รอดชีวิตระยะเปลี่ยนผ่านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลก็ยังคงมีปัญหาคอขวดในมิติของกระบวนการและประสิทธิภาพของระบบสนับสนุนด้านสาธารณสุข ได้แก่ (1) ไม่มีกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายของผู้ดูแล ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายเร็วขึ้นจากนโยบายลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลเนื่องด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ รวมถึงขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และได้รับข้อมูลไม่เพียงพอโดยเฉพาะอาการสำคัญที่ต้องกลับมาพบแพทย์⁶ และ (2) ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนสาธารณสุขในชุมชน ขาดการติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน⁷ และขาดช่องทางในการติดต่อขอคำปรึกษา⁸ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอัตราการกลับเข้ามาในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ช่วง 1 ปีแรกหลังจำหน่ายสูงถึงร้อยละ 40.5-42.6^{9,10} โดยร้อยละ 31.1¹⁰ มีสาเหตุมาจากภาวะปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ทั้งนี้ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมายังห้องฉุกเฉิน พบว่าบางครั้งไม่ได้มาด้วยภาวะที่ฉุกเฉิน แต่เนื่องด้วยการขาดสมรรถนะและความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ซึ่งการกลับเข้ามารักษารักษาในโรงพยาบาลก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลและมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งต่อครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข¹¹

จากปัญหาความไม่เพียงพอของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นอุปสรรคหนึ่งของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการ

ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง^{8,12} อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นการทำงานเชิงรุกเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงซึ่งเป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ¹³

การส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่าน จึงมีความสำคัญในการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น รวมถึงเป็นช่องทางเชื่อมต่อสื่อสารข้อมูลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข¹⁵ ซึ่งโทรศัพท์มือถือเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับนิยามมากขึ้นเรื่อย ๆ^{14,15,16} เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ (mobile application) เพื่อติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงให้คำปรึกษาผ่านการส่งข้อความรูปภาพและวิดีโอ จัดเก็บข้อมูลซึ่งสามารถแปลผลและแจ้งเตือนหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เป็นต้น¹⁴ ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะเปลี่ยนผ่าน ลดค่าใช้จ่ายและภาระของผู้ดูแลในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในความสะดวกของการใช้แอปพลิเคชัน¹⁴ นอกจากนี้ยังมีแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถืออื่น ๆ ได้แก่ แอปพลิเคชันให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำ¹⁵ และแอปพลิเคชันส่งเสริม

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้วยเทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม¹⁶ พบว่า ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับดี^{15,16}

นอกจากนี้จากรายงานการศึกษาเบื้องต้นเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลสงขลา ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบเมื่อกลับไปอยู่บ้านจำนวน 8 คน¹⁷ พบประเด็นสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างกระบวนการและการติดตามผลลัพธ์บางประการที่จำเป็นต้องพัฒนา คือ 1) กระบวนการเตรียมพร้อมผู้ดูแล เพื่อดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านยังไม่มีประสิทธิภาพ หอผู้ป่วยยังไม่มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจน นอกจากนี้ พบว่าผู้ที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไม่ใช้ผู้ดูแลหลักเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หรือมีการผลัดหมุนเวียนในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลบางรายไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงยังไม่มีเอกสารหรือแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านให้แก่ผู้ดูแลเพื่อศึกษาเพิ่มเติม 2) การส่งต่อข้อมูลในระบบ Continuing of Care (COC) link ไม่ครบถ้วนและไม่ real time ซึ่ง COC เป็นโปรแกรมส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มีการกรอกข้อมูลเข้าสู่ระบบไม่ครบถ้วนทุกราย และข้อมูลที่จำเป็นบางอย่างไม่ได้ถูกบันทึกในระบบ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแล นอกจากนี้ ข้อมูลที่ถูกส่งต่อจากหน่วยเวชกรรมสังคมไปยัง รพ.สต. ได้รับการเปิดดูล่าช้าไม่ทันกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย แม้ว่าระบบจะมีการคัดแยกกระตือรือร้นของผู้ป่วยเนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่มีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้

รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน นอกจากนี้ผู้ดูแลไม่สามารถเชื่อมต่อเพื่อเข้าถึงข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วยในระบบนี้ได้ 3) บุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนไม่เพียงพอในการออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามมาตรฐาน เนื่องจากปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องการเยี่ยมบ้านมีสูงขึ้น ทำให้พยาบาลไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามความจำเป็นและแม้ว่าจะมีอสม. ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย แต่พบว่ายังไม่มีสมรรถนะเพียงพอในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ 4) มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มักถูกนำกลับมายังห้องฉุกเฉิน ด้วยปัญหาที่เป็นภาวะฉุกเฉิน เช่น ท่อเจาะหลอดลมคอหลุด ติดเชื้อในปอด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และปัญหาที่ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน เช่น สายให้อาหารทางจมูกเลื่อน เสมหะเหนียว มีไข้ ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติที่ต้องนำผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ และไม่สามารถจัดการกับปัญหาบางอย่างที่ไม่ฉุกเฉินได้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ได้ดังกล่าว ทีมวิจัยจึงคิดออกแบบการพัฒนาแอปพลิเคชัน ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อช่วยเพิ่มความสะดวกในการสื่อสารและบันทึกข้อมูลที่เป็นต้องดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย และเสริมความรู้สำหรับการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูดเสมหะ การทำความสะอาดท่อชั้นในของท่อเจาะหลอดลมคอ การจัดทำและออกกำลังกาย การให้อาหารทางสายยาง การประเมินภาวะผิดปกติที่พบได้บ่อย เช่น ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ภาวะติดเชื้อในปอดและทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน รวมถึงการมีช่องทางให้ผู้ดูแลได้ติดต่อขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากพยาบาลได้ตลอดเวลา

และมีความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับ อสม. ในการติดตามประเมินและบันทึกอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเมื่อออกเยี่ยมบ้าน รวมถึงเป็นช่องทางในการรายงานผลการประเมินผู้ป่วยหรือปัญหาของผู้ป่วยกลับมาให้พยาบาลทราบทันที ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยศึกษาในบริบทพื้นที่แห่งหนึ่งของ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ซึ่งมีผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบที่มีการบาดเจ็บสมองและหรือไขสันหลังร่วมด้วย และต้องการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 30 ราย¹⁸ ซึ่งคาดว่าจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลังจำหน่าย ส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟู ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล และสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทอำเภอเมือง และอำเภออื่น ๆ ภายใต้อุปกรณ์การดูแลของโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์การวิจัย

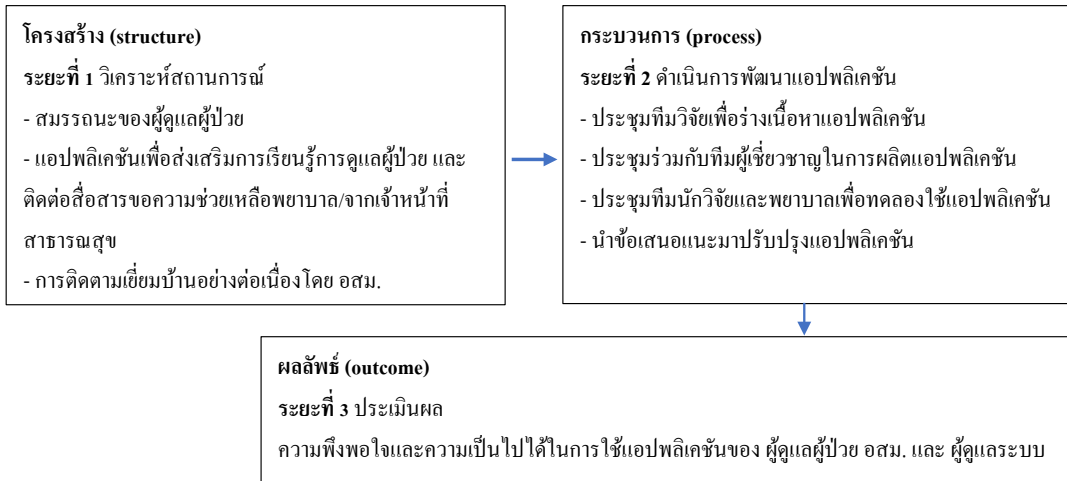
1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ

(process) และผลลัพธ์การดำเนินงาน (output)¹⁹ ด้านโครงสร้างประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ภายใต้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบในบริบท อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ช่องทางในการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาล และเครื่องมือสนับสนุนแหล่งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลและ อสม. คอยติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การประชุมทีม การพัฒนาและทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไข

แอปพลิเคชันเพื่อเป็นช่องทางให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นแหล่งข้อมูลให้ผู้ดูแลเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย และเป็นเครื่องมือในการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องสำหรับ อสม. และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ การประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้ร่วมกับการใช้แนวคิดวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนร่วมกับทบทวนวรรณกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ภายหลังจากได้ค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะที่ 1 แล้ว เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริม

การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยดำเนินการเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ประเมินผลการทดลองใช้แอปพลิเคชันในมิติความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง

หลายระบบอย่างต่อเนื่อง กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล ผู้ป่วย อสม. และผู้ดูแลระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาและประเมินผล การใช้แอปพลิเคชัน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบ ประกอบด้วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสงขลา 6 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 2 คน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติเป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลครัวเรือนในเขตพื้นที่ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มีจิตอาสา มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ จำนวน 27 คน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ จำนวน 5 คน อยู่ในเขต จังหวัดสงขลา มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา (2021-Nrt-J3-1036) วันที่ 11 มิถุนายน 2564 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ

การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการปกปิดการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด

ขั้นตอนการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ภายหลังจากที่ได้วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อค้นหาประเด็นความต้องการที่ได้ศึกษาเบื้องต้นแล้ว จึงมาสู่การดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการพัฒนาแอปพลิเคชัน

ทีมผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่กล่าวในตอนต้น พร้อมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ประชุมทีมวิจัยเพื่อทบทวนและร่างเนื้อหาที่ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2. นำร่างเนื้อหาแอปพลิเคชันมาประชุมร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญในการผลิตแอปพลิเคชัน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 3 ท่านที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ วิศวกรซอฟต์แวร์ 3 ท่านที่เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์พัฒนาแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3. ประชุมร่วมกับทีมพยาบาลที่ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ตอนต้น เพื่อกำหนดแนวทางการทดลองใช้และให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาและการใช้งานแอปพลิเคชัน

4. ประชุมร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญในการผลิตแอปพลิเคชันเพื่อปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของพยาบาลผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีบางประเด็นในการปรับปรุงสาระในแอปพลิเคชันให้มีความสมบูรณ์ ได้แก่ การเพิ่มวันนัดเจาะเลือดและนัดพบแพทย์ร่วมกับมีระบบแจ้งเตือนพยาบาลเพื่อให้พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนได้เตรียมพร้อมทั้งเวลาและอุปกรณ์ในการเจาะเลือดผู้ป่วย และเพิ่มเติมตำแหน่งที่ตั้งบ้านของผู้ป่วย (location) เพื่อให้เจ้าหน้าที่เดินทางได้ง่ายและสะดวก

ระยะประเมินผล

การประเมินผลผลลัพธ์ของการทดลองใช้แอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลชุมชน โดยวัดความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันไปใช้ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และ ผู้ดูแลระบบ ดังนี้

1. ทดลองใช้แอปพลิเคชันในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ จำนวน 5 คน โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ผู้ดูแลลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบแอปพลิเคชัน เรียนรู้และทดลองใช้แอปพลิเคชัน จากนั้นประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน

2. ทดลองใช้แอปพลิเคชันในกลุ่ม อสม. จำนวน 27 คน โดยทีมผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบเมื่อกลับไปบ้าน ที่สอดคล้องกับเนื้อหาในแบบประเมินผู้ป่วยดังกล่าวที่เสนอข้างต้น จากนั้นให้ อสม. ลงทะเบียนทดลองใช้งานแอปพลิเคชัน และทำการประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน

3. ทดลองใช้แอปพลิเคชันในกลุ่มผู้ดูแลระบบซึ่งเป็นพยาบาล จำนวน 8 คน และประเมินความ

พึงพอใจ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

ชุดที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมคำตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. อาชีพหลัก ประสบการณ์ฝึกอบรมผู้ป่วยติดเตียง ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต

ชุดที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลระบบ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อายุการปฏิบัติงานพยาบาล

ชุดที่ 4 ความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันสำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และ ผู้ดูแลระบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้ระบบเชื่อมโยงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข²⁰ โดยพิจารณาเนื้อหาข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการใช้งาน แบบสอบถามชุดเดียวกัน เน้นให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมกับเนื้อหาองค์ประกอบและวิธีการใช้งานของแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพของระบบ 2) คุณภาพของสารสนเทศ 3) คุณภาพการบริการ และ 4) การใช้งาน ส่วนที่ 2 คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน 6 ข้อ ซึ่งทั้ง 2 ส่วนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับของลิเคิร์ตโดยนำผลที่ได้เทียบกับเกณฑ์การประเมิน²¹ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงพึงพอใจหรือเป็นไปได้มากที่สุด 3.51-4.50 พึงพอใจหรือเป็นไปได้มาก 2.51-3.50 พึงพอใจหรือเป็นไปได้ปานกลาง 1.51-2.50 พึงพอใจหรือเป็นไปได้น้อย และ 1.01-1.05 พึงพอใจหรือเป็นไปได้น้อยที่สุด และส่วนที่ 3 คือ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับการนำแอปพลิเคชันไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื้อหาสาระในแอปพลิเคชันได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98

แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและพัฒนาเครื่องมือวิจัย 2 ท่าน และนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยและแอปพลิเคชัน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97 โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาของข้อคำถามให้

สามารถเข้าใจได้ง่าย คือ “ระบบแสดงผลได้ดีบนอุปกรณ์ของผู้ใช้” ปรับเป็น “ระบบแสดงผลได้ดีบนโทรศัพท์มือถือของผู้ใช้” และได้ทดสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับกลุ่ม อสม. ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .97

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันนี้ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วย โดย 3 คน เป็นเพศชาย ที่เหลือ 2 คน เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 2 คน ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) 2 คน และมีวัยมปลาย 1 คน มีความสัมพันธ์เป็นบิดาสามี ภรรยา ลูก และน้ำของผู้ป่วย โดยกิจกรรมหลักที่ต้องดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ดูดเสมหะทางท่อเจาะหลอดลมคอ ให้อาหารทางสายยางทางจมูก (nasogastric tube) อาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้า จัดทำกายภาพบำบัด (5 ราย) และดูแลสายระบายปัสสาวะทางหน้าท้อง (cystostomy) (1 ราย) ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมีการบาดเจ็บของสมองร่วมด้วย

2) กลุ่มตัวอย่าง อสม. ทั้งหมดจำนวน 27 คน มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนที่สามารถเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตได้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.9) เป็นเพศหญิง คำนวณอายุอยู่ที่ 56.0 ปี (ต่ำสุด 36 ปี และ

สูงสุด 69 ปี) (IQR = 48.0 – 61.0) ร้อยละ 40.7 (11 ราย) จบการศึกษาระดับระดับปริญญาตรีมากที่สุดคือร้อยละ 77.8 (21 ราย) ไม่มีประสบการณ์ฝึกอบรบหรือดูแลผู้ป่วยติดเตียง อสม. ที่เหลือ (6 คน) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 1-5 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.7) ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว รองลงมา (ร้อยละ 29.6) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เช่น เย็บผ้า ร้อยละ 18.5 เป็นแม่บ้าน และที่เหลือ (ร้อยละ 7.4) ทำอาชีพเกษตรกร

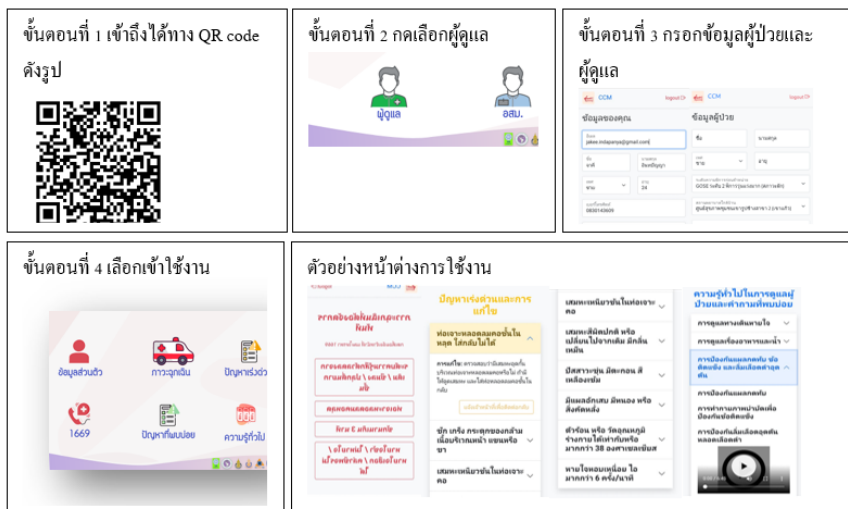
3) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลระบบ ทั้งหมด 8 ราย เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาโท 2 ราย และระดับปริญญาตรี 6 ราย อายุงานเฉลี่ย 25 ปี (ตั้งแต่ 18 – 30 ปี)

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ

แอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้อยู่ในรูปแบบของบัญชีไลน์ทางการ (Line Official) ชื่อว่า Continuity of Care

Model (CCM) ซึ่งสามารถใช้ได้กับโทรศัพท์มือถือทั้งระบบแอนดรอยด์และ iOS เชื่อมต่อระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาลโรงพยาบาลสงขลาและพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน และ อสม. แอปพลิเคชันนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน จำแนกตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม คือ

1) ผู้ดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยในระบบก่อนได้รับการจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ซึ่งง่ายต่อการลงทะเบียนโดยสแกนบาร์โค้ดจากหอผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถแจ้งปัญหาฉุกเฉินผ่านปุ่มติดต่อ 1669 ได้สะดวก หรือเมื่อเกิดปัญหาเร่งด่วนและต้องการคำปรึกษา สามารถกดปุ่มแจ้งให้พยาบาลติดต่อกลับให้คำแนะนำได้พร้อมวิธีการจัดการผู้ป่วยเบื้องต้น รวมถึงสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยจากหน้าความรู้ทั่วไป และคำถามที่พบบ่อยสามารถสื่อสารทั้งในรูปแบบข้อความ รูปภาพและวิดีโอ นอกจากนี้ ยังมีช่องแชท (chat) สามารถพิมพ์ข้อความ รูปภาพหรือไฟล์ส่งให้กับพยาบาลได้สะดวก และเป็นส่วนตัว (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การเข้าใช้งานและตัวอย่างหน้าต่างการใช้งานแอปพลิเคชันในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ

2) อสม. ทำหน้าที่ประเมินและบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยภายใต้ความรับผิดชอบในเขตพื้นที่ของตนเองเมื่อออกติดตามเยี่ยมบ้านตามแบบฟอร์มประเมินผู้ป่วยในแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว การหายใจ อุดมภูมิ ซีพจร ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ผลการรับประทาน อาหาร การขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ สรุปภาวะสุขภาพโดยรวม จากนั้นสามารถกดปุ่มส่งผลการประเมินให้พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนทันทีหลังเสร็จสิ้น

การประเมิน นอกจากนี้ สามารถเรียนรู้วิธีการจัดการเมื่อเกิดปัญหาของผู้ป่วยจากหน้าความรู้ทั่วไป และคำถามที่พบบ่อย และสามารถขอคำปรึกษาพยาบาล โดยการพิมพ์ข้อความ รูปภาพหรือไฟล์ได้สะดวก และเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ พยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถเพิ่มชื่อ อสม. ที่รับผิดชอบเขตพื้นที่ครัวเรือนของผู้ป่วยเข้าในระบบหลังจากได้รับการแจ้งเตือนว่า จะมีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 การใช้งานและตัวอย่างหน้าต่างการใช้งานแอปพลิเคชันในส่วนของ อสม.

3) ผู้ดูแลระบบ ทำหน้าที่จัดการข้อมูลในระบบ ประกอบด้วยข้อมูลโรงพยาบาลในระบบ ข้อมูลผู้ดูแลและผู้ป่วย และ อสม. ในระบบ และตารางนัดหมายผู้ป่วย ซึ่งสามารถแสดงข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ และนำสู่การวางแผนงานต่อยอด เช่น ข้อมูลและกราฟแสดงสรุปแนวโน้มภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการนำแอปพลิเคชันไปใช้

ผู้ดูแลผู้ป่วย 5 คน มีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 4.40 – 5.00) ดังตารางที่ 1 โดยมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม คือ แอปพลิเคชันช่วยเพิ่มโอกาสเข้าถึงการติดต่อสื่อสารกับพยาบาลได้สะดวก รวดเร็วเมื่อต้องการความช่วยเหลือ หรือขอคำปรึกษาโดยไม่ต้องรอนัดกลับมาพบแพทย์หรือวันราชการ เช่น ต้องการปรึกษาเรื่องปริมาณน้ำดื่มที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน เวลาที่ให้อาหารและยา หรือสามารถให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้หรือไม่ นอกจากนี้ ผู้ดูแลสะท้อนความเห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันมีประโยชน์โดยเฉพาะในภาวะที่มีข้อจำกัดการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 อย่างไรก็ดีตาม ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (4.40) คือ มีชุดความรู้/คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ควรมีคำแนะนำเรื่องอื่น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยน พลาสเตอร์ติดสายให้อาหารทางจมูก ส่วนข้อที่ได้คะแนนน้อยลงมา (4.6) คือสามารถใช้งานได้ง่ายในการลงทะเบียน ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะว่าการกรอกข้อมูลที่อยู่เมลอาจไม่จำเป็นและผู้ดูแลทุกรายไม่มีที่อยู่เมล

อสม. มีความพึงพอใจในการทดลองใช้แอปพลิเคชันในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย

แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 4.22 – 5.00) โดยประเด็นที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ สามารถใช้แอปพลิเคชันโดยไม่ต้องดาวน์โหลดโปรแกรมเพื่อติดตั้งหรือสมัครการใช้งานใด ๆ (mean = 5.00, SD = 0.00) รองลงมาคือมีผลการสรุปแนวโน้มภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย (mean = 4.56, SD = .69) และสามารถแสดงผลได้ดีบนโทรศัพท์มือถือของผู้ใช้ (mean = 4.52, SD = .70) ส่วนประเด็นที่พึงพอใจน้อยที่สุดคือ ไม่พบข้อผิดพลาด (4.15) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 นอกจากนี้ อสม. ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า การนำแอปพลิเคชันมาใช้กับบัญชีไลน์ทางการ ทำให้การเชื่อมต่อทำได้ง่ายและสามารถเรียนรู้การใช้งานของระบบได้ง่ายขึ้น เนื้อหาที่เป็นวิดีโอการดูแลผู้ป่วยในแอปพลิเคชัน ช่วยให้เรียนรู้เพิ่มเติมได้ง่ายและสะดวก และควรนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ด้วยอย่างไรก็ตาม ควรปรับตัวเลือกเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น สำหรับการระบุตำแหน่งบ้าน (location) ของผู้ป่วย แม้ว่าจะช่วยให้มีความสะดวก รวดเร็วในการเข้าถึง แต่พบอุปสรรคคือโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนของ อสม. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) ไม่รองรับการระบุข้อมูลตำแหน่งบ้าน

กลุ่มผู้ดูแลระบบ มีความพึงพอใจในการทดลองใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เช่นเดียวกัน (ค่าเฉลี่ยแต่ละข้อคำถามอยู่ที่ 4.13 – 5.00) ซึ่งข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (4.13) คือ ชุดความรู้/คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย ดังตารางที่ 1 โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า วิดีโอความรู้เรื่องการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไรก็ตาม ควรลดเวลาของวิดีโอให้สั้นลงและแบ่งเป็นตอนสั้น ๆ เพื่อให้กระชับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันของผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และ ผู้ดูแลระบบ

ความพึงพอใจของการใช้แอปพลิเคชัน	ผู้ดูแลผู้ป่วย (N=5)		อสม. (N=27)		ผู้ดูแลระบบ (N=8)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
ด้านที่ 1 คุณภาพของระบบ						
1. แสดงผลได้ดีบนโทรศัพท์มือถือของผู้ใช้	5.00	.00	4.52	.70	5.00	.00
2. ใช้งานได้ดี ประมวลผลรวดเร็ว	4.80	.44	4.44	.69	4.75	.46
3. การใช้งานไม่พบข้อผิดพลาดในการทำงาน	5.00	.00	4.15	.81	4.63	.51
ด้านที่ 2 คุณภาพของสารสนเทศ						
4. การแสดงหัวข้อต่าง ๆ เข้าใจได้ดี	4.80	.44	4.48	.64	4.63	.51
5. สามารถกรอกข้อมูลได้ง่าย	4.80	.44	4.48	.70	4.50	.53
6. รูปภาพและข้อความ อ่านได้ง่าย ชัดเจน	4.80	.44	4.44	.75	4.75	.46
7. รูปภาพและข้อความ สื่อความหมายได้ชัดเจน	4.80	.44	4.41	.75	4.75	.46
ด้านที่ 3 คุณภาพการบริการ						
8. มีการรายงานสรุปแนวโน้มภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย	5.00	.00	4.56	.69	5.00	.00
9. มีชุดความรู้/คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วย	4.40	.54	4.48	.64	4.13	.35
10. สามารถเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย	5.00	.00	4.48	.75	4.25	.46
11. เนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้และบันทึกง่าย	4.80	.44	4.44	.69	4.25	.46
ด้านที่ 4 ด้านการใช้งาน						
12. การออกแบบเหมาะสมกับการใช้งานเมื่อต้องไปประเมินผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ใช้งานได้ดีทันที กรอกข้อมูลน้อย ส่งข้อมูลแบบภาพ ได้รู้ตำแหน่งที่ตั้งบ้านของผู้ป่วย	5.00	.00	4.41	.79	4.88	.35
13. สามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องดาวน์โหลดโปรแกรมเพื่อติดตั้ง หรือสมัครการใช้งานใด ๆ	5.00	.00	5.00	.00	5.00	.00
14. ใช้งานได้สะดวก และไม่ซับซ้อน มีลำดับขั้นตอนน้อย	4.60	.54	4.26	.71	4.25	.46
15. ลงทะเบียนได้ง่าย	4.60	.54	4.22	.84	4.25	.46

ส่วนที่ 3 ความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และผู้ดูแลระบบ คิดเห็นว่าความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 4.80 – 5.00, 4.33 – 4.52,

และ 4.13 – 5.00 ตามลำดับ ซึ่งประเด็นที่ทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แอปพลิเคชันเห็นว่ามีความเป็นไปได้สูงสุดในระดับมากที่สุด คือ สามารถเป็นช่องทางในการติดต่อผู้ป่วยกลับได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชันของผู้ดูแล อสม. และ ผู้ดูแลระบบ

ความเป็นไปได้ของการใช้แอปพลิเคชัน	ผู้ดูแลผู้ป่วย (N=5)		อสม. (N=27)		ผู้ดูแลระบบ (N=8)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1. เป็นช่องทางในการติดต่อผู้ป่วยกลับได้	5.00	.00	4.52	.64	5.00	.00
2. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้ดูแลผู้ป่วย	5.00	.00	4.48	.70	5.00	.00
3. นำข้อมูลจากชุดความรู้ในแอปพลิเคชันมาใช้เพื่อดูแลและแนะนำการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น	4.80	.44	4.44	.69	4.13	.35
4. เป็นช่องทางในการบันทึกการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย	4.80	.44	4.37	.68	5.00	.00
5. เป็นแนวทางในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	4.80	.44	4.33	.67	5.00	.00
6. เป็นเครื่องมือเพื่อเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	4.80	.44	4.41	.63	5.00	.00

อภิปรายผล

การศึกษานี้ได้พัฒนาแอปพลิเคชัน CCM ที่ใช้งานบนโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน มีจุดเด่นคือสามารถใช้ได้ทั้งระบบ iOS และ android ทำให้ใช้ได้ง่าย สะดวกและกว้างขึ้น ระบบสามารถแสดงผลได้ดีบนอุปกรณ์ของผู้ใช้ รวมถึงมีระบบการสื่อสารที่เป็นสองทาง ผู้ดูแลผู้ป่วยและ อสม.สามารถส่งข้อความและส่งรูปประกอบเพื่อปรึกษากับพยาบาลได้โดยตรง โดยข้อความการสนทนามีความเป็นส่วนตัว มีเพียงผู้ดูแลและพยาบาลผู้ดูแลระบบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ส่งผลให้ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันของ

ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และผู้ดูแลระบบอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

แอปพลิเคชันนี้มีจุดเด่นที่แตกต่างจากที่ผ่านมาคือ สามารถนำมาเป็นเครื่องมือเชื่อมการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลและ อสม.สามารถเรียนรู้การประเมินอาการ ปัญหาของผู้ป่วย และวิธีการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน กระทั่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และสามารถใช้เป็นช่องทางติดต่อสื่อสารแบบสองทาง ขอคำแนะนำและความช่วยเหลือจากพยาบาลบน

สถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งนี้แอปพลิเคชัน CCM เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกที่กลับไปอยู่บ้าน ที่มักเกิดปัญหาหรือความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ถูกเตรียมพร้อมเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในประเด็นสำคัญ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน สะท้อนได้จากคำถามของผู้ดูแล ได้แก่ “จะต้องให้ยากันซัก (Dilantin) ไปนานเพียงใด” “จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางตอนเที่ยงคืน และต้องตื่นมาให้ยากันซักเวลา 4 นาฬิกาเหมือนที่โรงพยาบาลอีกหรือไม่” “สามารถให้น้ำผู้ป่วยเพิ่มได้หรือไม่” “เมื่อไหร่ผู้ป่วยจะกินทางปากได้” “ผู้ป่วยดิ่งสายให้อาหารทางจมูกในวันอาทิตย์และไม่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้เนื่องจากมีพยาบาลประจำ รพ.สต. เพียง 1 คนในวันหยุดราชการ ทำอย่างไรดี” เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงสุดาและคณะ⁷ ซึ่งรายงานว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้านในเขต จังหวัดสงขลายังคงมีปัญหาเรื่องการได้รับข้อมูลและการสอนการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย ไม่เพียงพอขาดที่ปรึกษาเมื่อกลับมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และขาดการประสานงานติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลและจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาขึ้น ดังนั้น แอปพลิเคชัน CCM ที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรึกษาพยาบาล ช่วยเพิ่มความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wang et al.²² ซึ่งรายงานว่า การมีแหล่งสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น และช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้จากการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการได้

รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่นจากคำกล่าวของผู้ดูแลที่ว่า “ไม่ทราบว่าสามารถจัดให้ผู้ป่วยนั่งหัวสูงได้เพราะกลัวท่อเจาะหลอดลมคอจะงอ ทำให้ผู้ป่วยไอ และอาจอุดตันทางเดินหายใจผู้ป่วย” และ “น้องมีเสมหะน้อย เลยล้างท่อชั้นในของท่อเจาะคอทุก 3 วัน” เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและนำมาสู่การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล²³ ซึ่งการมีแอปพลิเคชันเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กระทั่งกลับบ้าน สามารถช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)²⁴

การพัฒนาศักยภาพอสม. ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นกระบวนการสำคัญหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลในการพัฒนาด้านกำลังคนโดยยกระดับความรู้และเพิ่มบทบาทของอสม. ให้เป็น อสม.หมอบริการบ้านควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชน ผ่านการพัฒนากระบวนการแพทย์ทางไกลในการลดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเอง ลดความแออัดและการพึ่งพาโรงพยาบาล นานุชนารถและคณะ²⁵ รายงานว่า อสม.ได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาลให้เป็นกลไกหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานเชิงรุก เพื่อรับมือกับภาวะสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม อสม.ยังขาดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในบางเรื่องที่มีความซับซ้อนของปัญหาในการดูแล ขณะเดียวกันผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยก็ไม่มั่นใจในการทำงานของ อสม. เนื่องจาก อสม.ส่วนใหญ่อายุมาก และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ดังนั้น การมีรูปแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพ

ของ อสม. ให้มีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยขั้นพื้นฐานจึงมีความสำคัญอย่างมาก โดยเพิ่มการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในงานที่ปฏิบัติอยู่ มีทักษะและทัศนคติที่ดีในการให้บริการ โดยเฉพาะหนึ่งในสมรรถนะหลักที่ต้องมี คือ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุข เช่น การประยุกต์ใช้กับระบบ การลงฐานข้อมูลเพื่อการสะดวกในการใช้ข้อมูลของผู้ป่วย เป็นต้น

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาแอปพลิเคชันที่ช่วยส่งเสริมให้ อสม. สามารถศึกษาความรู้ที่จำเพาะกับการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ เพื่อช่วยให้สามารถนำความรู้ไปใช้เมื่อออกเยี่ยมผู้ป่วยและสามารถให้คำแนะนำหรือดูแลเบื้องต้นได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในแอปพลิเคชันมีระบบที่อำนวยความสะดวกในการเป็นเครื่องมือในการออกเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ มีกำหนดตารางการเยี่ยมผู้ป่วยที่ชัดเจน มีระบบที่บันทึกวันและเวลาที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอัตโนมัติ สามารถทำการบันทึกข้อมูลการตรวจเยี่ยมในรูปแบบฟอร์มในแอปพลิเคชันอย่างเป็นระบบ และสามารถส่งรายงานผลการปฏิบัติแก่พยาบาลได้ทันที รวมถึงยังสามารถส่งข้อความในระบบ (chat) เพื่อปรึกษาพยาบาลกรณีที่มีปัญหาและต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาเบื้องต้น หรือวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การจัดการกรณีที่มีผู้ป่วยมีเสมหะเหนียวซึ่งอาจทำให้เสมหะคั่ง และนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในปอดได้ หรือกรณีที่มีปัสสาวะมีสีเข้มซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะร่างกายได้รับน้ำไม่เพียงพอ (dehydration) และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มักเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาล

นอกจากการใช้แอปพลิเคชันเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และ อสม. ในการบูรณาการใช้เทคโนโลยีในการทำงานและเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ยังสามารถใช้แอปพลิเคชัน เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ประสานและเชื่อมต่อข้อมูลประวัติ การประเมิน และการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งพบว่า ผู้ใช้แอปพลิเคชัน ได้แก่ อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยและพยาบาล มีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก และเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในอนาคต เนื่องจากสามารถใช้เป็นเครื่องมือประเมินผู้ป่วยและมีหน้าตาต่างแสดงกราฟสรุปผลแนวโน้มภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการคงที่ ดีขึ้นหรือแย่ลง อีกทั้งสามารถรายงานผลให้กับพยาบาลทันทีหลังการประเมินผู้ป่วย เนื่องจากแอปพลิเคชันได้ถูกออกแบบและพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เนื้อหาแบบประเมินผู้ป่วยที่บรรจุไว้ในแอปพลิเคชันมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะในระยะแรกหลังออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลจากพยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน อีกทั้งรูปแบบของแอปพลิเคชันได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การพัฒนาแอปพลิเคชันในการประเมินสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของบิณฑาและคณะ¹⁵ ที่ได้ผลิตและทดลองใช้แอปพลิเคชันการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยเสี่ยงต่ำบนอุปกรณ์โทรศัพท์มือถือ ซึ่งกระบวนการ

พัฒนาแอปพลิเคชันเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ปัญหาการออกแบบเค้าโครงแอปพลิเคชันและมีตรวจสอบคุณภาพของแอปพลิเคชันอย่างเป็นระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านเนื้อหาคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยถึงต่ำ และผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตแอปพลิเคชัน ซึ่งผลการทดลองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความพึงพอใจในการนำแอปพลิเคชันไปใช้

การเลือกใช้อุปกรณ์ในรูปแบบของบัญชีไลน์ทางการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้ เนื่องจากเป็นโซเชียลมีเดียที่มีความนิยมสูงสุดยอดผู้ใช้ทั่วโลกกว่า 211 ล้านคน โดยประเทศไทยมียอดผู้ใช้ไลน์เป็นอันดับที่ 2 ของโลก คือ 50 ล้านคนในปี พ.ศ. 2565 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนทั้ง อสม. พยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยมีบัญชีไลน์ (line account) และมีความคุ้นเคยกับการใช้อุปกรณ์แอปพลิเคชัน ทำให้สามารถติดตั้งแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือและเรียนรู้วิธีการใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนนี้ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

สรุป

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เน้นการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อสื่อสารระหว่างพยาบาล อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มแหล่งสนับสนุน การเรียนรู้และช่องทางการสื่อสารให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อติดต่อขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นแหล่งข้อมูลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธี

การดูแลและจัดการปัญหาทั้งที่เป็นภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือให้อสม. ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากและมีระบบบันทึกและการรายงานผลที่เป็นแบบแผนมากขึ้น ซึ่งการนำแอปพลิเคชันไปทดลองใช้ พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในอนาคต สะท้อนได้จากความพึงพอใจของผู้ใช้ในระดับมากถึงมากที่สุดทั้งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และผู้ดูแลระบบ

ข้อจำกัดการวิจัย

จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบที่นำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องไปทดลองใช้ยังมีจำนวนน้อย เนื่องด้วยในช่วงของการดำเนินการวิจัย มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเนื่องจากอาจเกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ประกอบกับ โดยธรรมชาติจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบที่เข้าเกณฑ์การติดตามดูแลต่อเนื่องของการศึกษานี้มีจำกัด ทำให้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยน้อยมาก

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรมีการนำแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องฯ ไปทดลองใช้โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ เพื่อประเมินประสิทธิภาพ และเปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน หรือเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แอปพลิเคชัน
2. ควรส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องฯ และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผ่านแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารอย่างเป็นระบบ โดยเพิ่มการประสานกับศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นที่อยู่ในเครือข่าย พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของ อสม. และ รพ.สต. เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการดูแลเบื้องต้น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำในการศึกษา และขอบคุณผู้ให้ทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม จากสำนักงานวิจัยแห่งชาติผ่านคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Road traffic injuries 2022 [cited 2022 Dec 26]; Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
2. UN Road Safety Fund. Political declaration on road safety 2022 [cited 2022 Dec 29]; Available from <https://www.un.org/pga/76/wp-content/uploads/sites/101/2022/05/Final-draft-PD-on-road-safety-23-May-2022-1.pdf>.
3. National Institute for Emergency Medicine. Situation and trend of health status and emergency medicine (global and Thailand levels) 2022 [cited 2022 Dec 26]; Available from https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf. (In Thai)
4. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2021 2021. [cited 2022 Dec 26]; Available from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic64.pdf (In Thai)
5. Wang JN, Liu LM, Dela Rosa R, Sun MJ, Qian YM, Sun MZ, Xu TY. Experiences of family caregivers of patients with post-traumatic hydrocephalus from hospital to home: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1132):1-10. [cited 2023 Jan 13]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08502-4>
6. Kimmel LA, Elliott JE, Sayer JM, Holland AE. Assessing the reliability and validity of a physical therapy functional measurement tool—the modified iowa level of assistance scale—in acute hospital inpatients. *Physical Therapy* 2016;96(2):176-82.
7. Siripituphum D, Songwathana P, Khupantavee N, Williams I. Caring for Thai traumatic brain injury survivors in a transitional period: what are the barriers?. *J Health Sci Med Res* 2020;38(1),43-52. (In Thai)
8. Jarujit S, Aramsin R, Prachanno W. Home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. *JPNC* 2019; 30(1):54-68. (In Thai)
9. Fakhry SM, Ferguson PL, Olsen JL, Haughney JJ, Resnick HS, Ruggiero KJ. Continuing trauma: the unmet needs of trauma patients in the postacute care setting. *Am Surg* 2017;83(11):1308-14.
10. Hsia RY, Markowitz AJ, Lin F, et al. Ten-year trends in traumatic brain injury: a retrospective cohort study of California emergency department and hospital revisits and readmissions. *BMJ Open* 2018;8:e022297. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022297>
11. Baujumrus D. Models predicting length of stay and readmission among government officials. [Dissertation]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2020. (In Thai)

12. Waseewerasi W. The Situations and Problems on Public Health Administration of Directors of Tambon Health Promoting Hospitals in Banmi District Lopburi Province. JDMS 2017; 42(6):108-11. (In Thai)
13. Kraikaew S, Suwanua P, Sopa S, Phrakhruthiratham-phimo. The role of the village health volunteers of promoting public health Khun Thale sub-district. JMND 2020; 7(12):69-81. (In Thai)
14. Semple JL, Armstrong KA. Mobile applications for postoperative monitoring after discharge. CMAJ. 2017 Jan 9;189(1):E22-E24. doi: 10.1503/cmaj.160195. Epub 2016 Dec 5. PMID: 27920015; PMCID: PMC5224949.
15. Binsa F, Khupantavee N, Naka K. Developing discharged instructive application of mild traumatic brain injury in low risk caregiver on mobile devices. Proceeding of the 4th national academic conference, Kasetsart University Sriracha Campus; 2021 Aug 28; Chonburi, Thailand; 2021 [cited 2022 Dec 26]; Available from: https://kukrdb.lib.ku.ac.th/proceedings/PSRC/search_detail/result/20010838 (In Thai)
16. Maneelert C. Development of application for bed-bound older adults care promotion via augmented reality technology. JIT 2021;7(2):83-94. (In Thai)
17. Promlek K, Yanwimut N, Damkliang J, Sawasdinarnenart S, Siripituphum D, Jittanoon P, Chumnongphak A. Developing a continuous care model for severe multiple trauma patients: transitioning from hospitals to the community. Chiangmai. National Research Council of Thailand (NRCT); 2022. (In Thai)
18. Medical Records and Statistics Department. Songkhla Hospital; 2021. (In Thai)
19. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press. 2003
20. Jumnonprasartporn W, Chanthong S, Thumtoh N, Tasupa Y. Consolidation databases of emergency care systems for public health emergency surveillance in Chiang Mai. 2021 [cited 2023 May 10]. Available from: https://thesecsi.net/SECSICMU/r_pdf/r4.pdf. (In Thai)
21. Silanoi L. The use of rating scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel and tourism study. JMS-UBU 2019;8(15):112-26. (In Thai)
22. Wang, Jn., Liu, Lm., Dela Rosa, R. et al. Experiences of family caregivers of patients with post-traumatic hydrocephalus from hospital to home: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2022;22(1132): 1-10.
23. Greysen SR, Harrison JD, Kripalani S, Vasilevskis E, Robinson E, Metlay J, Schnipper JL, Meltzer D, Sehgal N, Ruhnke GW, Williams MV, Auerbach AD. Understanding patient-centred readmission factors: a multi-site, mixed-methods study. BMJ Qual Saf 2017;26(1):33-41. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004570.
24. Hoyer EH, Brotman DJ, Apfel A, Leung C, Boonyasai RT, Richardson M, Lepley D, Deutschendorf A. Improving Outcomes After Hospitalization: A Prospective observational multicenter evaluation of care coordination strategies for reducing 30-day readmissions to Maryland hospitals. J Gen Intern Med 2018;33(5):621-7. doi: 10.1007/s11606-017-4218-4.
25. Nuchanart N, Petcharak S, Suthep C. A competencies development of the village health volunteers of Suphan Buri province. JMPS 2018;6(2):768-79. (In Thai)

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย

ศุภิสรา พลครุฑ¹ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ: การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 โดยกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมา และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 นี้ ได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใดที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ต้องทำการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นด้วย พยาบาลวิชาชีพถือเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากและเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพในชุมชน ประเด็นดังกล่าวจึงถือเป็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมเมื่อต้องถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งบทความวิชาการฉบับนี้ได้วิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแนวคิดวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PESTLE analysis) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านการเมือง 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 3) ปัจจัยด้านสังคม 4) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี 5) ปัจจัยด้านกฎหมาย และ 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ และเพื่อสร้างความเป็นมืออาชีพหากต้องปฏิบัติงานภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 159-173

คำสำคัญ: ความก้าวหน้า ประเด็นท้าทาย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

¹นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ผู้รับผิดชอบบทความ: Email: chanchira5858@gmail.com

วันที่รับบทความ 23 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไขบทความ 9 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับบทความ 10 กุมภาพันธ์ 2566

Professional Nurses in Tambon Health Promoting Hospital Transferring to Local Administrative Organization: Career Path and Challenges

Supisara Phonkrut¹ MNS. (CNP)

Abstract: Transferring public health missions to local administrative organizations has been operating since B.E. 2551 (2008) and is guided by the Decentralization Plan to Local Administrative Organizations (Version 2), B.E. 2551, and the Action Plan Determining the Decentralization Procedures to Local Administrative Organizations (Version 2) on the transfer of missions. In B.E. 2565 (2022), the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health has declared the mission of tambon health promoting hospital must be transferred to the local administrative organization. Professional nurses are a large population and an important mechanism for driving health services in the community. The issue is considered a challenge for nurses. This article analyzed external factors influencing the practice of professional nurses based on the concept analysis of Political factors, Economic factors, Social factors, Technological factors, Legal factors, Environmental factors (PESTLE analysis) to be used as information for nurses' decision-making and empowerment as professionals after transferring to a local administrative organization.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 159-173

Keywords: career path, challenge, professional nurses, tambon health promoting hospital, local administrative organization

¹Nursing Technical officer, Professional level, Nursing Division, Office of Permanent Secretary; Corresponding Author:
Email: chanchira5858@gmail.com

Received February 23, 2022; Revised February 9, 2023; Accepted February 10, 2023

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ที่กำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 และต่อเนื่องมาจนถึง พ.ศ. 2563 เป็นจำนวนทั้งหมด 65 แห่ง จากจำนวนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ¹ และจากการประชุมคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 มีมติเห็นชอบให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 แห่ง รับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัด โดยมีองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ประสงค์ขอรับถ่ายโอนและผ่านการประเมิน จำนวน 49 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ขอถ่ายโอนจำนวน 3,367 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.53 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด จำนวน 9,750 แห่ง ซึ่งมีการดำเนินการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จ

ภายในวันที่ 1 ตุลาคม 2565² โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่นสำหรับเตรียมความพร้อมรองรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการจัดระบบบริการสาธารณสุข และด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขับเคลื่อนไปได้ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนในท้องถิ่นได้รับบริการสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้การบริหารงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องเป็นไปตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 มาตรา 45 กำหนดว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจหน้าที่ในการตราข้อบัญญัติโดยไม่ขัดหรือแย้งต่อกฎหมาย จัดทำแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัด และประสานการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด และในส่วนของภารกิจด้านสาธารณสุข ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนัก/กองสาธารณสุขซึ่งมีอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานการศึกษา ค้นคว้า วิจัย วิเคราะห์ และจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุข งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมไปถึงงานด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม งานมาตรฐานและคุณภาพหน่วยบริการ และการกำกับดูแลด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย

เป็นหน่วยบริการทางด้านสาธารณสุขในชุมชนที่มีภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากและเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการแก่ประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยส่วนใหญ่รับผิดชอบงานตรวจรักษา งานคัดกรองภาวะสุขภาพ งานเยี่ยมบ้าน และงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย พบว่า พยาบาลหนึ่งคนรับผิดชอบงาน ตั้งแต่ 1-8 งาน ส่วนใหญ่รับผิดชอบงานตรวจรักษา (93.75%) งานคัดกรองภาวะสุขภาพ (90.63%) รองลงมา คืองานเยี่ยมบ้าน (84.38%) งานส่งเสริมสุขภาพ (84.38%) งานจัดระบบบริการ (78.13%) งานสอนและเป็นวิทยากร (71.88%) และงานครูพี่เลี้ยง (25%) นอกจากนี้ยังมีบทบาทอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องข้องกับงานบริการพยาบาล ได้แก่ การวางแผนจัดซื้อจัดจ้าง หรือการบริหารงบประมาณในหน่วยบริการอีกด้วย³

ความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพภายใต้การปฏิบัติงานในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พยาบาลวิชาชีพควรนำเครื่องมือต่าง ๆ มาเป็นกลยุทธ์ในการทำงาน เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมขององค์กรนั้น ๆ ซึ่งปัญหาที่พบในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มาจากปัจจัยภายนอก เช่น ปัญหาขาดการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานราชการที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณะ ปัญหาความไม่ชัดเจนในการแบ่งหน้าที่

ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และความโปร่งใสภายในองค์กร ปัญหาการทับซ้อนของภารกิจหน้าที่และงบประมาณในการให้บริการระหว่างราชการส่วนกลางและท้องถิ่น และปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้เพื่อรองรับการให้บริการสาธารณะ⁴

ดังนั้นบทความนี้ผู้เขียนจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ความท้าทายที่เกิดจากปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PESTLE analysis) ของ Francis J. Aguilar⁵ มาเป็นแนวคิดหลักในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย ปัจจัย 6 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านการเมือง 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 3) ปัจจัยด้านสังคม 4) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี 5) ปัจจัยด้านกฎหมาย และ 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสรุปดังนี้

1. ปัจจัยทางการเมือง (political factors)

จากนโยบายการกระจายอำนาจการให้บริการสาธารณสุขที่ถูกกำหนดไว้ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เพื่อให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ที่ให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของคนในท้องถิ่น ส่งผลให้ต่อมามีการประกาศแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอน

ภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งได้กำหนดแนวทางการเตรียมความพร้อมในการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุข ด้านงบประมาณ ด้านการบริหารงานบุคคล และการชักจูงความเข้าใจของการใช้คู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจฯ ของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งจากการศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อการส่งเสริมธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า สิ่งที่ประชาชนคาดหวังจากกลไกด้านการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านหลักนิติธรรม ด้านหลักคุณธรรม ด้านหลักความโปร่งใส ด้านหลักการมีส่วนร่วม ด้านหลักความรับผิดชอบ และด้านหลักความคุ้มค่า⁶ จึงนับเป็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้อำนาจของนักการเมืองท้องถิ่นที่มีลักษณะการรวมตัวกันเหนียวแน่นผูกขาดอำนาจและการตัดสินใจของสังคม มีสายสัมพันธ์แนบแน่นกับข้าราชการในจังหวัด หน่วยงานต่าง ๆ และเป็นผู้มีบารมีและมีอิทธิพลจนเป็นเหตุให้ผูกขาดอำนาจทางการเมืองได้อย่างเบ็ดเสร็จ⁷ ด้วยเหตุนี้ พยาบาลวิชาชีพควรวางตัวเป็น กลางทางการเมือง โดยเน้นการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านองค์กรภาคประชาชนคู่ขนานไปกับกระบวนการในการดำเนินงานขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และต้องยอมรับการถูกตรวจสอบได้โดยประชาชน

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (economic factors)

การกระจายอำนาจทางการคลังนับเป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความสำคัญ หากไม่มีการกระจายอำนาจทางการคลัง หรือละเลยความสำคัญของการคลังท้องถิ่นแล้ว ก็เป็นการยากในการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง ดังนั้นการพัฒนาความสามารถทางการคลังของท้องถิ่นมีความจำเป็น ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพในการจัดหารายได้ และการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่เหมาะสม ดังเช่นกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการจัดหารายได้เอง หมายถึง การที่ท้องถิ่นมีความสามารถในการจัดเก็บภาษีท้องถิ่นประเภทต่าง ๆ โดยการกระตุ้น การนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ การหารายได้ในรูปแบบค่าธรรมเนียม การใช้ประโยชน์ต่าง ๆ และรวมถึงรายได้ที่รัฐบาลกลางจัดสรรให้ ซึ่งประกอบด้วย ภาษีแบ่งและเงินอุดหนุน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี มักเป็นไปเพื่อก่อให้เกิดการตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นเป็นสำคัญ⁸ ดังนั้น ในการจัดสรรงบประมาณ และการสนับสนุนฯ เวชภัณฑ์ และบุคลากรให้แก่สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนฯ เวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากรก่อนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และต้องมีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย

ต้องรายงานให้คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ ขณะเดียวกันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ต้องร่วมกันพิจารณากำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Standard Operating Procedures: SOP) และดำเนินการซักซ้อมความเข้าใจให้แก่หน่วยบริการประจำแม่ข่ายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขให้ยึดถือปฏิบัติและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งถือเป็นประเด็นท้าทายในการสนับสนุนช่วยเหลือแต่ละเครือข่ายตามหลักเกณฑ์ที่ได้ทำข้อตกลงร่วมกันไว้ นอกจากนี้ จากการศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านมา ผู้เขียนพบว่า พยาบาลอาจได้รับบทบาทอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาล เช่น การวางแผนจัดซื้อจัดจ้าง หรือการบริหารงบประมาณในหน่วยบริการ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรศึกษาหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อวางแผนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนให้สอดคล้องกับเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจาก สปสช. และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระเบียบการปฏิบัติงานในเรื่องของการจัดหาพัสดุ วิธีการจัดซื้อและจัดจ้างเพื่อความถูกต้องตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการพัสดุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. ปัจจัยด้านสังคม (social factors)

ประวัติศาสตร์การเมืองการปกครองท้องถิ่นมีพัฒนาการพร้อมกับการมีชุมชนมาเป็นเวลานาน โดยพบว่า ก่อนที่จะมีกฎหมายบ้านเมืองจัดระบบการปกครองท้องถิ่นอย่างเป็นทางการนั้น ชุมชนต่าง ๆ

มีองค์กรชุมชนทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมสาธารณะในชุมชน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมการปกครองตนเองแบบดั้งเดิม (traditional civic culture) ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในท้องถิ่น ไม่มีสถานะทางกฎหมาย การดำเนินกิจการสาธารณะของกลุ่มส่วนใหญ่อาศัยกระบวนการทางสังคม ความไว้วางใจ ความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ แต่ในปัจจุบัน กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดำเนินกิจกรรมสาธารณะด้านต่าง ๆ⁷ เพื่อให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ที่ให้ความสำคัญเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของคนในท้องถิ่น ผ่านพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยที่ท้องถิ่นต้องมีอิสระในการกำหนดทิศทางการจัดบริการสาธารณะ มีมาตรฐานการบริการสาธารณะด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านคุณภาพชีวิต ด้านการจัดระเบียบและรักษาความสงบเรียบร้อยและด้านการลงทุนทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและศิลปวัฒนธรรม รวม 48 มาตรฐาน⁹ จากผลการศึกษาการจัดการสังคมและวัฒนธรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ส่วนใหญ่สังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่นมุ่งเน้น การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการจัดการองค์กรใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาคี/เครือข่าย ด้านการสื่อสาร/เทคโนโลยี ด้านนโยบาย และด้านบุคลากร บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเสริมสร้างจุดแข็ง ปิดจุดอ่อน และพัฒนาสมาชิกในชุมชนให้เป็นคนเก่งคนดี ในระดับชุมชน การสร้างคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตอย่างมีเหตุผลมีผล ในระดับครัวเรือน

รวมไปถึงการสนับสนุน ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ธรรมชาติและสุขภาพ¹⁰ และจากการศึกษาวัฒนธรรมองค์กรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง ในจังหวัดชลบุรี และจังหวัดระยอง พบว่า วัฒนธรรมองค์กรที่เป็นวัฒนธรรมเด่น คือ วัฒนธรรมสายบังคับบัญชา และมีวัฒนธรรมรอง คือ วัฒนธรรมสัมพันธ์เกื้อกูล ส่วนวัฒนธรรมที่ต้องการ คือ วัฒนธรรมสัมพันธ์เกื้อกูล¹¹ ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายด้านสังคมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การปรับวิธีการทำงาน โดยเน้นความคิดสร้างสรรค์ การทำงานเชิงรุก ส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและความต้องการของผู้รับบริการ เน้นการสร้างแผนปฏิบัติการให้เป็นรูปธรรม ชัดเจน และไม่สนับสนุนวัฒนธรรมสายบังคับบัญชา แต่ควรเน้นให้เกิดวัฒนธรรมสัมพันธ์เกื้อกูล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แนวราบที่ไม่มีความแตกต่างทางชนชั้น แต่มีความใกล้ชิด ช่วยเหลือเกื้อกูลกันบนพื้นฐานของความปรารถนาดีต่อกัน

4. ปัจจัยด้านเทคโนโลยี (technological factors)

การบริหารจัดการเมืองแบบอัจฉริยะ (smart city) เป็นการบริหารจัดการเมือง หรือชุมชนแนวใหม่ที่นิยมใช้ในการบริหารจัดการท้องถิ่นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นคำเรียกเมืองหรือท้องถิ่นที่มีระบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีช่วยให้เกิดคุณภาพการใช้ชีวิตในเมืองหรือท้องถิ่นนั้น ๆ ดีขึ้น ลดผลกระทบที่มีต่อสิ่งแวดล้อม และลดการใช้พลังงานของเมืองเป็นรูปแบบการประยุกต์โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัล หรือข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีการสื่อสารในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการชุมชน การบริหารจัดการท้องถิ่นที่ดีซึ่งอาศัยผู้บริหารและบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพสูง ยึดหลักการทำงานที่รวดเร็ว

แม่นยำ และตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology : IT) จึงเป็นทางเลือกสำคัญหนึ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน¹² ดังตัวอย่างเช่น รูปแบบการบริหารจัดการเมืองอัจฉริยะ (smart city) ในมิติของการพัฒนาเมืองอัจฉริยะ 9 มิติ ของท้องถิ่นคือ 1) เมืองอัจฉริยะด้านการศึกษา (smart education) 2) เมืองอัจฉริยะด้านสุขภาพ (smart healthcare) 3) เมืองอัจฉริยะด้านคุณภาพชีวิต สังคมและชุมชน (smart living) 4) เมืองอัจฉริยะด้านความปลอดภัย (smart safety) 5) เมืองอัจฉริยะด้านการบริหารจัดการภาครัฐ (smart government) 6) เมืองอัจฉริยะด้านสิ่งแวดล้อม (smart environment) 7) เมืองอัจฉริยะด้านเศรษฐกิจ (smart economy) 8) เมืองอัจฉริยะด้านการคมนาคม (smart mobility) และ 9) เมืองอัจฉริยะด้านพลังงาน (smart energy) ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการท้องถิ่นที่ทันสมัย ดังนั้นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ คือ ความสามารถในการปรับตัวให้ทันต่อรูปแบบเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่กำลังนำเข้ามาปรับใช้ในการบริหารจัดการท้องถิ่นในปัจจุบันเพื่อสร้างให้ท้องถิ่นนั้น ๆ มีความโดดเด่นเฉพาะตัว พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนบริการด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน จึงควรพัฒนาตนเองเพื่อให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยเน้นบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานกับหลายภาคส่วนในชุมชน ทั้งในภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อเป็นแกนหลักในการร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่การเป็นเมืองหรือชุมชนอัจฉริยะที่มีความปลอดภัยและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนในท้องถิ่นต่อไปในอนาคต

5. ปัจจัยด้านกฎหมาย (legal factors)

ปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ เข้ามามีบทบาทต่อสังคมไทยเพิ่มมากขึ้น มีการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์และส่งต่ออย่างรวดเร็ว จากพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 หรือที่ประชาชนทั่วไป รู้จักในชื่อ “PDPA” (Personal Data Protection Act) และบังคับใช้ทั้งฉบับเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ที่ผ่านมา เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์กลไก หรือมาตรการกำกับดูแลเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการล่วงละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจมีเพิ่มขึ้น ดังนั้น ประเด็นด้านกฎหมายจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายและสำคัญอย่างยิ่ง ในการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความรู้ความเข้าใจและระมัดระวัง การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ฟังระวังเรื่องความเป็นส่วนตัว (privacy) และความปลอดภัยของข้อมูล (security) โดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วย คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย สร้างความรอบรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ (health literacy) และการรู้เท่าทันข้อมูล (information literacy) ด้วยการประเมินคุณภาพ ความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล ควรมีการกำกับดูแล และป้องกันสื่อออนไลน์ที่มีผลต่อภาพลักษณ์วิชาชีพ ทั้งสื่อส่วนตัวและสื่อสาธารณะ มีแนวทางการปฏิบัติกรณีเกิดเหตุการณ์ที่ล่อแหลมต่อการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียน¹³ ดังนั้นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ คือความสามารถในการทำงานแบบเครือข่าย (governance by networks and relationship) กล่าวคือ การวางแผนกระบวนการทำงานที่ต้องใช้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อข้อมูลส่วน

บุคคลของผู้รับบริการระหว่างกัน เพื่อร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบภายในเครือข่ายเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันบนความรับผิดชอบต่อสาธารณะ (public accountability)¹⁴

6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors)

ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 ระบุให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามารับผิดชอบภารกิจที่เกี่ยวกับการบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น จัดให้มีและบำรุงทางน้ำและทางบก การรักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม คุ้มครอง ดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละท้องถิ่นได้ทันต่อเหตุการณ์และพัฒนาท้องถิ่นสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้จริง ดังเช่นในปัจจุบัน พบว่าปัญหามลพิษทางอากาศที่รุนแรงหรือปรากฏการณ์ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน PM 2.5 ในแต่ละปี มีค่าสูงเกินมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหามลพิษส่วนใหญ่มาจากโรงงานอุตสาหกรรมโดยเฉพาะอุตสาหกรรมหนักขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในชุมชน

พบว่าสามารถสร้างมลพิษได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ การปล่อยควันพิษ ดังนั้นการสร้างความตระหนักและความเข้าใจในการป้องกันและลดปัญหาลิ่งแวดล้อมหรือมลพิษของชุมชนมีความจำเป็นยิ่ง ดังการศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมของสมาชิกชุมชนในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า สาเหตุที่ทำให้การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมน้อยลง เนื่องจากคนในชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในชุมชน และการเผยแพร่ข่าวสารไปยังคนในชุมชนยังไม่ทั่วถึงและสม่ำเสมอ¹⁵ และจากการศึกษาเกี่ยวกับอัตลักษณ์ชุมชนและขีดความสามารถในการรองรับได้เพื่อการบริหารจัดการวางแผนอนุรักษ์และพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่าความสำเร็จในการจัดการสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชน (ตามเกณฑ์การประเมินที่มีระดับคะแนนสูง) เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ 1) นโยบายผู้บริหารท้องถิ่นมีส่วนสำคัญในการจัดการสภาพแวดล้อมในพื้นที่ 2) การพบเห็นการทำผิดกฎหมายในพื้นที่และให้ความช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ 3) ชุมชนเห็นความสำคัญและมีค่านิยมร่วมกันในการพัฒนาพื้นที่ และ 4) ชุมชนมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง¹⁶

ประเด็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในท้องถิ่นคือ การให้ความสำคัญในการประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่าง ๆ นอกเหนือจากแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์แบบเดิม โดยใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์แบบใหม่ที่ทันสมัยมากขึ้น เช่นประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Facebook, Line, วิทยุชุมชน หรือรูปแบบอื่นที่ดึงดูดความสนใจของคนในชุมชน โดยอาจประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดเพื่อสิ่งแวดล้อม

(green marketing) กล่าวคือ เน้นการทำตลาดที่สนับสนุนความร่วมมือของบุคคลและสังคมในการป้องกันปัญหาลิ่งแวดล้อมในชุมชน หรือเน้นการทำตลาดที่ส่งเสริมทั้งการอุปโภค บริโภคที่เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ร่วมกับการดูแลรักษาระบบนิเวศ เน้นการปรับพฤติกรรมผู้บริโภคให้ใส่ใจสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการสร้างข้อผูกพันระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภคในชุมชน

เส้นทางความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพหลังถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการถ่ายโอนไปยังสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการบริหารงานบุคคลตามความต้องการและความเหมาะสมของท้องถิ่น แต่ได้กำหนดมาตรฐานกลางการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2544 เพื่อให้มีแนวทางการประเมินผลงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความเป็นธรรม ซึ่งการกำหนดตำแหน่งพนักงานส่วนท้องถิ่นมี 4 ประเภท ประกอบด้วย ตำแหน่งประเภทบริหาร ตำแหน่งประเภทอำนวยการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ และตำแหน่งประเภททั่วไป (รายละเอียดดังตารางที่ 1) พยาบาลวิชาชีพจัดอยู่ในตำแหน่งประเภทวิชาการ คือเป็นตำแหน่งที่จำเป็นต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญา ตามมาตรฐานทั่วไปที่คณะกรรมการกลางข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนด เพื่อปฏิบัติงานในหน้าที่ของตำแหน่งนั้น ตำแหน่งประเภทวิชาการ ประกอบด้วย ระดับปฏิบัติการ ข้าราชการ

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย

ชำนาญการพิเศษ และเชี่ยวชาญ แตกต่างจากระดับตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พยาบาลวิชาชีพสามารถก้าวไปถึงระดับทรงคุณวุฒิได้ แต่เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างการกำหนดตำแหน่ง และระดับตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพ ในสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนาวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนาวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า สายงานพยาบาลวิชาชีพ

สามารถขึ้นสู่ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้อำนวยการสถานอนามัยฯ ได้โดยมีการกำหนดตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งร่วมกับตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข หรือจัดอยู่ในกลุ่มบริการสุขภาพสาขาความเชี่ยวชาญ (ด้านการพยาบาล) อย่างไรก็ตามตำแหน่งที่กำหนดต้องพิจารณาตามงบประมาณรายจ่ายด้านบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ถูกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 40 ของเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตามมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างการกำหนดตำแหน่งความก้าวหน้าของบุคลากร จำแนกตามประเภทตำแหน่ง และระดับตำแหน่ง

ประเภทตำแหน่ง	ระดับตำแหน่ง	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ประเภทบริหาร	ระดับต้น	✓	✓
	ระดับกลาง	✗	✓
	ระดับสูง	✓	✓
ประเภทอำนวยการ	ระดับต้น	✓	✓
	ระดับกลาง	✗	✓
	ระดับสูง	✓	✓
ประเภทวิชาการ	ปฏิบัติการ	✓	✓
	ชำนาญการ	✓	✓
	ชำนาญการพิเศษ	✓	✓
	เชี่ยวชาญ	✓	✓
	ทรงคุณวุฒิ	✓	✗
ประเภททั่วไป	ปฏิบัติงาน	✓	✓
	ชำนาญงาน	✓	✓
	อาวุโส	✓	✓

หมายเหตุ “✓” หมายถึง มีการกำหนดระดับตำแหน่ง “✗” หมายถึง ไม่มีการกำหนดระดับตำแหน่ง

สำหรับการกำหนดตำแหน่งบุคลากรภายใน
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สายงานพยาบาล
วิชาชีพ พบว่า สามารถกำหนดตำแหน่งตามกลุ่มงาน
เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล/ผู้อำนวยการสถานีอนามัย
เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินี กลุ่มงาน

ส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค และกลุ่มงานเวชปฏิบัติ
ครอบครัว ส่วนความก้าวหน้าของตำแหน่งในสายงาน
พยาบาลวิชาชีพ ตามเกณฑ์และคุณสมบัติ พบว่า
มีความแตกต่างของหลักเกณฑ์และคุณสมบัติ
ตำแหน่งระหว่างสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ
สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และคุณสมบัติในการก้าวสู่ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น สายงานพยาบาลวิชาชีพ

หลักเกณฑ์/คุณสมบัติ	ความก้าวหน้าในสายงานพยาบาลวิชาชีพ	
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
คุณสมบัติเฉพาะ	ต้องได้รับปริญญาตรีหรือปริญญาโทหรือปริญญาเอก หรือคุณวุฒิต่ออย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน และ ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น หนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง เพื่อ ใช้ในการพิจารณาคุณสมบัติ และประสบการณ์ในการ ก้าวสู่ตำแหน่งในแต่ละระดับ	ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขาวิชาการพยาบาล หรือสาขาการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
คุณสมบัติของบุคคลที่จะ เข้ารับการประเมินให้ดำรง ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น	(1) มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับ ตำแหน่งที่จะแต่งตั้งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง (2) มีคุณสมบัติในเรื่องเกี่ยวกับใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพของสายงานต่าง ๆ คุณวุฒิ หรือการอบรม หลักสูตรเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่ ก.พ. กำหนดใน แต่ละสายงานตามหลักเกณฑ์การเลื่อนระดับตำแหน่ง ประเภทวิชาการ (3) มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรง ตำแหน่งในสายงานที่จะแต่งตั้งตามคุณวุฒิของบุคคล สำหรับการย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับต่าง ๆ ไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่กำหนด (4) อ.ก.พ. กรม หรือ อ.ก.พ. กระทรวง โดยความเห็นชอบ จากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) อาจกำหนดให้ผู้เข้ารับการประเมิน ต้องมีคุณสมบัติ เพิ่มเติมที่จำเป็นกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้งด้วยก็ได้ (ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การย้าย การโอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือน สามัญ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ตามที่ ก.พ. กำหนด)	พิจารณาตามคุณสมบัติและประสบการณ์ ตามระยะเวลาในการครองตำแหน่งและ คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ผลงาน ความรู้ ความสามารถ ความประพฤติ คุณธรรมและจริยธรรม ประวัติการ ปฏิบัติราชการ และการผ่านหลักสูตร อบรมตามที่คณะกรรมการกลางข้าราชการ หรือพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนด โดยให้ คำนึงถึงประโยชน์ที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นพึงจะได้รับ และให้เลื่อน หรือ แต่งตั้งจากผู้สอบแข่งขันได้ ผู้สอบ คัดเลือกได้หรือผู้ได้รับคัดเลือกให้ดำรง ตำแหน่งนั้น โดยหากมีคุณสมบัติครบ ถ้วนตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ก็ให้ เสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินการเลื่อนและแต่งตั้งให้ดำรง ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นตามประกาศ คณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การ บริหารส่วนจังหวัดที่เกี่ยวข้อง

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และคุณสมบัติในการก้าวสู่ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น สายงานพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)

หลักเกณฑ์/คุณสมบัติ	ความก้าวหน้าในสายงานพยาบาลวิชาชีพ	
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งประเภท วิชาการ	<p> ปฏิบัติการ: ป. ตริ 4 ปี, ป. โท 4 ปี, ป. เอก 2 ปี ข้าราชการ: ป. ตริ 6 ปี, ป. โท 8 ปี, ป. เอก 6 ปี ข้าราชการพิเศษ: ป. ตริ 10 ปี, ป. โท 8 ปี, ป. เอก 6 ปี เชี่ยวชาญ: ป. ตริ 13 ปี, ป. โท 11 ปี, ป. เอก 9 ปี ทรงคุณวุฒิ: ป. ตริ 15 ปี, ป. โท 13 ปี, ป. เอก 11 ปี </p>	<p> ปฏิบัติการ: ป. ตริ 6 ปี, ป. โท 4 ปี, ป. เอก 2 ปี ข้าราชการ: 4 ปี + สมรรถนะ ข้าราชการพิเศษ: 2 ปี + สมรรถนะ เชี่ยวชาญ: 2 ปี + สมรรถนะ </p>

หมายเหตุ. จากหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่นร 1006/ว 14 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2564, คู่มือและแนวทางปฏิบัติ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบจำแนกตำแหน่งของข้าราชการส่วนท้องถิ่นจากระบบซีเป็นระบบแห่ง สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย¹⁷

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า ความแตกต่างของหลักเกณฑ์และคุณสมบัติในการก้าวสู่ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น ของสายงานพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านคุณสมบัติเฉพาะไม่แตกต่างกัน แต่ในด้านคุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะมีความเป็นอิสระในการบริหารงานบุคคลตามความต้องการและความเหมาะสม โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติครบถ้วน มีปริมาณงานและคุณภาพของงานตามภารกิจที่เหมาะสม สามารถเสนอขอรับการพิจารณากำหนดตำแหน่งในระดับที่

สูงขึ้นไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัดได้ แต่ต้องคำนึงถึงผลการปฏิบัติที่ผ่านมา ทักษะ ประสบการณ์ ระยะเวลา การดำรงตำแหน่งตลอดจนประสิทธิภาพประสิทธิผล ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสมรรถนะที่จำเป็นประจำสายงาน ตามที่คณะกรรมการกลางข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนด ดังเช่น สายงานในตำแหน่งประเภท วิชาการ กำหนดด้านความรู้ที่จำเป็นประจำสายงานไว้อย่างน้อยสายงานละ 5 ด้าน ด้านทักษะที่จำเป็นประจำสายงานไว้อย่างน้อยสายงานละ 3 ด้าน สมรรถนะหลัก 5 สมรรถนะ และสมรรถนะประจำสายงาน 5 สมรรถนะ เป็นต้น

สำหรับสิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าของบุคลากรที่ถ่ายโอน ตามหลักการถ่ายโอนบุคลากรจะต้องได้รับไม่ต่ำกว่าเดิม และเมื่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้รับแจ้งรายชื่อบุคลากรที่ถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการแจ้งต่อคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.จ.จ.) เพื่อขอรับการโอนย้ายบุคลากรนั้นภายใน 15 วัน เมื่อ ก.จ.จ. มีมติเห็นชอบให้รับโอน ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการออกคำสั่งรับโอนให้เสร็จสิ้นภายใน 3 วัน โดยให้มีผลนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมของปีที่มีการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และตำแหน่งที่รับโอนต้องมาในตำแหน่งและอัตราเดิม ตัวอย่างเช่น พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับตำแหน่งเดิมอยู่ในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ต้องดำรงตำแหน่งเช่นเดิม และหากมีปริมาณงานคุณภาพของงานและภารกิจหน้าที่เหมาะสมในระดับชำนาญการพิเศษ หรือเชี่ยวชาญ และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ก็ให้เสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อดำเนินการเลื่อนและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นตามประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่เกี่ยวข้อง และให้นำระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขมานับรวมเป็นระยะเวลาในการเลื่อนและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นได้ โดยการเลื่อนระดับหรือตำแหน่งที่สูงขึ้นให้ยึดถือปฏิบัติตามประกาศหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นเช่นเดียวกับข้าราชการและลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่หากบุคลากรที่เข้าข่ายต้องถ่ายโอนตามภารกิจ แต่ไม่สมัครใจโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีทางเลือกการตัดสินใจแนวทางใดแนวทางหนึ่ง ดังนี้

- 1) ขอย้าย/สับเปลี่ยนไปดำรงตำแหน่งทดแทนในส่วนกลางของกระทรวงต้นสังกัดหรือกระทรวงอื่น
- 2) ขอเข้าโครงการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด
- และ 3) ขออยู่ช่วยราชการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับโอนภารกิจ¹

โอกาสในการพัฒนาความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีความแตกต่างจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพยาบาลวิชาชีพควรศึกษาและทำความเข้าใจรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.จ.) คณะกรรมการกลางพนักงานเทศบาล (ก.ท.) และคณะกรรมการกลางพนักงานส่วนตำบล (ก.อบต.) เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ปี พ.ศ. 2563¹⁷ เพื่อใช้เป็นแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น (สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ และทั่วไป) ซึ่งแบ่งออกเป็น 10 รายการ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน 3) การประเมินสมรรถนะ 4) ข้อตกลงการประเมินผลการปฏิบัติงาน 5) สรุปผลการประเมิน 6) แผนพัฒนาการปฏิบัติราชการ 7) การแจ้งและรับทราบผลการประเมิน 8) ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป (ถ้ามี) 9) ความเห็นของคณะกรรมการกลั่นกรองการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น และ 10) ผลการพิจารณาของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่กำลังถ่ายโอนหรือถ่ายโอนแล้วควรมีการเตรียมความพร้อม

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย

รูปแบบการประเมินผลงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่อาจมีข้อแตกต่างจากกระทรวงสาธารณสุขด้วยการเตรียมความพร้อมเพื่อความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น นอกจากการเตรียมความพร้อมส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเองแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่สำคัญในการสนับสนุน ผลักดัน ความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการประสบความสำเร็จได้นั้นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ในการร่วมกันกำหนดมาตรฐานขั้นพื้นฐาน ด้านโครงสร้างที่รวมไปถึงสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ รวมถึงวิถีชีวิต และวัฒนธรรมในองค์กรส่วนท้องถิ่นที่ส่งเสริมให้เกิดความเคารพสิทธิส่วนบุคคล เพื่อเสริมสร้างความรู้สึภาคภูมิใจในองค์กร ซึ่งจะส่งผลให้เพิ่มอัตราการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาล และลดการลาออกจากงานในอนาคต การเพิ่มคุณภาพชีวิตในการทำงานให้ดีขึ้นส่งผลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและเสนอแนะ

สรุปประเด็นท้าทาย ตามการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก โดยใช้ทฤษฎีการวิเคราะห์ปัจจัยระดับมหภาค (PESTLE analysis) เมื่อมองในภาพรวมอย่างเป็นระบบ จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวอาจส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อพยาบาลวิชาชีพที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากความแตกต่างของแต่ละท้องถิ่นที่อาจมี

ระบบการบริหารงานภายในองค์กรที่แตกต่างกัน ซึ่งมีปัจจัยภายนอกหลายประการที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านสังคม การต้องปฏิบัติงานภายใต้อำนาจของนักการเมืองท้องถิ่น ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรวางตัวเป็นกลางทางการเมือง เน้นการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านองค์กรภาคประชาชนคู่ขนานไปกับกระบวนการในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และยอมรับหรือก้าวทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสู่สิ่งใหม่ด้วยการมีความพร้อมในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพอยู่ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. Guidelines Operation of the transfer of the mission of the Chaloe Phrakiat Health Station 60th Anniversary Nawamintharachinee and Tambon Health Promoting Hospital to the Local Administrative Organization [Internet]. [Cited 2021 Dec 19]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1aIdKh0TwdEiV_LRlHB5Jdm95E-FAKHyhAF/view
2. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. Summary of transferring district health promoting hospital [Internet]. [Cited 2022 June 14]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/05/25180>
3. Chaichana J, Prachusilpa G. A Study of Professional Nurse Roles in Sub-District Health Promotion Hospital. JRTAN 2018;19(special):193-202. (In Thai)

4. Yeerong W. The Transferring Missions to Local Administrative Organization: The Progress and Problems of the Transferring Obstacles. *TJPA* 2020;18(2):27-57. (In Thai)
5. Rastogi M, Trivedi K. PESTLE Technique – A Tool to Identify External Risks in Construction Projects. *IRJET* 2016;3(1):383-8.
6. Saisuchol N. People’s Expectations toward the Promotion of Good Governance of Sub-district Administrative Organizations in Bang Yai District, Nonthaburi Province. *RPU Journal* 2019;(special):196-211. (In Thai)
7. Yannawuttho N, Abhivajjaro A. Local Politicians in The Bureaucratic System. *Journal of Interdisciplinary Innovation Review* 2022;5(1):177-94. (In Thai)
8. Ladbuakhao S. Local Finance: Problems and Solutions. *PSPAJ* 2019;11(1):189-214. (In Thai)
9. Department of Local Administration. Standard of Local Public Services. Bangkok: Department of Local Administration; 2022. (In Thai)
10. Lertphairod A, et al. Social and Cultural Management of Local Administrative Organizations in Nakhonsawan Province. *MCU SSP* 2017;6(2):143-60. (In Thai)
11. Tavarom A. The Organizational Culture of Local Administrative Organization: A Case Study of Provincial Administrative Organization, City Municipality and Town Municipality in Chon Buri and Rayong Provinces. *Journal of Public Administration and Politics* 2019;8(1):85-105. (In Thai)
12. Chaiprasert N. Roles of Locality in Smart City Management. *Journal of MCU Palisueksabuddhaghosa Review* 2022;8(1):71-84. (In Thai)
13. Siripukdeekan C, Kulpukdee R. Challenge of Nurse Administrators in the 21st Century. *JOPN* 2020;12(1):222-32. (In Thai)
14. Seedam I. Public Sector Administration in the Model of Network Governance and its Implementation for Thailand. *RCIM* 2021;9(3):95-106. (In Thai)
15. Kokamai Y, Weerapalangoon W. Participation of Community Members in Environmental Management in Bang Len sub-district Municipality, Bang Yai district, Nonthaburi. *HUSO Journal PNRU* 2019;3(2):12-29. (In Thai)
16. Promjittiphong C, et al. The Identity and Community Capacity to Support for Conservation Planning and Environmental Community Development: The Case Study in Tombon Banpang, Amphoe Phromburi, Singburi Province. *Asia Social Issues* 2016;(special): 111-31. (In Thai)
17. Office of the Permanent Secretary for Interior. Guidelines to enhance understanding about the classification system of local government officials from common level system to single classification. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary for Interior; 2015. (In Thai)

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** ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด 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 25 เรื่อง (เขียนเป็นภาษาอังกฤษ) และในกรณีที่มีความจำเป็น บรรณานุกรมฯ จะพิจารณาเป็นรายๆ ไป

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

7. ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นให้เขียนด้วยหมึกดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสเตอร์ ทั้งภาพประกอบเรื่องและตารางให้แยกไว้ต่างหาก และระบุในเนื้อเรื่องด้วยว่าจะใส่รูปและตารางไว้ที่ใด (พึงระมัดระวังกรณีคัดลอกจากแหล่งอื่นที่อาจมีลิขสิทธิ์และต้องมีการอ้างอิงหรือขออนุญาตด้วย)

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. Hanucharunkul 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, Hanucharunkul 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 ซึ่งจะหาดูได้ตามห้องสมุดมาตรฐานทั่วไป 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

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 BI. 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 จดหมายหรือบทความย่อ:

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. 2nded. 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, perceived 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 เอกสารอ้างอิงสื่อโสตทัศน์

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)

การส่งบทความและการตีพิมพ์ในวารสาร

ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” กรุณาศึกษาแนวทางการเขียนตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน [Author Guidelines]” ทางระบบออนไลน์ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/apnj/information/authors> ก่อนการเตรียมต้นฉบับ แล้วดำเนินการลงทะเบียนโดยกดเลือก [register] และดำเนินการลงทะเบียนให้เรียบร้อย จึงจะสามารถ [log in] เพื่อส่งบทความทางระบบออนไลน์เข้ารับการพิจารณาตามกระบวนการของวารสารฯ โดยบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ จะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรงกับสาขาฯ อย่างน้อย 2 ท่าน และบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นและเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนและคณะฯ เท่านั้น ทางวารสารฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย หรือไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วยแต่อย่างใด

เงื่อนไขการตีพิมพ์บทความ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ตระหนักถึง “จริยธรรมในการตีพิมพ์บทความ โดยเฉพาะในการป้องปรามมิให้มีการกระทำอันเป็นการลอกเลียนงานวรรณกรรมของบุคคลอื่น” จึงขอให้ผู้ที่จะเสนอบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ส่งผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมบทความของท่านจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ “Turn-It-In” หรือโปรแกรม Copy Catch หรือโปรแกรมอื่นที่เป็นที่ยอมรับ แนบส่งมาพร้อมกับบทความที่นำเสนอด้วย โดยทางวารสารฯ จะนำผลการตรวจสอบไปกับบทความประกอบการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ