



วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567 Vol.11 No.2 July- December 2024

❖ บทความรับเชิญ

- ความลำเอียงในการวิจัยทางการพยาบาลเชิงปริมาณ: การระบุและ
การลดข้อผิดพลาดที่พบบ่อย วงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย

❖ บทความวิจัย

- การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม อาติสห์ สะไร
โรงพยาบาลยะลา ปิยะวรรณ ภูมิวนิชกิจ
- การพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของ
ท่อนช่วยหายใจโดยไม่ได้อ้างแผนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม นิภาวรรณ ขามทอง
ศรัณญา ดูกูแสง
- ผลของโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติและทักษะ พรเพ็ญ โสตา
การสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองและนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น นภาพัณญ์ จันทขัมมา
ปิยอร วาณะทินภัทร
- ผลของโปรแกรมการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยา ผกามาส สายคำฟู
อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เรณู พุกบุญมี
โสภณรัชต์ วิไลยุค จิราภรณ์ ปั่นอยู่
- ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล วันทกานต์ รักษ์ไทย
ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ รัตใจ เวชประสิทธิ์
ปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ วิภา แซ่เขี้ย
- ผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการ รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์
รักษาด้วยวิธีคีโมบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก: สุธิสา เต็มทับ
การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี ณัฐภัทรี วุฒิชัยมงคลกุล
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม สุภาพ สะมะบุบ
การป้องกันโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบและความวิตกกังวลและอัตรา โสเพ็ญ ชูนวน
การมาส่งกล้องปัสสาวะในสตรีที่มีผลการตรวจ เชลล์มะเร็ง ปากมดลูกผิดปกติ
- การพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการดูแล ชนาภา แก้วสวย
ผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม
สรยุทธ ชำนาญเวช

❖ บทความวิชาการ

- การประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวช อัครเดช กลิ่นพิบูลย์
ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

❖ รายงานกรณีศึกษา

- รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ชัยณรงค์ เลขราบ
และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุ ฉันทิพย์ชา สาทิยมาส
โรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา เบญญพร บรรณสาร



วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

สารบัญ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567

บทความรับเชิญ

- ความสําคัญในการวิจัยทางการพยาบาลเชิงปริมาณ: 5
การระบุและการลดข้อผิดพลาดที่พบบ่อย
วงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย

บทความวิจัย

- การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่าย 20
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา
อาติละห์ สะไร ปิยะวรรณ ภูมิวนิชกิจ
การพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกัน 37
การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาแผน
ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
นิภาพรณ ชามทอง ศรีัญญา ตุ๊กชูแสง
ผลของโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติ 52
และทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง
และนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น
พรเพ็ญ โสดา นภาพรณ จันทขัมมา ปิยะอร วะนะทินภัทร
ผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อ 66
การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่น
โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

ผกามาส สายคำฟู เรณู พุกบุญมี
โสมาธ วิไลยุด จิราภรณ์ ปิ่นอยู่

- ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของ 83
ผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกัน
การเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ
และลำคอที่ได้รับการเจาะคอ
วันทกานต์ รักษ์ไทย รัตจิ เวชประสิทธิ์ วิภา แซ่เซี้ย
ผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับ 104
การรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก:
การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี

รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์ สุธิสา เต็มทับ
ณัฐสิริ วุฒิชัยมงคลกุล

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ 117
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
ความวิตกกังวลและอัตราการมาส่งกล้องปากมดลูก
ในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

สุภาพ สะมะบุบ โสเพ็ญ ชุนวล

- การพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ 135
การดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง
จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

ชนาภา แก้วสวย สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม
สรยุทธ ชำนาญเวช

บทความวิชาการ

- การประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา 151
ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
อัครเดช กลิ่นพิบูลย์

รายงานกรณีศึกษา

- รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอน 165
ในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา
ชัยณรงค์ เสขราบ จินพิชชา สาทิยามาส เบญญพร บรรณสาร

Content

Vol.11 No.2 July- December 2024

Invited Paper

- Bias in Quantitative Nursing Research: 5
Identifying and Mitigating Common Pitfalls
Wongchan Petpichetchian

Research Article

- Development and Evaluation of the Discharge Planning Model 20
for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients by
Multidisciplinary Team, Medical Ward, Yala Hospital
Adeelah Sarai Piyawan Phumivanichkit
Development of a Team Nursing Model for 37
Prevention of Unplanned Extubation
in Surgical Intensive Care Unit
Niphawan Chamthong Saranya Tukchoosaeng
Effects of the Sexual Communication Program on 52
Sexual Attitudes and Communication Skills of Parents
and Female Junior High School Students
Pornpen Soda Napaphen Jantacumma Piyaorn Wajanatinapart
Effect of Motivational Interviewing Program on 66
Medication Adherence of Adolescents with
Autoimmune Disease

Phakamat Saikhamfoo Renu Pookboonmee
Soamarat Vilaiyuk Jiraporn Punyoo

- The Effect of Self-Efficacy Enhancing Program for 83
Caregivers on Perceived Self-Efficacy and
Pneumonia Prevention Behaviors in Head and
Neck Cancer Patients with Tracheostomy

- Wantakan Raksthai Ratjai Vachprasit Wipa Sae-Sia
The Clinical Outcomes of a Nursing System for 104
Hepatocellular Carcinoma Outpatients Undergoing
Trans-Arterial Chemoembolization: A 10-year Retrospective Study
Rungtip Udomvisatson Suthisa Temthup
Nutsiri Wuttichokmongkolkul

- The Effects of a Motivational Enhancement and Educational 117
Program on Cervical Cancer Prevention Behaviors,
Anxiety and Rate of Follow-Up Colposcopy Among Women
with Abnormal Pap Test

- Supap Samabub Sopen Chunuan
Development and Feasibility Study the Usage of 135
Clinical Practice Guidelines of Patients with
Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage

Chanapha Kaewsuay Suchira Chaiviboontham
Sorayouth Chumnanvej

Academic Article

- Applying the Problem-Solving Therapy Program 151
for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors
Akkaradech Klinpiboon

Case Report

- A Nursing Model for Managing Uncertainty in Illness 165
and Enhancing Self-Efficacy Among Older Adult Patients
with Ischemic Stroke: A case study
Chainarong Lakrab Jinpichcha Sathiyamas Banyaporn Bannaasan

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ เป็นวารสารที่มีการควบคุมคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดำเนินการโดย สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย โดยการสนับสนุนของสภาการพยาบาล

วัตถุประสงค์ (Aims):

1. เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น กรณีศึกษา วิธีการปฏิบัติใหม่ นวัตกรรม การจัดการเชิงระบบ การบริหารความเสี่ยง และงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ
2. เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนานวัตกรรมและการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ

ขอบเขต (Scope):

ประเภทของบทความต้นฉบับ (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 ยังรวมถึงบทความปกิณกะ (miscellaneous) และอื่น ๆ

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 2408-1280 (Print), ISSN 2586 - 9930 (Online)

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

ช่องทางการติดต่อกองบรรณาธิการ

ติดต่อ: รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา (บรรณาธิการ)
โทรศัพท์: 074-286514
e-mail: tjnmp.2023@gmail.com

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

รศ.ดร.เรณู พุกบุญมี
รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาส
รองศาสตราจารย์ ดร.นนุช บุญยัง
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธ์ ศิริพันธ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน
รองศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มัชฌิม
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาส
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่่นาค
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิษชุดา เจริญกิจการ
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียวอัสเรศ
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร
รองศาสตราจารย์ ดร.ชัชคณะ แพรชาว

นายกสภาการพยาบาล

อดีตนายกสภาการพยาบาล

บรรณาธิการวารสาร Pacific Rim International
journal of Nursing

อดีตนายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

บรรณาธิการวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและ
การผดุงครรภ์ไทย (พ.ศ. 2557-2564)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อดีตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

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

บทบรรณาธิการ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

สวัสดีสมาชิกทุกท่าน วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ฉบับนี้ ออกช่วงใกล้เทศกาลคริสมาสต์ และส่งท้ายปี 2567 ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ติดตามและให้ความสนใจในบทความของวารสารอย่างต่อเนื่อง และขอส่งความสุข ถววนำในปีใหม่ที่กำลังมาถึงด้วยค่ะ ขณะเดียวกัน ขอประชาสัมพันธ์และเชิญชวนทุกท่าน ในการเข้าร่วมประชุมวิชาการและการประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสมาคมฯที่จะจัดขึ้นในวันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ 2568 ณ โรงแรม Best western vanda grand กรุงเทพฯ ภายใต้หัวเรื่อง การพัฒนาและยกระดับการจัดวางภาระสุขภาพของ APN และพยาบาลวิชาชีพในยุคดิจิทัลและ AI ซึ่งมีความสำคัญต่อความก้าวหน้าของพยาบาลและวิชาชีพมาก ๆ จึงขอเชิญชวนสมาชิกและพยาบาลทุกท่านสมัครเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนและนำเสนอผลงานในการประชุมนี้ได้ทางเว็บไซต์ https://www.apnathai.org/register/register_apna.php ด้วยนะคะ

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับที่มีเนื้อหาสาระอันเป็นประโยชน์มากมาย เริ่มจากบทความรับเชิญจากนักวิชาการอิสระ ที่เน้นความสำคัญในการออกแบบวิจัย เรื่อง ความลำเอียงในการวิจัยทางการพยาบาลเชิงปริมาณ: การระบุและการลดข้อผิดพลาดที่พบบ่อย ตามด้วยบทความวิจัยและกรณีศึกษา 10 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา 2) การพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาสาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 3) ผลของโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองและนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น 4) ผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง 5) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ 6) ผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก: การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี 7) ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเมะเร็งปากมดลูก ความวิตกกังวลและอัตราการมาส่งกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ 8) การพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก 9) การประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 10) รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

ส่วนวารสารฉบับหน้า คือปีที่ 12 จะเป็นปีที่มีการเปลี่ยนแปลงบรรณาธิการและคณะกรรมการวารสารชุดใหม่ ซึ่งจะช่วยปรับโฉมด้วยการเปิดรับผลงานจากสมาชิกหรือพยาบาลทุกท่านที่สนใจเผยแพร่เนื้อหาทั้งในประเภทบทความวิชาการ หรือกรณีศึกษามากขึ้น และปรับสัดส่วนจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการที่มาจากพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการอีกด้วย ทั้งนี้วารสารยังคงคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย หรือ Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) กลุ่มที่ 1

ท้ายนี้ทุกท่านที่มีผลงานสามารถขอคำปรึกษาได้ผ่านทางสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) หรือทางอีเมล jnmp.2028@gmail.com และขอแจ้งเว็บไซต์ที่ถูกต้องอีกครั้งเพื่อให้ทุกท่านสามารถเข้าถึงบทความ ส่งบทความ หรือติดตามและสืบค้นผลงานได้จากเว็บไซต์นี้ (<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/index>) เท่านั้น และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทยอย่างต่อเนื่อง

รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา

บรรณาธิการวารสารฯ

ความลำเอียงในการวิจัยทางการแพทย์เชิงปริมาณ: การระบุและการลด ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร¹ พย.ด. (การพยาบาล) อพย. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

บทคัดย่อ: ความลำเอียงในการวิจัยเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและอาจลดความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยในงานวิจัยทางการแพทย์เชิงปริมาณ ความลำเอียงสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การกำหนดปัญหาจนถึงการรายงานผลการศึกษา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุความลำเอียงที่พบบ่อยในงานวิจัยทางการแพทย์เชิงปริมาณและนำเสนอแนวทางการลดความลำเอียงเพื่อยกระดับคุณภาพงานวิจัย ได้แก่ ความลำเอียงในการกำหนดปัญหาการวิจัย ความลำเอียงทางกรอบทฤษฎี/แนวคิด ไม่ถูกต้อง การจำแนกประเภทของแบบการวิจัยไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม ความลำเอียงจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ความลำเอียงจากการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม การขาดการควบคุม/จัดปัจจัยกวน แผนการทดลองไม่ถูกต้อง/ไม่ชัดเจน ความลำเอียงจากการวัดตัวแปร อำนาจการทดสอบต่ำและความลำเอียงในการวิเคราะห์ข้อมูล และความลำเอียงในการแปลผลการรายงานผล และการเสนอแนะผลการศึกษาไม่เหมาะสม โดยมีการอธิบายและยกตัวอย่างที่พบบ่อย พร้อมกับเสนอแนวทางการลดความลำเอียงเหล่านี้ ซึ่งหากนักวิจัยมีการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องในทุก ๆ ขั้นตอนของการวิจัย จะช่วยยกระดับคุณภาพงานวิจัยทางการแพทย์ ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ตลอดจนมีแนวทางการศึกษาวิจัยในอนาคตได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 05-19

คำสำคัญ: ความลำเอียง; ความคลาดเคลื่อน; การวิจัยทางการแพทย์; การวิจัยเชิงปริมาณ; ข้อผิดพลาด

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ จังหวัดสงขลา

วันที่รับบทความ 4 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 29 กันยายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 30 กันยายน 2567

Bias in Quantitative Nursing Research: Identifying and Mitigating Common Pitfalls

Wongchan Petpichetchian¹ Ph.D. (Nursing) (Adult and Gerontological Nursing), Dip. APMSN.

Abstract: Bias in research is a common issue that can reduce the validity and reliability of study findings. In quantitative nursing research, bias can occur at various stages of the research process, from problem formulation to the reporting of study results. This paper aims to identify common biases in quantitative nursing research and provide strategies to reduce these biases to improve research quality. The types of bias discussed include problem framing bias, theoretical/ conceptual bias, misclassification of research design, sampling bias, selection bias, uncontrolled confounders, inadequate protocol descriptions, measurement bias, low power and analysis bias, and bias in interpretation and reporting and inappropriate implications and recommendations. The paper explains and provides common examples of these biases, along with strategies to mitigate them. If researchers correctly conduct their studies at every stage, it can enhance the quality of nursing research, making the findings more reliable, applicable in practice, and more suitable for future research.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 05-19

Keywords: Bias; Errors; Nursing research; Quantitative research; Pitfalls

¹Assistant Professor, Independent scholar, Songkhla

Received September 4, 2024; Revised September 29, 2024; Accepted September 30, 2024

บทนำ

การรายงานผลการวิจัยที่ปรากฏในวารสารวิชาการและวิจัยทางการแพทย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ มักพบปรากฏการณ์ของความลำเอียงหรืออคติ (biases) ประเภทต่าง ๆ ในแทบทุกขั้นตอนของการวิจัยอยู่เสมอ แม้ว่ารายงานการวิจัยเหล่านั้นได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารชั้นนำแล้วก็ตาม ซึ่งเมื่อมีการประเมินงานวิจัยอย่างมีวิจารณญาณ (critical appraisal) อาจพบข้อบกพร่องหรือความลำเอียงที่ส่งผลต่อคุณภาพงานวิจัย ดังข้อค้นพบจากการศึกษาการทบทวนขอบเขตงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลไทยที่เผยแพร่ในระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2564 ที่พบว่า ในภาพรวมคุณภาพของงานวิจัยโดยนักวิจัยชาวไทยที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับ 1 ของฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (669 เรื่อง) และวารสารนานาชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล CINAHL, PubMed และ Scopus (170 เรื่อง) ซึ่งเมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานตามลักษณะการออกแบบการวิจัย ได้แก่ Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal tools และ The Mixed Methods appraisal tools (MMAT) พบว่า มีคุณภาพในระดับสูงเพียงหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25.4) เท่านั้น¹ ทำให้เกิดคำถามตามมาว่าข้อค้นพบจากการศึกษาเหล่านั้น หากมีการนำมาใช้เพื่อขึ้นนำการปฏิบัติ จะได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษานั้น ๆ ได้จริงหรือไม่ เพราะหากไม่จริง ผลเสียก็จะเกิดกับผู้รับบริการ กล่าวคือ อาจทำให้ไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ และประชาชนทั่วไป หรือทำให้เกิดความเสี่ยงได้อีกทั้งยังส่งผลต่อการพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาวิชาชีพ² ทำให้ภาพลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาลขาดความน่าเชื่อถือ เนื่องจากผลการวิจัย

ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลรักษาต่อเนื่อง พื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้กับผู้รับบริการสุขภาพได้อย่างที่สังคมคาดหวัง

ผู้เขียนในฐานะที่มีประสบการณ์และมีบทบาทสำคัญในด้านที่เกี่ยวกับ (1) การสอน-ถ่ายทอดความรู้ด้านกระบวนการวิจัยแก่นักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา อาจารย์พยาบาลและพยาบาลนักวิจัย (2) การอ่านตรวจสอบบทความวิจัยก่อนการตอบรับตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารต่าง ๆ ทั้งระดับชาติและนานาชาติ และ (3) การทำหน้าที่ในกองบรรณาธิการของวารสารทางการแพทย์ของประเทศ ได้ระบุบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในการช่วยกันพัฒนาคุณภาพการวิจัยทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้สอนเนื้อหาด้านการวิจัย พยาบาลนักวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบบทความวิจัยก่อนการตีพิมพ์ว่าควรดำเนินการอย่างไรบ้าง เพื่อช่วยกันยกระดับคุณภาพการวิจัยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามยังคงพบข้อผิดพลาดในการดำเนินการและการนำเสนอบทความวิจัยอยู่เสมอมา บทความนี้จึงมีเป้าหมายสำคัญเพื่อนำเสนอข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในกระบวนการวิจัยและการนำเสนอผลการวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะการป้องกันและลดความลำเอียงที่พบได้บ่อยในรูปแบบบทอรรถรองเพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลนักวิจัย สามารถนำไปใช้ในการตรวจสอบการทำงานวิจัยในทุก ๆ ขั้นตอนเพื่อให้เกิดการพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเนื้อหาของบทความจะเน้นที่งานวิจัยเชิงปริมาณเป็นสำคัญ

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยและข้อเสนอแนะ

การดำเนินการวิจัยเพื่อให้ได้ผลการศึกษาน่าเชื่อถือจะต้องคำนึงถึงความถูกต้องและปราศจากความลำเอียงหรืออคติหรือป้องกันให้เกิดความลำเอียงน้อยที่สุดในทุก ๆ ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การคิดโจทย์และที่มาของปัญหาการวิจัย กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์/คำถามการวิจัย (ต้นน้ำ) วิธีดำเนินการวิจัย: การเลือกแบบวิจัยและการออกแบบการวิจัย ในเรื่องประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จริยธรรมการวิจัย การดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล (กลางน้ำ) และการแปลผลการวิจัย การรายงานผลและการให้ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย (ปลายน้ำ) ในทางปฏิบัติจริงของการวิจัยภาคสนามอาจมีข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเกิดขึ้นด้วยข้อจำกัดของนักวิจัยเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิจัยหน้าใหม่ (เช่น นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาทำวิจัยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หรือพยาบาลวิชาชีพที่ทำวิจัยเพื่อใช้ประกอบการเลื่อนตำแหน่ง) ซึ่งมักเป็นข้อจำกัดด้านสมรรถนะ (research incompetence)⁴ เช่น การขาดความรู้ ขาดทักษะ และความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ สมรรถนะด้านการวิจัยสามารถพัฒนาได้โดยการเรียนรู้ในระบบการฝึกอบรม การมีระบบพี่เลี้ยงให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมวิชาการอื่น ๆ⁵ ซึ่งหากมีความจำกัดในการเรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่ปัญหาการเกิดข้อผิดพลาดในกระบวนการวิจัย นอกจากนักวิจัยหน้าใหม่ นักวิจัยที่มีประสบการณ์ก็อาจมีการดำเนินการวิจัยผิดพลาดได้เช่นกัน หากมีการยึดติดกับความรู้และประสบการณ์เดิม ๆ ที่เคยเรียนรู้มาในอดีต โดยขาดการแสวงหาความรู้ เทคนิคและวิธีการดำเนินการวิจัยใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยในงานวิจัยทางการแพทย์ ส่งผลให้เกิดข้อสงสัยในเรื่องความถูกต้องเชิงวิชาการ (scientific merit or scientific integrity) และความซื่อสัตย์ทางจริยธรรม (ethical integrity) ด้วยข้อจำกัดของพื้นที่การนำเสนอ บทความฉบับนี้จึงไม่ได้กล่าวถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความซื่อสัตย์ทางจริยธรรม และจริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน (publication ethics) ซึ่งมีความสำคัญมากเช่นกัน แต่จะกล่าวเน้นถึงข้อผิดพลาดที่กระทบเรื่องความถูกต้องเชิงวิชาการเป็นสำคัญ โดยจำแนกข้อผิดพลาดที่พบบ่อยเป็น 10 ประเด็น ดังนี้ (1) ความลำเอียงในการกำหนดปัญหาการวิจัย (problem framing bias) (2) ความลำเอียงทางกรอบทฤษฎี/แนวคิดไม่ถูกต้อง (theoretical/conceptual bias) (3) การจำแนกประเภทของแบบการวิจัยไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม (misclassification of research design) (4) ความลำเอียงจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling bias) (5) ความลำเอียงจากการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (selection bias) (6) การขาดการควบคุม/จัดปัจจัยกวน (uncontrolled confounders) (7) แผนการทดลองไม่ถูกต้อง/ไม่ชัดเจน (inadequate protocol descriptions) (8) ความลำเอียงจากการวัดตัวแปร (measurement/detection bias) (9) อำนาจการทดสอบต่ำและความลำเอียงในการวิเคราะห์ข้อมูล (low power and analysis bias) (10) ความลำเอียงในการแปลผลและการรายงานผลและการเสนอแนะผลการศึกษาไม่เหมาะสม (bias in interpretation and reporting and inappropriate implications and recommendations) ในแต่ละประเด็นมีรายละเอียดและข้อเสนอแนะสำหรับการป้องกันและลดข้อผิดพลาด (เคล็ดลับ) ดังนี้

1. ความลำเอียงในการกำหนดปัญหาการวิจัย ปัญหาที่มักเกิดจากการที่นักวิจัยมีความคิด/ความเชื่อส่วนตัวเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษา จึงนำเสนอข้อมูลไม่ครบถ้วนตามความเป็นจริง มีความจำกัดในการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การกล่าวถึงความสำคัญของสิ่งที่ต้องการศึกษาเกินจริง หรือบ่อยครั้งที่พบว่าปัญหาการวิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิจัยที่ศึกษาก่อนหน้า แต่ขาดการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญของการศึกษาที่ผ่านมาเพื่อบอกถึงช่องว่างขององค์ความรู้ทำให้เกิดปรากฏการณ์ของการศึกษาแบบซ้ำ ๆ ที่อาจไม่ได้ให้องค์ความรู้ใหม่แต่อย่างใด ดังนั้น ในขั้นตอนของการกำหนดปัญหาการวิจัย ซึ่งจะต้องปรากฏอยู่ในส่วนต้นของรายงานการวิจัยคือ บทนำหรือความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย ควรมีการดำเนินการดังนี้

“อ่านให้รอบตอบให้ชัดเจนให้เห็น

ช่องว่างเด่นเป็นจุดจุดค้นหา

ต้องวิจัยหาคำตอบเพื่อพัฒนา

ความเป็นมาบอกกล่าวให้ชัดเจน

ความรู้ใหม่จะสรรค์สร้างจากงานนี้

แม่นยำนิยตประโยชน์ทวิชี้ให้เห็น

ใครมาอ่านต่างก็รู้ว่าจำเป็น

เขียนชัดเจนทำ (วิจัยนี้) กันเถิดเกิดผลดี”

2. ความลำเอียงทางกรอบทฤษฎี/แนวคิด ไม่ถูกต้อง กรอบแนวคิดการวิจัยมีความสำคัญในงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่นักวิจัยใช้เพื่อช่วยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาอย่างมีตรรกะ (logical explanations) เพื่อคาดการณ์สิ่งที่คาดว่าจะพบในการศึกษานั้น ๆ กรอบแนวคิดการวิจัยอาจมีฐานความคิดมาจากทฤษฎีโมเดล หรือกรอบแนวคิดทางกายภาพและ/หรือศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในสาขาอื่น ๆ เช่น ชีว-พยาธิวิทยา จิตวิทยา มนุษยวิทยา

สังคมวิทยา ที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว (extant theories, model, or frameworks) หรือนักวิจัยสังเคราะห์ขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจ ช่วยให้การศึกษานั้น ๆ มีทิศทางที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ พบว่ามีการวิจัยจำนวนไม่น้อยที่มีการตีความทฤษฎีที่มีอยู่แล้วคลาดเคลื่อนไปจากต้นฉบับ ส่งผลให้เมื่อมีการคัดเลือกตัวแปรมาศึกษาหรือการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีความคลาดเคลื่อนไปด้วยนำไปสู่การอธิบายข้อค้นพบจากการวิจัยคลาดเคลื่อน จึงควรมีการดำเนินการดังนี้

“กรอบแนวคิดการวิจัยคือเสาหลัก

ช่วยชี้ชักพานำให้ค้นหา

ใช้ตรรกะนำทางคัดสรรมา

ตัวแปรหลักที่ศึกษาต้องไตร่ตรอง

อาจใช้กรอบทฤษฎีที่มีอยู่

หรือสังเคราะห์จากผู้รู้หมู่เพื่อนมอง

อย่าบิดเบือนหลักการต้องคล้อยจง

คิดถูกต้องทำให้ดีจึงมีชัย”

3. การจำแนกประเภทของแบบการวิจัย ไม่ถูกต้อง/ไม่เหมาะสม ในปัจจุบันแนวปฏิบัติที่ดีของการนำเสนอบทความวิจัยมักจะระบุให้มีการเขียนชื่อแบบวิจัยให้ชัดเจนตั้งแต่ชื่อเรื่องและ/หรือบทคัดย่อ เช่น CONSORT ให้ระบุว่าเป็นงานวิจัยทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized trials)⁶ หรือ STROBE ให้ระบุว่าเป็นงานวิจัยสังเกตปรากฏการณ์⁷ เป็นต้น เมื่อผู้อ่านเห็นชื่อเรื่องก็จะเข้าใจว่าวัตถุประสงค์หรือคำถามการวิจัยของการศึกษานั้น ๆ จะต้องมีการดำเนินการวิจัยอย่างไรเพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการ ตัวอย่างเช่น หากเป็นการวิจัยทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (randomized controlled trial: RCT) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-

experimental study) ผู้อ่านย่อมคาดหวังที่จะเห็นกระบวนการของการทดลองหรือการจัดกระทำ (manipulation) ซึ่งเป็นตัวแปรต้น (independent variable) ที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรผลลัพธ์ (dependent variable) หรือไม่ อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างที่พบความผิดพลาด เช่น นักวิจัยนำแบบคัดกรองความเสี่ยงมากกว่าหนึ่งชนิดไปทดสอบเพื่อประเมินว่าแบบคัดกรองอันใด มีความสามารถในการคัดกรองความเสี่ยงได้ถูกต้องมากกว่า นักวิจัยระบุว่าการใช้การวิจัยแบบทดลองซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะการศึกษาในลักษณะดังกล่าวการนำแบบคัดกรองความเสี่ยงมาทดสอบ ไม่ใช่การจัดกระทำที่จะไปส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีหรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เขาเป็นอยู่แล้ว ดังนั้นการศึกษาลักษณะนี้ จึงเป็นการศึกษาจากการสังเกตปรากฏการณ์ (observational study) โดยอาจใช้แบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) หากมีการเก็บข้อมูลครั้งเดียว หรือระบุชัดเจนขึ้นว่าเป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบ (comparative study) เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าการเรียกชื่อแบบวิจัยเป็น อย่างหนึ่งแต่ดำเนินการจริงเป็นอีกอย่างหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ระบุว่าเป็นการวิจัยทดลองแบบข้ามกลุ่ม (crossover design) แต่ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย อธิบายว่ามีการศึกษากลุ่มเปรียบเทียบ/กลุ่มควบคุม จนแล้วเสร็จ จึงเริ่มศึกษากับกลุ่มทดลอง (quasi-experimental with a historic control group design) เป็นต้น ทั้งนี้การเลือกและเรียกชื่อแบบวิจัย จะต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยโดยพยายามเลือกแบบการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบที่น่าเชื่อถือมากที่สุดด้วยเสมอ เช่น หากต้องการทดสอบความเป็นเหตุและผล (causal relationship) เพื่อบอกถึง

ประสิทธิภาพหรือประสิทธิผล ก็ควรใช้การวิจัยแบบทดลอง RCT ยกเว้นในกรณีที่มีข้อจำกัดบางประการ ที่ทำไม่ได้ เช่น อาจเกิดประเด็นปัญหาในเชิงจริยธรรม หรืออาจมีปัจจัยคุกคามต่อความตรงภายใน (threats to internal validity) ดังนั้นเพื่อลดข้อผิดพลาดในลักษณะนี้ ควรมีการดำเนินการดังนี้

“การเลือกแบบการวิจัยที่เข้มข้น

ช่วยนำผลการศึกษานำเชื่อถือ

ไม่แน่ใจโปรดสอบถามจากคุณชื่อ

หมั่นเรียนรู้สม่ำเสมอ (ว่าเรา) ใช้งานเป็น

การเรียกชื่อแบบวิจัยอย่าสับสน

อย่าหลงกลเพียงเพราะใก้ยากล่องเล่น

ต้องสอดคล้องโจทย์คำถามตรงประเด็น

ต้องเลือกพื้นที่ที่สอดคล้องตามมรรคา”

4. ความลำเอียงจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในทางปฏิบัติงานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มคน (person) ณ สถานที่ (place or setting) และช่วงเวลา (time) เพียง “จำนวนหนึ่ง” เท่านั้น การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงต้องมีความสามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร (representativeness) เพื่อให้ผลการศึกษาที่พบจากการวิจัยนั้น ๆ สามารถอ้างอิงกลับไปยังประชากร (generalizability) หรือเพื่อให้มีความตรงภายนอก (external validity)² นั่นเอง

กระบวนการและเทคนิคการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาจึงมีความสำคัญโดยเริ่มต้นจากการออกแบบการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง (การเชิญชวนเข้าร่วมศึกษา) การกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (เกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ถอนตัวหรือยุติ) และเทคนิคที่ใช้ซึ่งมีทั้งแบบที่มีการสุ่มและไม่มีการสุ่ม (probability or random VS non-probability or non-random sampling) โดยนักวิจัยควรออกแบบ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling plan) ให้เกิดความลำเอียงน้อยที่สุด ตัวอย่างที่พบเป็นข้อที่ทำให้ความสับสนเสี่ยงต่อความลำเอียงในเรื่องนี้ เช่น (1) การคัดเลือกสถานที่ศึกษาหรือกลุ่มคนที่เน้นความสะดวกของนักวิจัยเป็นหลัก (แคบเกินไป) ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แต่มักใช้การกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในลักษณะนี้จึงมีโอกาสเกิดปัจจัยคุกคามความตรงภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการทดลองในหน่วยงานนั้น ๆ (interaction of treatments with settings) หรือผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความมีความจำเพาะกับบริบทนั้น ๆ เท่านั้น ที่ไปช่วยให้เกิดผลลัพธ์การศึกษาที่ดี ซึ่งหากนำไปใช้ในหน่วยงานอื่น อาจจะได้ผลเช่นนั้น⁸ เป็นต้น (2) นักวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ศึกษา (เช่น เป็นผู้ให้บริการโดยตรง) เป็นผู้เข้าไปเชิญชวนการเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างอาจเข้าสู่วิทยาศาสตร์ด้วยความเกรงใจ อย่างไรก็ตามแม้ว่าการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมายเป็นเทคนิคในอุดมคติในการปฏิบัติจริงอาจไม่สามารถทำได้ในทุกกรณี (เช่น หน่วยงานบางแห่งอาจไม่สมัครใจเข้าร่วม แม้จะถูกสุ่มเลือกเป็นสถานที่ศึกษา) บทบาทสำคัญของนักวิจัยคือการอธิบายเหตุผลไว้ให้ชัดเจน และเมื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลการศึกษา โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้สถิติอนุมาน (inferential statistics) จะต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง ไม่แปลผลเกินเลยมากเกินไป เพราะหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญของสถิติอนุมานคือกลุ่มตัวอย่างต้องได้มาจากการสุ่มจากประชากร² เคลต์ลีย์สำคัญในการลดความลำเอียงจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

“หากทำได้ขอให้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง
เพื่อช่วยเพิ่มความเป็นกลางความโปร่งใส
ช่วยขจัดอคติทั่วไป (กำหนดเกณฑ์ชัดเจน)
หากไม่ได้(สุ่ม) ไม่ว่ากันเลยตามเลย
การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในบางกลุ่ม
อาจเสี่ยงอคติแม้เจียบเจย
ใช้คนนอกเข้าช่วยคัด (เลือก) นำชมเชย
เมื่อวิเคราะห์ (ทางสถิติ) อย่า (สรุป) เกินเลย
ต้องระวัง”

5. ความลำเอียงจากการจัดกลุ่มตัวอย่าง
เข้ากลุ่ม ความลำเอียงในเรื่องนี้ มักเกิดขึ้นในการศึกษาที่นักวิจัยต้องการเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีตั้งแต่สองกลุ่มขึ้นไปเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship) ซึ่งอาจเป็นการศึกษาแบบศึกษาปรากฏการณ์ที่ไม่มีการทดลอง หรือการศึกษาแบบทดลองก็ได้⁹ สำหรับการศึกษาปรากฏการณ์ที่มีลักษณะดังกล่าว คือ การเกิดของกลุ่มที่นำมาเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติไม่ได้เกิดจากการจัดกระทำของนักวิจัยที่ใช้บ่อย ได้แก่ (1) การศึกษาแบบ case-control study ตัวอย่างเช่น การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เกิดการติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ-กลุ่ม case และกลุ่มไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ-กลุ่ม control เพื่อค้นหาและอธิบายปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อดังกล่าว (2) การศึกษาแบบ cohort study ตัวอย่างเช่น การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาล เช่น การอยู่เวร-พัก (กลุ่มที่อยู่เวรและกลุ่มที่ไม่อยู่เวร ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอยู่แล้วในธรรมชาติ) เพื่ออธิบายว่าไปส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือไม่และ (3) การศึกษาเปรียบเทียบแบบ comparative study ตัวอย่างเช่น การศึกษาเปรียบเทียบความสามารถของเครื่องมือวัดสองชนิด (เครื่องมือ ก. และเครื่องมือ

ข.) ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เพื่อประเมินว่าเครื่องมือใดสามารถตรวจจับความเสี่ยงที่นำไปสู่การพลัดตกหกล้ม (เกิด หรือ ไม่เกิด) ได้ดีกว่ากัน จะเห็นได้ว่าการศึกษาปรากฏการณ์ที่ไม่ใช่การทดลองเพื่ออธิบายความเป็นเหตุ (หาปัจจัยที่น่ามาก่อน) เป็นผล (หาผลลัพธ์ที่ตามมา) นั้น กลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเหล่านั้น อาจมีความไม่เท่าเทียมกันอยู่แล้วตามธรรมชาติ (เช่น มีจำนวนเพศชายและเพศหญิงไม่เท่ากัน) จึงควรมีการออกแบบการได้มาของกลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นให้มีความเท่าเทียมกันมากที่สุด เช่น อาจใช้การจับคู่ในปัจจัยบางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อคำตอบที่นักวิจัยสนใจ และควรมีการแสดงให้เห็นด้วยว่ากลุ่มเหล่านั้นมีความเหมือน-ความต่างกันอย่างไรรหรือไม่

สำหรับการศึกษาแบบทดลอง ที่มีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตั้งแต่สองกลุ่มขึ้นไป (เช่น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม) การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเป็นการดำเนินการโดยนักวิจัย จึงมีโอกาสเกิดความลำเอียงในการจัดเข้ากลุ่มสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ที่ไม่ใช้การจัดเข้ากลุ่มโดยการสุ่ม (non-randomized controlled trial: non-RCT) ซึ่งแตกต่างไปจากการวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) ที่ใช้การจัดกลุ่มเข้ากลุ่มโดยการสุ่ม (randomization) จึงมีความลำเอียงในลักษณะนี้น้อยกว่า อย่างไรก็ตามการวิจัย RCT นักวิจัยจะต้องระบุให้ชัดเจนว่ามีการจัดลำดับการเข้ากลุ่ม (sequence generation) อย่างไร มีกระบวนการอำพรางการเข้ากลุ่ม (allocation concealment) ด้วยหรือไม่ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีความลำเอียงจากการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ดังปรากฏเป็นหนึ่งในข้อกำหนดของการรายงานบทความวิจัย RCT ตามแนวทางของ CONSORT

(Consolidated Standards of Reporting Trials)⁶ ตลอดจนการคำนึงถึงกรณีที่มีกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (attrition) ภายหลังจากการจัดเข้ากลุ่มไปแล้ว เพราะจะเป็นแหล่งของความลำเอียงสำคัญเช่นกัน การดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มความตรงภายใน (internal validity) ของการวิจัยนั้น ๆ

“ความลำเอียงจัดเข้ากลุ่มพบเสมอ
อย่าได้ผลพลาดพลั้งรังแกมัน
ใช้การสุ่มเข้ากลุ่มคุณอนันต์
อย่างน้อยนั้นจับคู่ ก็ยังดี
จะดีขึ้นหากอำพรางไม่รู้ก่อน
ไม่แย่งยอนหากศึกษาให้ถ้วนถี่
เพิ่มความตรงภายในของเราดี
เพราะเหตุนี้ (ตัวแปรต้น) จึงส่งผล (ตัวแปรตาม)
ดั่งตั้งใจ”

6. การขาดการควบคุม/ขจัดปัจจัยกวน
ปัจจัยกวน (confounding variables or confounders) เป็นตัวแปรที่อยู่นอกเหนือคำถามการวิจัย แต่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่นักวิจัยสนใจศึกษา² ซึ่งพบได้ทั้งในงานวิจัยสังเกตปรากฏการณ์และการวิจัยแบบทดลอง งานวิจัยที่มีการระบุปัจจัยกวนชัดเจน บอกให้ทราบว่ามีปัจจัยมีการดำเนินการเพื่อควบคุมและ/หรือขจัดปัจจัยกวนช่วยให้ผู้อ่าน/ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยนั้น ๆ เกิดความมั่นใจว่าผลการศึกษา มีความตรงภายใน การควบคุมและ/หรือขจัดปัจจัยกวนสามารถทำได้โดยการออกแบบการวิจัยหรือการใช้สถิติขั้นสูง¹⁰ ตัวอย่างการควบคุมโดยการออกแบบการวิจัย โดยกำหนดให้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันในปัจจัยกวนนั้น ๆ เช่น หากตัวแปรเพศเป็นปัจจัยกวน ต้องออกแบบการได้มาของกลุ่มตัวอย่างให้มีเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่า ๆ กัน หรือใช้สถิติในการพิสูจน์ให้

เห็นว่าข้อค้นพบการศึกษาไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย โดยการวิเคราะห์แยกกลุ่ม (subgroup analysis) หรืออาจใช้สถิติในการควบคุมตัวแปรกวน โดยจัดปัจจัยกวนเป็นตัวแปรร่วม (covariate) แล้วจึงใช้สถิติในการจัดอิทธิพลของปัจจัยกวน เช่น สถิติ analysis of covariance (ANCOVA) รวมถึงการนำมาสู่การอธิบายหากผลการศึกษาไม่เป็นตามที่คาดการณ์ไว้ การทบทวนวรรณกรรมที่ช่วยให้การวิจัยสามารถค้นหาวาอาจมีปัจจัยใดเป็นปัจจัยกวนได้บ้าง ทั้งนี้อาจยังมีปัจจัยกวนอื่น ๆ ที่ยังไม่ทราบหรือไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ นักวิจัยจึงต้องใช้การคิดวิเคราะห์เมื่อเกิดข้อสงสัยและนำไปสู่การอภิปรายผลต่อไป

“เจ้าตัวร้ายปัจจัยกวนป่วนขอบอก
คิดให้ออกบอกให้ได้ตัวไหนบ้าง
การทบทวนวรรณกรรมช่วยชี้ทาง
นำแฉ้วถางทางเตียนโล่งโปร่งสบาย
เก็บข้อมูลมาไว้ก่อนเป็นดีหนา
จากนั้นมาวิเคราะห์หาสื่อความหมาย
ขจัดออกให้พ้นทางห้ามกริดกราย
จึงบอกผลที่ได้อย่างมั่นใจ”

7. แผนการทดลองไม่ถูกต้อง/ไม่ชัดเจนในการวิจัยแบบทดลอง แผนหรือขั้นตอนการทดลอง (intervention protocol) มีความสำคัญเพราะเป็นตัวบ่งชี้ถึงปัจจัยที่เป็นเหตุ (X) ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรผลลัพธ์ (Y) โดยข้อผิดพลาดที่พบบ่อย ได้แก่ (1) การกำหนดแผนการทดลองไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยที่มีการนำทฤษฎี/กรอบแนวคิด/โมเดลที่มีอยู่แล้วมาใช้ซึ่งอาจเกิดจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนของนักวิจัย หรือในบางครั้งมีเพียงการ “กล่าวนาม” ถึงทฤษฎี/กรอบแนวคิด/โมเดล โดยไม่ได้นำมาใช้ออกแบบการ

ทดลองแต่อย่างใด (2) การรายงานในบทความขาดรายละเอียดของแผนการทดลอง ทำให้ผู้อ่านขาดความมั่นใจว่าตอนดำเนินการทดลองจริง จะมีการดำเนินการทดลองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ (fidelity) ดังที่นักวิจัยต้องการได้มากนักน้อยเพียงใด และเกิดข้อจำกัดหากมีผู้สนใจต้องการนำไปใช้หรือไปศึกษาซ้ำ จึงควรมีการจัดทำแผนการทดลองและรายงานไว้ให้ชัดเจนโดยระบุรายละเอียดให้ทราบว่า ใครทำ (actor) ทำอะไร (what) ทำกับใคร (target) ทำเมื่อไร (temporality) ทำแค่ไหน มาก-น้อย ถี่-ห่าง (dose) หวังผลอะไร (outcome) และด้วยเหตุผลอะไร (justification)¹¹ และ (3) ขาดการใช้เทคนิคปกปิด (no blinding) เช่น ไม่ปกปิดกลุ่มตัวอย่างว่าตนเองอยู่ในกลุ่มใด (ทดลองหรือควบคุม) หรือไม่ปกปิดผู้กระทำการทดลองว่ากลุ่มตัวอย่างรายใดอยู่ในกลุ่มใด นำไปสู่อคติหรือความลำเอียงด้านการปฏิบัติ (performance bias)² ซึ่งในทางปฏิบัติอาจไม่สามารถกระทำการปกปิดได้ทั้งสองฝ่าย (ผู้ให้การทดลองและผู้ได้รับการทดลอง) เนื่องจากลักษณะธรรมชาติของการศึกษา (เช่น หากการทดลองคือการนวดกดจุด การปกปิดผู้ให้การทดลองไม่สามารถทำได้) แต่อาจปกปิดผู้ได้รับการทดลองได้ (เช่น ปกปิดโดยการให้การนวดกับทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองทำการนวดกดจุดตามแผนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมทำการนวดหลอก) โดยสรุป นักวิจัยสามารถป้องกันข้อผิดพลาดเหล่านี้ได้โดย

“การออกแบบการทดลองต้องมีแผน
เขียนให้แน่นเพื่อนำ (ต่อ) ได้ไม่สับสน
ต้องถูกหลักวิชาการ (ทฤษฎี) อย่างแยบยล
ใครทำอะไร ทำทำไม ที่ไหนและเมื่อไร
อีกทั้งยังต้องควบคุมความถูกต้อง
ทั้งผู้รับ-ผู้ให้ (การทดลอง) ไม่สงสัย (blind)

หากมีเหตุชวนชั่งกวนบันทึกไว้
อธิบายได้ราบรื่นเมื่อถึงครา”

8. ความลำเอียงจากการวัดตัวแปร เป็นความลำเอียงที่เกิดขึ้นในกระบวนการวัด (measurement) หรือตรวจจับการเปลี่ยนแปลง (detection) มักเกิดขึ้นกับตัวแปรที่มีการวัดแบบอัตนัย (subjective measures) เช่น แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบวัดคุณสมบัติบางประการ ๑ ที่ผู้ตอบเป็นผู้รายงานด้วยตนเอง (self-report) ในขณะที่ตัวแปรที่มีการวัดแบบปรนัย (objective measures) เช่น ส่วนสูง-น้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ๑ มีความลำเอียงประเภทนี้ต่ำกว่า² ตัวแปรที่มีการวัดแบบอัตนัย มักเป็นการวัดคุณลักษณะ (attributes) ที่เป็นนามธรรมเพื่อให้สามารถจับต้องได้ เช่น วัด ‘คุณภาพชีวิต’ ออกมาเป็นค่าตัวเลข ดังนั้นความสำคัญจึงอยู่ที่เครื่องมือที่นำมาใช้วัดตัวแปรเหล่านี้จะต้องมี “กฎ” บางประการในการวัดและแปลงคุณลักษณะเหล่านั้นเป็นค่าตัวเลขที่น่าเชื่อถือเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป กฎในความหมายของนันทสิทธิ์และเบิร์นสไตน์¹² ครอบคลุมคุณสมบัติของเครื่องมือวัดที่ดีในเรื่อง (1) ความตรง (validity) คือ ความสามารถในการวัดคุณลักษณะที่ต้องการวัด (2) ความเที่ยง (reliability) คือ ความสม่ำเสมอของเครื่องมือวัด (3) และความคลาดเคลื่อนจากการวัด (measurement error)

ในการออกแบบการวัด ไม่ว่าจะเป็นการสร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่หรือการนำเครื่องมือที่มีผู้พัฒนาไว้ก่อนหน้า จะต้องมีการกำหนดนิยามตัวแปรที่ต้องการวัดที่ชัดเจน รายงานและแสดงผลให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงที่ถูกต้องและเหมาะสมกับลักษณะของเครื่องมือวัดนั้น ๆ ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยคือ (1) การใช้เครื่องมือวัดที่อาจไม่สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างแท้จริงจาก

การขาดการนิยามตัวแปรเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจน หรือมีการนำเครื่องมือวัดที่มีอยู่แล้วที่ไม่ตรงกับนิยามมาใช้ หรือนักวิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใช้ โดยมีเพียงการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เท่านั้น ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเครื่องมือวัดตัวแปรที่มีคุณลักษณะหลายมิติ (multidimensional construct) จึงควรนำไปสู่การพัฒนาให้ได้เครื่องมือที่มาตรฐานมากขึ้นต่อไป (2) การตรวจสอบความเที่ยง พบความลำเอียงที่เกิดจากการใช้วิธีการทดสอบที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะเครื่องมือ ทำให้ผลการทดสอบที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ เช่น เครื่องมือวัดเป็นแบบสังเกต (observational checklist) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) และรายงานด้วยสถิติ Kuder-Richardson-20 (KR-20) หรือ Cronbach’s Alpha Coefficient¹² ที่เหมาะสมควรตรวจสอบความเที่ยงโดยการประเมินความเท่าเทียมระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) และใช้สถิติ Fleiss Kappa หรือ Intraclass Correlation Coefficient (ICC)¹³ ขึ้นอยู่กับระดับของการวัดตัวแปรนั้น ๆ เป็นต้น (3) การใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากสังคมวัฒนธรรมและการใช้ภาษาที่แตกต่างไปจากพื้นที่ที่ศึกษา (เช่น เครื่องมือที่พัฒนาในต่างประเทศเป็นภาษาอังกฤษ) ซึ่งต้องเข้าสู่กระบวนการแปลที่ถูกต้องตามมาตรฐานสากล และต้องได้รับอนุญาตให้มีการแปลและการใช้เครื่องมือ นั้น ๆ อย่างถูกต้องด้วยเพื่อป้องกันปัญหาข้อโต้แย้งเรื่องลิขสิทธิ์ทางปัญญา หากมีการนำเครื่องมือที่นักวิจัยคนไทยแปลไว้ก่อนหน้านี้ ควรตรวจสอบความถูกต้องของการแปลเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนในกระบวนการแปล และ (4) การได้รับอิทธิพลจากผู้เก็บข้อมูลทำให้ข้อมูลที่ได้มี

ความคลาดเคลื่อน เช่น นักวิจัยเป็นผู้ให้การทดลอง (interventionist) และเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง (data collector) กลุ่มตัวอย่างอาจตอบคำถามหรือแบบสอบถามด้วยความเกรงใจ ดังนั้นในการวิจัยแบบทดลองใด ๆ หากสามารถทำได้ควรให้ผู้อื่นเป็นผู้เก็บข้อมูลและใช้กระบวนการปกปิดไม่ให้ผู้เก็บข้อมูลทราบว่ากลุ่มตัวอย่างรายใดอยู่ในกลุ่มใด (blinding data collector)

“เครื่องมือวัดมีความตรงและความเที่ยง
นิยมไว้มิพลาดเอียงไม่ตกหล่น
มาตรฐานการวัดเครื่องจักรกล
ตรวจสอบไว้มิสับสนไม่ติดใจ
หากมีการแปลมาจากสังคมอื่น
ขออย่าฝันทนใช้หากสงสัย
โปรดอย่าลืมลิสทริ่งขอใช้
หากทำได้ให้ผู้อื่นเก็บข้อมูล”

9. อำนาจการทดสอบต่ำและความลำเอียง
ในการวิเคราะห์ข้อมูล การสรุปผลการศึกษานงานวิจัยเชิงปริมาณ มักมีการใช้สถิติเพื่อประมาณการค่าของประชากร (population parameters) โดยใช้ข้อมูลจากค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (sample statistics) เพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือการทดสอบทางสถิติมีความถูกต้อง ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด (statistical conclusion validity) หรือที่เรียกกันว่าการวิจัยนั้น มีอำนาจการทดสอบ (power, $1 - \beta$)^{2,14} คือสามารถสรุปผลได้อย่างถูกต้องแม่นยำนั่นเอง

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อย ได้แก่ การใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เหมาะสมทั้งในขนาดที่มากเกินไปนำไปสู่การสรุปผลที่สูงเกินจริง (overpower) หรือต่ำเกินจริง (underpower) สำหรับข้อผิดพลาดในข้อนี้ขอเน้นที่การมีขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างน้อยเกินไป (small sample size) นำไปสู่ข้อจำกัดเรื่องความสามารถในการเป็นตัวแทนของประชากร และความคลาดเคลื่อนของการสรุปทางสถิติประเภทที่ 2 (type 2 error, β) ซึ่งหมายถึงโอกาสของการสรุปผิดพลาดโดยการยอมรับสมมติฐานนัล (null hypothesis: H_0) ทั้ง ๆ ที่สมมติฐานนัลไม่เป็นจริง (false negative) เช่น สรุปว่าโปรแกรมการทดลองไม่มีประสิทธิผล ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริงมีประสิทธิผลวิธีการที่ช่วยให้มั่นใจมากขึ้นว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอที่แสดงถึงอำนาจการทดสอบของวิจัยนั้น ๆ คือ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis)¹⁴ ซึ่งต้องใช้ข้อมูลกำหนดในการวิเคราะห์อำนาจ ๆ ได้แก่ (1) ขนาดอิทธิพล (effect size: ES) ซึ่งอาจได้มาจากการศึกษานำร่องของนักวิจัย หรือจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ (2) ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (type 1 error, α) ซึ่งหมายถึงโอกาสของการสรุปผิดพลาดโดยการปฏิเสธสมมติฐานนัล (null hypothesis: H_0) ทั้ง ๆ ที่สมมติฐานนัลเป็นจริง (false positive) โดยทั่วไปมักกำหนดค่า α ที่ .05 และ (3) ค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 โดยมีสูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยนั้น ๆ ซึ่งในปัจจุบันมีโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อช่วยในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการ power analysis นี้โปรแกรมที่เป็นที่นิยมในงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยคือ G*Power ซึ่งมีความครอบคลุมการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่หลากหลาย¹⁵⁻¹⁶ อย่างไรก็ตามแม้ว่านักวิจัยจะระบุว่ามีการใช้โปรแกรมดังกล่าวในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นบ่อย คือ การเลือก

ES เข้าสู่การคำนวณไม่เหมาะสม เช่น กำหนด ES แบบ สะดวกตามความคิดเห็นส่วนตัวของนักวิจัยโดยไม่ ระบุเหตุผล หรือใช้งานวิจัยที่มีความใกล้เคียงน้อยกับ สิ่งที่นักวิจัยสนใจศึกษา หรือเกิดจากความเข้าใจ ผิดพลาด เช่น นักวิจัยต้องการศึกษาอิทธิพลของ ตัวแปร X ต่อตัวแปร Y แต่ไปนำผลการศึกษาที่ศึกษา อิทธิพลของตัวแปร Y ต่อตัวแปร Z มาใช้ ดังนั้นค่าตัว เลขจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (N) ที่ได้จึงขาดความน่าเชื่อ ถือ นอกจากนี้ยังพบการเลือก ES มาแทนค่าใน โปรแกรมที่ไม่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะ ใช้ในการศึกษานั้น ๆ ตัวอย่างเช่น ในโปรแกรม G*Power นักวิจัยเลือกสถิติ t-tests เพื่อทดสอบความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม [Means: Difference between two independent means (two groups)] แต่คำถาม/สมมติฐานการวิจัยต้องการ ทดสอบความแตกต่างทำนองเดียวกัน แต่มีการวัดซ้ำ 3 ครั้ง ดังนั้น ที่ถูกต้องจะต้องเลือกสถิติเป็น F tests ด้วย ANOVA-Repeated measures within-between interaction ความผิดพลาดในตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้การวิจัยนั้น ๆ มีอำนาจการทดสอบต่ำ

นอกจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่อาจส่งผลให้เกิด การสรุปข้อค้นพบที่ผิดพลาด ปัญหาที่พบบ่อยอีก ประการคือ การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่ เหมาะสมกับลักษณะข้อมูลที่ได้มา เช่น ใช้สถิติอ้างอิง แบบพารามетริกกับชุดข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามข้อ ตกลงเบื้องต้นของสถิตินั้น ๆ (เช่น ชุดข้อมูลไม่มีการ แจกแจงแบบปกติ ฯ) หรือการไม่ให้ความสำคัญและ ไม่จัดอิทธิพลของตัวแปรกวนทั้งที่ทราบว่าจะมี อิทธิพลจากตัวแปรกวนที่ทำให้ผลการวิจัยคลาด เคลื่อนไปจากความเป็นจริง และเมื่อได้ผลการ วิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ในการรายงานผลจะต้องมีการ

รายงานข้อค้นพบให้ครบถ้วน ไม่ว่าข้อค้นพบนั้นจะ เป็นไปตามสมมติฐานที่คาดการณ์ไว้แต่ต้นหรือไม่ ก็ตาม

“การวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญยิ่ง
ตอบทุกสิ่งทุกคำถามตามมาตรฐาน
ผลสรุปมีอำนาจการทำนาย (power)
ใช้คือใช่ (significant) ไม่ใช่ไม่ (non-
significant) จงบอกมา
กลุ่มตัวอย่างต้องเพียงพอให้ตรวจจับ
(อิทธิพล)
เลือกสถิติที่เหมาะสมหนา
ตรวจสอบการใช้งาน(ข้อตกลง)ตามตำรา
เพิ่มคุณค่าผลที่ได้ใกล้ความจริง”

10. ความลำเอียงในการแปลผล รายงานผล และเสนอแนะผลการศึกษาไม่เหมาะสม การแปล ผลการศึกษาหรือการอภิปรายผลการวิจัย เป็นเนื้อหา ส่วนสุดท้ายที่ปรากฏในการรายงานผลการวิจัยที่มี ความสำคัญ เพราะผู้อ่านมักใช้ในการตัดสินใจว่าการ ศึกษาที่น่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ผู้วิจัยมีความ ลำเอียงในการแปลผลและรายงานผลบ้างหรือไม่ (reporting bias) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักวิจัยมีความ ลำเอียงในการรายงานผลการศึกษา ได้แก่¹⁷ (1) แรงจูงใจ (motivation) เป็นเหตุผลพื้นฐานของ นักวิจัยที่จะนำเสนอผลการศึกษามาที่ตนสนใจหรือ ต้องการนำเสนอเท่านั้น (2) วิธีการ (means) เกี่ยวข้อง กับการเลือกใช้วิธีการจัดการกับข้อมูลและนำเสนอ ข้อมูล หรือปรับการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อให้ได้ ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ (3) ความขัดแย้งและการถ่วง ตูลผลประโยชน์ (conflicts and balancing of interest) นักวิจัยเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างมาตรฐาน ทางจริยธรรมและความถูกต้องเชิงวิชาการกับผล ประโยชน์ของตนเองในการรักษาความสัมพันธ์กับ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เช่น ผู้สนับสนุนทุนวิจัย) และ (4) แรงกดดันจากแวดวงวิชาการและสังคม (pressures from science and society) ให้รายงานผลการศึกษาที่ดูเป็นบวกหรือมีนัยสำคัญเกินกว่าความเป็นจริง ปัจจัยเหล่านี้ผลักดันให้นักวิจัยจำนวนไม่น้อยรายงานผลการวิจัยคลาดเคลื่อน ซึ่งถือว่าคุกคามต่อการพัฒนาศาสตร์และองค์ความรู้ในเรื่อง/สาขานั้น ๆ

ดังนั้น ในขั้นตอนการแปลผลและรายงานผลการวิจัย นักวิจัยควรนำเสนอและอธิบายข้อค้นพบที่ได้ อย่างสมเหตุสมผลตามความเป็นจริง โดยใช้ทักษะทางปัญญาในการคิดวิเคราะห์และประมวลผลเชิงตรรกะที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎี โมเดล หรือกรอบแนวคิดต่าง ๆ ที่นำมาใช้ตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการวางแผนและออกแบบการวิจัย หลักฐานสนับสนุนจากการศึกษาอื่น ๆ ก่อนหน้านี้ ตลอดจนการวิเคราะห์และระบุข้อจำกัดหรือข้อผิดพลาดบางประการที่อาจพบในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยที่อาจส่งผลต่อคำตอบการวิจัย โดยนักวิจัยระมัดระวังเรื่องการแปลผลที่เกินจริง (overclaim) ซึ่งมักเกิดจากขาดการวิเคราะห์ข้อจำกัดของการวิจัยนั้น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในข้อใดข้อหนึ่งหรือหลาย ๆ ข้อ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น (ข้อ 1-9) และถึงแม้ผลการศึกษาก่อมาเป็นไปตามสมมติฐาน ก็ควรพิจารณาด้วยว่าการได้ผลการวิเคราะห์ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (statistical significance) แล้วนั้น มีนัยสำคัญทางคลินิกหรือการปฏิบัติ (clinical or practical significance) ด้วยหรือไม่ เนื่องจากการมีนัยสำคัญทางสถิติอาจเป็นได้จากการมีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่มาก¹⁸ เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X และ Y กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เช่น 500 คน พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำมากและมีนัยสำคัญทางสถิติ (เช่น $r_{xy} = .103, p < .05$) ในทางกลับกันหากข้อค้นพบไม่เป็น

ไปตามสมมติฐาน เช่น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ควรรีบด่วนสรุปว่าการทดลองนั้นไม่มีผล แต่อาจพิจารณาค่าตัวเลขที่บ่งชี้ความแม่นยำ (precision) โดยดูจากค่าขนาดอติพิล ES และค่าช่วงเชื่อมั่น (confidence interval) ประกอบด้วยว่าเป็นอย่างไร เพราะอาจช่วยบอกถึงความสำคัญในทางคลินิกได้¹⁹ ในขณะเดียวกันต้องตรวจสอบว่ามีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนใดของการวิจัย ควบคู่กันไปเสมอ

“ขออย่าใช้อคตินำมาก่อน

อย่าถอดถอนข้อไม่ซิก (not significant)

ทำตกหาย

ความจริงใจต้องแสดงทั้งใจกาย

ไม่วุ่นวายหาทางแก้ให้มีนัย (นัยสำคัญ)

ช่วยตรวจสอบเมื่อพบเห็นความแตกต่าง

มีนัยยะ (ทางคลินิก) อยู่บ้างใช้หรือไม่

ของที่พบเหมือนหรือต่างเพื่อนอย่างไร

ทฤษฎีนั้นไซ้ใช้ชี้ทาง”

การอภิปรายผลการวิจัยอย่างโปร่งใส ตรงไปตรงมา จะนำไปสู่การสรุปผลการวิจัยที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือ ไม่ว่าผลการศึกษาก่อออกมาอย่างไร เนื่องจากไม่มีงานวิจัยชิ้นใดสมบูรณ์แบบ ทุกครั้งที่นักวิจัยพยายามขจัดความลำเอียงอย่างหนึ่ง ก็อาจส่งผลกระทบเกิดความลำเอียงในรูปแบบอื่นตามมา ตัวอย่างเช่น นักวิจัยออกแบบการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการศึกษาในกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อนแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองไปยังอีกกลุ่มหนึ่ง (ลดปัญหา performance bias) แทนการศึกษาโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มและศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคู่ขนานกันไป (parallel, RCT) ซึ่งสามารถป้องกัน selection bias

ได้แต่อาจหลีกเลี่ยง performance bias จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มไม่ได้ เป็นต้น ดังนั้น นักวิจัยจึงจำเป็นต้องรายงานเหตุผลความจำเป็น และวิเคราะห์ข้อจำกัดต่าง ๆ และนำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ตลอดจนการศึกษาวิจัยในอนาคตที่สอดคล้องกับวิธีการดำเนินการวิจัยที่ใช้และข้อค้นพบจากการศึกษานั้น ๆ

“บทสรุปส่งท้ายมีความหมาย
หมวดความรู้ไว้เพื่อสานต่อ
ให้เดินตามผลวิจัยที่ดีพอ
อย่าปล่อยเกินจริงจนเกินไป
ไม่มีงานชิ้นไหนสุดประเสริฐ
พบบกพร่องก่อเกิดเรียนรู้ใหม่
จึงต้องบอกข้อจำกัดอย่างจริงจัง
แนะนำวิจัยหน้าพากันเดิน (ต่อไป)”

สรุปและข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมให้การวิจัยทางการแพทย์เชิงปริมาณมีคุณภาพสูงขึ้น นักวิจัยควรตระหนักถึงข้อผิดพลาดหรือความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการวิจัย และใช้แนวทางที่นำเสนอในบทความนี้ในการตรวจสอบและลดข้อผิดพลาดต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องเชื่อถือได้ ผู้อ่านสามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้จริง อันจะส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Wannasuntad S, Petpichetchian W, Vachprasit R, et al. A scoping review of Thai nursing research over the past 3 years. JTNMC. 2022; 37(2): 143–66. Thai.
2. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice 11th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2021.
3. Petpichetchian W, Hanucharuenkul S, Turale S. Optimizing quality nursing research: A call for action. PRIJNR. 2022; 26(4): 549–54. Thai.
4. Hines S, Ramsbotham J, Coyer F. Registered nurses' experiences of reading and using research for work and education: a qualitative research study. BMC Nursing. 2022; 21(1): 114. doi: 10.1186/s12912-022-00877-3.
5. Chen Q, Sun M, Tang S, et al. Research capacity in nursing: a concept analysis based on a scoping review. BMJ Open. 2019; 9(11): e032356. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032356.
6. Schulz KF, Altman DG, Moher D, et al. CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. Ann Intern Med. 2010; 152(11): 726–32. doi: 10.1186/1741-7015-8-18.
7. Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening and Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. Ann Intern Med. 2007; 147(8): 573–7. doi: 10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010.

8. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. NY: Houghton Mifflin; 2002.
9. Ellenberg JH. Selection bias in observational and experimental studies. *Stat Med*. 1994; 13(557-67): 557-67.
10. D'Onofrio BM, Sjölander A, Lahey BB, et al. Accounting for confounding in observational studies. *Annu Rev Clin Psychol*. 2020; 16(1): 25-48. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816045030.
11. Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: Recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci*. 2013; 8: 1-11. doi: 10.1186/1748-5908-8-139.
12. Nunnally JC, Bernstein I. Psychometric theory. 3rd ed. NY: McGraw-Hill; 1994.
13. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016;15(2): 155-63. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, et al. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009; 41(4): 1149-60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
16. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G* Power software. *JEEHP*. 2021; 18. doi: <https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>.
17. van der Steen J, ter Riet G, van den Bogert C, et al. Causes of reporting bias: A theoretical framework. *F1000Res*. 2019; 8: 280. doi: 10.12688/f1000research.18310.2.
18. Polit DF. Clinical significance in nursing research: a discussion and descriptive analysis. *Int J Nurs Stud*. 2017; 73(2017): 17-23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.002.
19. Hemming K, Javid I, Taljaard M. A review of high-impact journals found that misinterpretation of non-statistically significant results from randomized trials was common. *J Clin Epidemiol*. 2022; 145: 112-20. doi: 10.1016/j.jclinepi.2022.01.014.

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา

อาติละห์ สะไร¹ พยม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปิยะวรรณ ภูมิวนิชกิจ² พยบ.

บทคัดย่อ: การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ในการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 201 แฟ้มข้อมูล และสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ ระยะที่ 2) พัฒนาและนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้ ระยะที่ 3) ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบที่พัฒนา กับกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 56 คน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มละ 35 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งในการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้อาบน้ำของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความเป็นไปได้และผู้ใช้มีความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมาก จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้อาบน้ำของผู้ป่วย ในกลุ่มที่ได้รับการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้อาบน้ำลดลง แต่ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 20-36

คำสำคัญ: รูปแบบการวางแผนจำหน่าย; ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง; ทีมสหสาขาวิชาชีพ; การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: rdlah.sarai@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา

วันที่รับบทความ 25 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 11 สิงหาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 13 สิงหาคม 2567

Development and Evaluation of the Discharge Planning Model for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients by Multidisciplinary Team, Medical Ward, Yala Hospital

Adeelah Sarai¹ MNS. (Adult Nursing)

Piyawan Phumivanichkit² BNS.

Abstract: This research and development aimed to develop and evaluate a discharge planning model for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients by a multidisciplinary team at the medical ward, Yala Hospital, during October 2022 – September 2023. The study comprised 3 phases. Phase 1 was studying the situation of discharge planning for patients with COPD. The sample was the medical records of 201 COPD patients and data from a focus group of representatives from the multidisciplinary team. Phase 2 was developing and implementing a discharge planning model for COPD patients by a multidisciplinary team. Phase 3 was evaluating the results of implementing the discharge planning model for COPD patients by a multidisciplinary team with two sample groups, namely 56 professional nurses in the medical ward and 70 COPD patients. The patient group was divided into two groups, each of 35 patients, to evaluate the outcome before and after implementing the discharge planning model. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square to compare the unplanned readmission rate within 28 days. The study findings showed that discharge planning models for COPD patients by a multidisciplinary team was feasible and nurses were satisfied with the implementation at a high level. The readmission rate among COPD patients in the group receiving the discharge planning model by a multidisciplinary team was significantly lower than that among patients receiving regular discharge planning ($p < .05$). The developed discharge planning model can be used in practice and reduces the unplanned readmission rate. However, long-term follow-up study should be conducted.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 20-36

Keywords: Discharge planning model; Chronic obstructive pulmonary disease patients; Multidisciplinary team; readmission rate

¹Registered nurse, Professional level, Yala hospital, Yala; Corresponding author, Email: rdlah.sarai@gmail.com

²Registered nurse, Professional level, Yala hospital, Yala.

Received March 25, 2024; Revised August 11, 2024; Accepted August 13, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิตจำนวน 3.23 ล้านรายทั่วโลก คิดเป็นลำดับที่ 3 ของโลก¹ สำหรับประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2565 พบว่าการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ. 2563-2565 เพิ่มขึ้น จากอัตราตาย 12.1 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2563 เป็น 12.9 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565² ส่งผลกระทบอย่างมากต่อศักยภาพในการดำเนินชีวิต ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศทั่วโลก

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลยะลา จากสถิติปี พ.ศ. 2560-2565 พบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเป็น 1 ใน 10 ของแผนกอายุรกรรมทั้งหมด มีอัตราการกำเริบเฉียบพลันเกินเกณฑ์มาตรฐานสูงเป็นลำดับต้น ๆ ของเขตสุขภาพที่ 12³ มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดคือร้อยละ 14.78 ในปี พ.ศ. 2565⁴ จากการทบทวนเวชระเบียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 จำนวน 160 แฟ้มข้อมูลพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 92.30) มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงมาก (ร้อยละ 78.30) มีโรคร่วม (ร้อยละ 52.80) การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 75.00) ได้แก่ ฟันยาไม่ถูกวิธีและไม่ต่อเนื่อง การสูบบุหรี่ และไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 33.40) ด้านผู้ดูแลปัญหาที่พบ เช่น ญาติผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจาก

ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ส่วนปัจจัยด้านทีมสุขภาพจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลยะลา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2562 มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เริ่มต้นที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม และทีมเครือข่ายที่รับผิดชอบ ได้มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องทุก ๆ ปี ตัวชี้วัดต่าง ๆ มีแนวโน้มพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ยกเว้นบางตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวพบว่า ขาดการประสานความร่วมมือระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้จัดการ การประสานงานยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เชื่อมโยงการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ⁵ การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรูปแบบแนวทางที่ชัดเจนโดยมีพยาบาลเป็นผู้นำในการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ

การวางแผนจำหน่ายเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่งของการดูแลช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ การปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง การทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางการแพทย์พยาบาลมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านบริการที่ดี มีความปลอดภัยสูง และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพอีกด้วย⁷ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การจัดการผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยปฐมภูมิจะช่วยให้สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้⁸

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นระบบ จึงควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีการนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาขึ้นมาสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งองค์กรจะมีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนมีมาตรฐาน เป็นไปในแนวทางเดียวกันสามารถประสานความร่วมมือไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

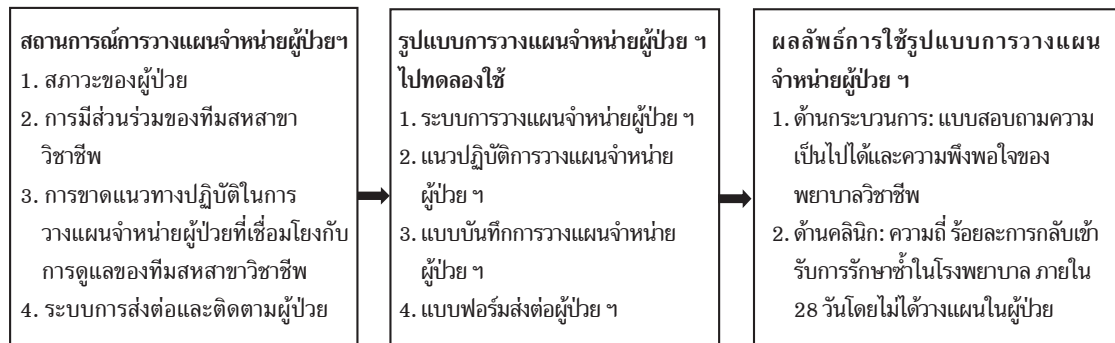
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลาไปใช้
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้ออกแผนของผู้ป่วย หลังนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลาไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาและนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยฯ ไปทดลองใช้ โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำทดลองใช้ และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยฯ โดยบูรณาการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพผสมผสานกับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ดังภาพที่ 1

**การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา**



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 - กันยายน พ.ศ. 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา (ระยะเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 - ธันวาคม 2565)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เภสัชกรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามตารางของ Krejcie and Morgan⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 201 แพ้ ข้อมูล และ 2) ตัวแทนทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย พยาบาลประจำคลินิกโรคหอบ 1 คน ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 คน หน่วยประคับประคอง 1 คน คลินิกอดบุหรี่ 1 คน เวชกรรมสังคม 1 คน ทีมสหสาขาอื่น ๆ ประกอบด้วย เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน

นักกายภาพบำบัด 1 คน นักสุขศึกษา 1 คน และ นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ใช้วิธีการสุ่มเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน โรงพยาบาลยะลา (triggered chart review) กำหนดตัวส่งสัญญาณในการทบทวนเวชระเบียนคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่ได้ออกจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้ออกจำหน่าย และผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group) เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลาในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ควรเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์คลินิกโรคหอบ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกโรคหอบ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังโดยใช้เครื่องมือตัวส่งสัญญาณ (trigger tool) โดยผู้วิจัย เป็นข้อมูลเวชระเบียนที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – กันยายน 2565 จำนวน 201 แฟ้มข้อมูล โดยสุ่มแฟ้มข้อมูลอย่างง่าย

2) ผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม (focus groups) ได้แก่ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 11 คน 2) ทีมพยาบาลวิชาชีพ 4 คน ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ตามขั้นตอน¹⁰ ได้แก่ การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง

ผลการศึกษาสถานการณ์แบ่งสาเหตุการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภาวะโรคร่วมต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคร่วมในระบบทางเดินหายใจ เช่น โควิด 19 หอบหืด ปอดอักเสบ หลอดลมโป่งพอง วัณโรค เป็นต้น ขาดการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เช่น การบริหารยาที่ไม่ถูกต้อง หรืออุปกรณ์พ่นยา

ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การสัมผัสปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ จากการใช้ชีวิตประจำวัน หรือจากการประกอบอาชีพ 2) ปัจจัยด้านบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างละเอียดและครบถ้วน ขาดการประสานงานอย่างต่อเนื่องในทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) ปัจจัยด้านระบบ ได้แก่ แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบเดิมที่พยาบาลใช้ยังไม่มีกระบวนการให้สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม ขาดระบบการให้คำปรึกษา และการติดตามผู้ป่วยในเครือข่าย สอดคล้องกับประเด็นที่ได้จากการประชุมสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่า ปัญหาสำคัญที่ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความเห็นตรงกันคือ อัตราการกำเริบเฉียบพลัน และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สรุปรูปแบบปัจจัยขับเคลื่อน (driver diagram) พบ 4 ประเด็นหลัก ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ สภาวะของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ การขาดแนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบการให้คำปรึกษาระหว่างทีมบุคลากรและการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยทั้งในและนอกเขตยังไม่ชัดเจน

ระยะที่ 2 พัฒนาและนำรูปแบบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา ไปทดลองใช้ (ระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 – มีนาคม 2566)

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์สถานการณ์ใน ระยะที่ 1 มีการทบทวนวรรณกรรม ตำรา วารสาร บทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดมความคิดเห็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำหนด

**การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา**

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ยกร่างเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และนำไปทดลองใช้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานวิจัยและพัฒนา 1 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการประสานงานและระบุวันเวลาที่ชัดเจนในการส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา จำนวน 10 ราย และประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 ราย

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย

1. ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล และแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

2. แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พัฒนามา

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ เช่น แนวทางปฏิบัติ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD guideline)¹¹ แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565 ของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย¹² และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ โดยเน้นการใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในทุกขั้นตอนของการพยาบาลตามรูปแบบ D-METHOD ประกอบด้วย แผนการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ (clinical pathway) แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประเมินผล

3. แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ประกอบด้วย คำแนะนำของแพทย์เกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคและการวางแผนการรักษา คำแนะนำของเภสัชกรเกี่ยวกับการบริหารยา คำแนะนำของพยาบาล คำแนะนำของนักกายภาพบำบัด คำแนะนำของนักโภชนาการ คำแนะนำของคลินิกอดบุหรี่ และคำแนะนำของสุขศึกษา

4. แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่พัฒนามาจากแบบบันทึกการส่งต่อเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลยะลา โดยเพิ่มเติมในส่วนของสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละรายตามบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับสถานะของโรค จำเป็นต้องควบคุมอาการกำเริบอย่างต่อเนื่อง ต้องการใช้ทีม

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงเยี่ยมบ้าน ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารยาไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง ต้องการให้ทีมเภสัชกรเยี่ยมประเมินการใช้ยา ปัญหาการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยกระตุ้นไม่เหมาะสม การจัดการอาการต่าง ๆ ไม่เหมาะสม การพักผ่อนนอนหลับ ติดตามเรื่องบุหรืติดตามเรื่องวัคซีน มีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวผู้ป่วย ต้องการให้ทีมพยาบาลชุมชนเยี่ยมประเมิน ติดตามและดูแลต่อเนื่อง ปัญหาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต้องการให้ทีมกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ต้องการให้ทีมโภชนาการเพื่อประเมินและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ปัญหาภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดเรื้อรัง (chronic Hypoxemia) หรือมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) หรืออาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ต้องการให้ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อการรักษาด้วยวิธีให้ออกซิเจนระยะยาว (Long term O2 therapy: LTOT) และการจัดการอาการหายใจลำบากหรือการจัดการอาการอื่น ๆ (dyspnea or symptom management)

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลผลลัพธ์การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา (ระยะเวลาตั้งแต่เดือน เมษายน - กันยายน 2566)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของ Krejcie & Morgan⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เป็นพยาบาล

วิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 1 ปีและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย

2) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจีสตาร์เพาเวอร์ (G*Power)¹³ ด้วยวิธี t-test สถิติ mean: difference between two independent means โดยการทดสอบแบบทางเดียว และกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 นำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในงานวิจัยคล้ายคลึงกัน¹⁴ มาคำนวณขนาดค่าอิทธิพล (Effect size = d) ได้เท่ากับ .8 และอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 ราย รวมทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 70 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยและภาษาท้องถิ่น สามารถอ่านภาษาไทยได้และมีญาติผู้ดูแลจัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 รายแรกเป็นกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ และกลุ่มตัวอย่างอีก 35 รายหลัง เป็นกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุที่ใกล้เคียงกันไม่เกิน 5 ปี และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลาที่พัฒนาและปรับปรุงในระยะที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา

2.1.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ จาก 1-5 คะแนน โดยกำหนด 5 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้มากที่สุด ส่วน 1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้น้อยที่สุด

2.1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา เป็นแบบประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นเพิ่มเติมโดยการเขียนบรรยาย ส่วนแรกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ จาก 1-5 คะแนน โดยกำหนด 5 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้มากที่สุด และ 1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้น้อยที่สุด โดยแปลผลความเป็นไปได้/ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินความคิดเห็น ตามเกณฑ์พิสัย (range) 5

ระดับ¹⁵ คือ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

2.2 เครื่องมือสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประวัติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลแผนกอายุรศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.0 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย

2. ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา มาประกาศใช้

2. ดำเนินการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บ ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย บทบาทของผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่ม ผู้ป่วยก่อนพัฒนารูปแบบและกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล ยะลา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

2. ผลลัพธ์การนำรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ไปใช้ วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความถี่ ร้อยละของการกลับ เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดย ไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบและกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล ยะลา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมใน การทำวิจัยในคนของโรงพยาบาลยะลา (รหัสโครงการ วิจัย 17/2566 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2566 อนุมัติให้ เก็บข้อมูลได้ตั้งแต่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2566) ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติการทำวิจัยถึงผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และเข้าพบ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตและ ชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมและการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ครั้งนี้ ขั้นตอนของการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ผู้ร่วมวิจัย จะให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและ การปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูล ต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวม เท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์การนำรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา แบ่งออกเป็น ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคลินิกดังนี้

ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุด กั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 56 ราย พบว่า มีอายุ อยู่ในช่วง 25-54 ปี (อายุเฉลี่ย 34.5 ปี, SD = 7.95) วุฒิการศึกษาสูงสุดปริญญาตรีร้อยละ 100 ระยะเวลา ในการปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 1 - 24 ปี (เฉลี่ย 11 ปี, SD = 8.48) ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมชายจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.86 อายุรกรรมหญิงจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.07 และหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น 9 จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.07 มีประสบการณ์การอบรมหรือ

**การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา**

สัมมนาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.14 และเคยมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ มาก่อนหน้านี้ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.14

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา

ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้โดยพยาบาลจำนวน 56 คน พบว่าระดับความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติโดยรวมในระดับมาก และระดับความเป็นไปได้รายข้อสูงสุด คือ การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนความเป็นไปได้ของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา รวบรวม

แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสหสาขาวิชาชีพ	mean	SD	ระดับความเป็น ไปได้ในการนำใช้
1. การพยาบาลเพื่อการประเมินสภาพผู้ป่วย	4.13	.55	มาก
2. การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้การพยาบาลแบบชี้เฉพาะ	4.21	.47	มาก
3. การปฏิบัติการพยาบาล	4.36	.50	มาก
4. การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.38	.56	มาก
5. การประเมินผล	4.34	.51	มาก
รวม	4.28	.45	มาก

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา

ผลการประเมินพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้โดยพยาบาลจำนวน 56 คน พบว่าระดับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

โดยรวมในระดับมาก และระดับความพึงพอใจรายข้อสูงสุดเท่ากัน คือ แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รองลงมา คือ ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยสหสาขาวิชาชีพ	mean	SD	ระดับความพึงพอใจ ในการนำใช้
1. ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4.32	.54	มาก
2. แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4.32	.51	มาก
3. แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4.37	.52	มาก
4. แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	4.37	.52	มาก
รวม	4.34	.46	มาก

ผลลัพธ์ด้านคลินิก ประกอบด้วย 35 ราย เมื่อนำทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อน
พัฒนารูปแบบ 35 ราย และกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบและกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) (n = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ (n = 35)	กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ (n = 35)	χ^2	P value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	24(68.60)	25(71.40)	.068	.794
หญิง	11(31.40)	10(28.50)		
อายุ (ปี) กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ (mean=68.49, SD =12.10, Min =.37, Max =.87)				
กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ (mean=70.0, SD =11.47, Min =.38, Max =.87)				
35-40 ปี	2(5.71)	1(2.90)	20.20	.889
41-50 ปี	2(2.85)	2(2.85)		
51-60 ปี	3(8.57)	3(8.57)		
61-70 ปี	14(40.00)	13(37.10)		
71-80 ปี	9(25.70)	7(20.00)		
> 81 ปี	6(17.10)	9(25.70)		

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบและกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา
โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) (n = 70) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ	กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ	χ^2	P value
	(n = 35) จำนวน(ร้อยละ)	(n = 35) จำนวน(ร้อยละ)		
สถานภาพสมรส				
โสด	7(20.00)	4(11.40)	1.223	.543
คู่	27(77.10)	29(82.90)		
หม้าย	1(2.90)	2(5.70)		
ศาสนา				
พุทธ	10(28.60)	7(20.00)	.699	.403
อิสลาม	25(71.40)	28(80.00)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	15(42.90)	20(57.10)	2.290	.808
ประถมศึกษา	9(25.70)	6(17.10)		
มัธยมศึกษา	5(14.30)	3(8.60)		
อนุปริญญา	1(2.90)	1(2.90)		
ปริญญาตรี	3(8.60)	4(11.40)		
สูงกว่าปริญญาตรี	2(5.70)	1(2.90)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15(42.90)	15(42.90)	.952	.976
เกษตรกร	8(22.90)	7(20.00)		
ค้าขาย	10(28.60)	10(28.60)		
รับจ้าง	2(5.70)	1(2.90)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1(2.90)	2(5.70)		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
1-5 ปี	25(71.40)	24(68.60)	.068	.794
6-10 ปี	10(28.60)	11(31.40)		
ประวัติโรคร่วม				
ไม่มีโรคร่วม	9(25.70)	8(22.90)	.231	.891
โรคร่วมระบบหายใจ	11(31.40)	11(31.40)		
โรคร่วมอื่นๆ	15(42.90)	16(45.70)		
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา				
1-2 ครั้งต่อปี	22(62.90)	25(71.40)	.583	.445
> 2 ครั้งต่อปี	13(37.10)	10(28.60)		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบและกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) (n = 70) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ	กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ	χ^2	P value
	(n = 35)	(n = 35)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ระดับการตรวจสมรรถภาพปอด				
GOLD 1 เล็กน้อย	2(5.70)	1(2.90)	1.146	.776
GOLD 2 ปานกลาง	8(22.90)	11(31.40)		
GOLD 3 ระดับรุนแรง	18(51.50)	15(42.90)		
GOLD 4 ระดับรุนแรงมาก	7(20.00)	8(22.90)		
กลุ่มผู้ป่วย				
กลุ่ม B	1(2.90)	1(2.90)	3.390	.335
กลุ่ม C	24(68.60)	21(60.00)		
กลุ่ม D	10(28.60)	13(37.10)		

ส่วนที่ 2 ความถี่ร้อยละของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบและกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบและกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่า กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบฯ มีจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนน้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความถี่ ร้อยละของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) (N = 70)

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน โรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ (n=35)		กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบ (n=35)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่เกิด	12	34.28	21	60.00	8.042	.018
เกิด 1 ครั้ง	15	42.85	13	37.14		
เกิด ≥ 2 ครั้ง	8	22.85	1	2.85		

อภิปรายผล

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา ที่พัฒนามุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยสู่เครือข่ายชุมชน โดยมีการบูรณาการแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพผสมผสานกับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับของหลายประเทศทั่วโลกและประเทศไทย เช่น GOLD guideline แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565 ของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ ประกอบด้วย 1) ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน 2) แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ D-METHOD 3) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา และ 4) แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่องโดยสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังการูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพมาใช้ และมีการประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพไปใช้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.28 (SD = .45)

ส่วนความพึงพอใจของการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพไปใช้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.34 (SD = .46) ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงทีมสหสาขาวิชาชีพโดยผ่านระบบการขอคำปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานเพิ่มสูงขึ้น พยาบาลมีบทบาทอิสระในการพิจารณาส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการประเมินสภาพ วางแผนการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละราย มีการจัดการกับปัญหาและความต้องการการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยบทบาทหน้าที่ของแพทย์พยาบาลและทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การบริหารยาที่ถูกต้องโดยทีมพยาบาลเป็นผู้ประเมินเบื้องต้นและทีมเภสัชกรมาฝึกทักษะซ้ำจนสามารถปฏิบัติได้ มีการประเมินซ้ำก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและประเมินต่อเนื่องเมื่อทีมเภสัชกรเยี่ยมบ้านและเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การลดปัจจัยกระตุ้น และการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น โดยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลชุมชนและนักสังคมสงเคราะห์จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความจำเป็นของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน วางแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะโรครุนแรงโดยทีมแพทย์และพยาบาลระดับประจักษ์เพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น การจัดการอาการหายใจลำบาก มีการประเมินภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วยโดยทีมเวชกรรมฟื้นฟู จัดให้มีการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและติดตามต่อเนื่องที่บ้านและเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด

มีการดูแลด้านโภชนาการโดยทีมแพทย์และพยาบาล เป็นผู้ประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น และส่งปรึกษา นักโภชนาการให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการ และนัดประเมินภาวะ โภชนาการซ้ำเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด การติดตามความต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมพยาบาลชุมชน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้าน คลินิกในกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีจำนวนครั้งการ กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน น้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการจัดการผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยปฐมภูมิจะช่วยให้สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ และพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการ จัดการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชนจำนวน 151 ราย มีอัตราการรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดลงร้อยละ 65 ($n = 98$) มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 28 ($n = 42$) เท่านั้นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยไม่มีผลกระทบเชิงลบต่อการเสียชีวิต¹⁶

ข้อจำกัดของการศึกษา

เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่มีปัญหาของโรคร่วมที่ซับซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด วัณโรค โควิด 19 เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญกับวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่

ด้านบริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้เครือข่ายที่รับผิดชอบนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายไปใช้ จัดการฝึกอบรมให้ความรู้การนำรูปแบบการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขา วิชาชีพ อำนวยความสะดวกแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ในด้านการดำเนินการ และส่งเสริมการติดตามนิเทศ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น กลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของ โรคอยู่ในระดับรุนแรงมาก โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ เหล่น้อยหอบตลอดเวลา และหรือมีภาวะโรคร่วม รุนแรง เน้นการจัดการเป็นรายกรณีตามสภาพปัญหา และความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เพื่อส่งเสริมให้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามสภาพที่เป็นอยู่

2. ควรมีการนำรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพไป ใช้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว และประเมินผลการใช้ เป็นระยะ ๆ เพื่อให้สามารถปรับปรุงแก้ไข พัฒนาให้ เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งทางองค์ ความรู้ และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากขึ้น

**การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลยะลา**

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2022 [cited 2022 oct 20]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. Strategy and Planning Division. Public Health Statistics A.D.2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 oct 20]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>
3. Health Data Center. Acute exacerbations rate in patients with chronic obstructive pulmonary disease (patients aged 40 years and older) [Internet]. 2022 [cited 2022 oct 20]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=format/ncd.php&catid>
4. Medical Record, Yala Hospital. Chronic obstructive pulmonary disease Statistics BE 2017-2021; 2022.
5. Sarai A, Buranathawornsom A, et al. Developing a patient care system multidisciplinary COPD Yala Hospital. Academic fair Southern Public Health District 12; 2019.
6. Ratanapitak U. Discharge planning with nursing prevention and health promotion. In: Phichitphonchai W, Asdornwise U, editors. Patient discharge planning: Concepts and applications (revised edition). Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University; 2013. p. 36-49. Thai.
7. Khammathit A. The evidence-based approach in health care management, applied to nursing. SCNJ. 2021; 8(2): 315-28. Thai.
8. Amin AN, Cornelison S, Woods JA, et al. Managing hospitalized patients with a COPD exacerbation: The role of hospitalists and the multidisciplinary team. Postgrad Med. 2022; 134(2): 152-9.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970; 30(3): 607-10. doi: 10.1177/001316447003000308.
10. Crabtree BF, Miller WF. Doing qualitative research. London: Sage Publications; 1992.
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report [Internet]. 2024 [cited 2024 jan 20]. Available from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
12. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. Guidelines for diagnosing and treating chronic obstructive pulmonary disease 2022. Bangkok: Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage; 2022. Thai.
13. Sanitlou N, Sartphet W, Naphaarrak Y. Sample size calculation using G*POWER program. SVIT journal. 2019; 5(1): 496-507. Thai.
14. Sarai A. Effect of an integrate program of discharge planning and symptom experience on dyspnea management ability and dyspnea status of patients with COPD [dissertation]. Songkha: Prince of Songkla University; 2016. Thai.
15. Thanin Sincharu. Research and statistical data analysis with SPSS and AMOS. 7. Bangkok: Business R&D; 2017. Thai.
16. Ali A, Khan T, Ahmed J, et al. The multidisciplinary team (MDT) management of chronic obstructive pulmonary disease in the community. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2019; 199(9): A2980. doi: 10.1164/ajrccm-conference.2019.199.1_MeetingAbstracts. A2980.

การพัฒนารูปแบบทีมพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด ของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

นิภาวรรณ ชามทอง¹ พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ)

ศรัญญา ดูกุแสง² พย.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบทีมพยาบาล และประเมินผลของการใช้รูปแบบทีมพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 56 คน และผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทางปากที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เดือนกุมภาพันธ์ ถึงกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 200 ราย เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และสำรวจแบบบันทึกอุบัติการณ์ในรายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบทีมพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย 1) บทบาทและความรับผิดชอบของทีมพยาบาล 2) การฝึกอบรมสำหรับส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะแบบทีม 3) การนำภาวะผู้นำมาปฏิบัติในทีมพยาบาล 4) การตรวจสอบซ้ำการปฏิบัติ 5) การรายงานและประเมินผู้ป่วยข้างเตียง 6) การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ 7) การสังเกตและเสนอแนะข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน และ 8) การชมเชยบุคลากรที่ปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี ส่วนความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบทีมพยาบาลที่พัฒนา พบว่า เป็นประโยชน์ และช่วยให้พยาบาลมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ด้วยการสนับสนุนของทีมพยาบาลและการมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลงจาก 2.75 ครั้งต่อ 1000 วัน เป็น 0 ครั้งต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้น รูปแบบทีมพยาบาลนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมได้ จึงควรสนับสนุนการใช้ให้เกิดความสำเร็จอย่างยั่งยืน

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 37-51

คำสำคัญ: รูปแบบทีมพยาบาล; การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน;
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: niphawan.c@psu.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
วันที่รับบทความ 9 เมษายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 3 กันยายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 13 กันยายน 2567

Development of a Team Nursing Model for Prevention of Unplanned Extubation in Surgical Intensive Care Unit

Niphawan Chamthong¹ M.N.S. (Gerontological Nursing)

Saranya Tukchoosaeng² B.N.S

Abstract: This participatory action research aimed to develop and evaluate a team nursing model to prevent unplanned extubation. The sample comprised 56 nursing practitioners working in the surgical intensive care unit and 200 patients with oral intubation admitted in the surgical intensive care unit between February and September 2023. Data were collected by focus group discussion and survey report of the incidence of unplanned extubation. Data were analyzed by frequency, percentage and content analysis. The research revealed that the team nursing model for prevention of unplanned extubation involved 1) role and responsibility of team nursing, 2) training for promoting team learning and skills development, 3) implementing leadership in nursing teams, 4) double checking, 5) bedside shift rounds, 6) rapid rounds, 7) regular feedback and assessment, and 8) compliments for coworkers in team nursing. Nurses reflected their opinions that the team nursing model was of benefit and helpful, and increased nurses' responsibility through supportive team nursing and engagement with a multidisciplinary team. The incidence of unplanned extubation decreased from 2.75 times per 1000 ventilator days to 0 times per 1000 ventilator days. This team nursing model can be used as a guideline to prevent unplanned extubation in surgical intensive care units and should be given sustained support for its successful implementation.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 37-51

Keywords: team nursing model; unplanned extubation; surgical intensive care unit

¹Registered Nurse, Professional level, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University Songkhla; Corresponding author, E-mail: niphawan.c@psu.ac.th

²Registered Nurse, Professional level, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University Songkhla
Received April 2, 2024; Revised September 3, 2024; Accepted September 13, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned extubation) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพของการดูแลในผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นบ่อยในหอผู้ป่วยหนัก¹⁻² จากการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 34 เรื่องในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจร้อยละ 5.29-8.24² หรือเกิดเหตุการณ์จำนวน 4.4-9.0 ครั้งต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ³ สำหรับการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทยจำนวน 9 แห่ง พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเฉลี่ยร้อยละ 1.90⁴ หรือ 1.43 ครั้งต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ⁵ โดยผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง (self extubation) ร้อยละ 79.80-94.30^{3,6} สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยสับสน กระวนกระวาย ความปวด อึดอัดไม่สบาย⁷⁻⁸ นอกจากนี้พบผู้ป่วยร้อยละ 6-27.10 เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากอุบัติเหตุขณะทำหัตถการหรือกิจกรรมการพยาบาล (accidental extubation) เช่น การดูดเสมหะ การพลิกตัวเปลี่ยนท่า การเคลื่อนย้ายเตียง หรือจากวิธีการยึดท่อช่วยหายใจ การผูกยึดร่างกาย หรือผู้ป่วยไอแรง^{2,4-6} หลังการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจผู้ป่วยร้อยละ 26-76.70 ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่²⁻⁵ โดยร้อยละ 61-97 ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ภายใน 24 ชั่วโมงเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากและการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่²⁻⁴

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากผู้ป่วยดึงหรือจากอุบัติเหตุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ความดัน

โลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหะ การบาดเจ็บของกล่องเสียง การหายใจลำบาก การหยุดหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน การสำลักเข้าปอด^{3,6} ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ มีอัตราการติดเชื้อในปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่^{4,7} ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยหนักหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น^{1,4,7} ซึ่งมาตรการในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยหนัก ได้แก่ การสร้างมาตรฐานการดูแลโดยการให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการยึดท่อช่วยหายใจ การผูกยึดร่างกาย ทักษะการสื่อสาร การดูแลทางด้านจิตใจ การวิเคราะห์สาเหตุของการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การกำหนดมาตรฐานการผูกยึดร่างกายในผู้ป่วย กระวนกระวาย มาตรฐานการยึดท่อช่วยหายใจด้วยวิธีการที่เหมาะสม การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และการจัดการภาวะกระวนกระวายของผู้ป่วยด้วยยาสงบประสาท (sedative drug) และการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและช่วงเวลาที่มีความเสี่ยง^{3,9}

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (Surgical intensive care unit) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ประกอบด้วย 3 หมวด คือ 1) การให้ความรู้แก่พยาบาลเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 2) การประเมินพฤติกรรมเคลื่อนไหวผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และ 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ แต่ยังเกิดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564, 2565 จำนวน 3.64,

3.6, 3.51, 3.2 ครั้งต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 90 ดึงท่อช่วยหายใจออกเอง และร้อยละ 70 ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ซึ่งพบผู้ป่วยมีการติดเชื้อในปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวจากการวิเคราะห์ต้นเหตุของปัญหา ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความไม่สุขสบาย กระวนกระวายจากการท่อช่วยหายใจและสาเหตุอื่น ๆ ความต้องการสื่อสาร 2) ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่ไม่ครอบคลุม ภาระงานยุ่งหรือช่วงเปลี่ยนผลการปฏิบัติงานทำให้พยาบาลมีการเฝ้าระวังผู้ป่วยน้อยลง วิธีการผูกยึดท่อช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลุดง่ายเมื่อเปียกชื้น การสื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ป่วยภายในทีมพยาบาลและระหว่างทีมการรักษา การผูกยึดร่างกายไม่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยสามารถโน้มตัวลงมาถึงท่อช่วยหายใจได้ ไม่มีการกำหนดแบบแผนในการกำกับ การนิเทศและการตรวจสอบซ้ำ ของกิจกรรมการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ 3) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ การมีพยาบาลจบใหม่จำนวน 10-13 คนต่อปี มีประสบการณ์น้อยต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคลากรในทีม และพยาบาลอายุงาน 1-2 ปี จำนวน 10-11 คนต่อปี ซึ่งมีประสบการณ์การปฏิบัติงานแต่ยังอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่า¹⁰

นอกจากนี้หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รับผู้หนักทางศัลยกรรมทุกระบบจำนวน 10 เตียง มีการมอบหมายงานรูปแบบทีมการ

พยาบาล แบ่งเป็น 3 ทีม ผู้ป่วยจำนวน 3-4 คนต่อทีม อัตรากำลังผู้ป่วยต่อพยาบาล 1:1 แต่ละทีมประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าทีม ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 5 ปีขึ้นไป พยาบาลสมาชิกทีม 2-3 คนโดยพยาบาลใหม่เป็นอัตรากำลังเสริมใน 3 เดือนแรกของการปฏิบัติงาน มีการสอนงานโดยพยาบาลพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน จากอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่เกิดขึ้นคงที่และไม่ลดลง จึงมีการทบทวนและวิเคราะห์งานนอกเหนือจากปรับปรุงแนวปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจากแนวปฏิบัติฉบับเดิมเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถลดอัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาปรับรูปแบบทีมการพยาบาลควบคู่ไปด้วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีพยาบาลใหม่และพยาบาลที่ต้องการกำกับดูแล นิเทศมากขึ้นโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงจากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การใช้รูปแบบทีมการพยาบาลที่มีพยาบาลพี่เลี้ยงดูแล ซึ่งเป็นรูปแบบของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการระบุบทบาทความรับผิดชอบของทีม พัฒนากระบวนการใหม่ในการดูแลผู้ป่วยทีมพยาบาลสื่อสารกันมากขึ้น มีการแบ่งปันความรู้และช่วยเหลือกันในหน่วยงานเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ควรนำไปใช้¹¹ ผู้วิจัยจึงสนใจปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการพัฒนาปรับรูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และมีรูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่เหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

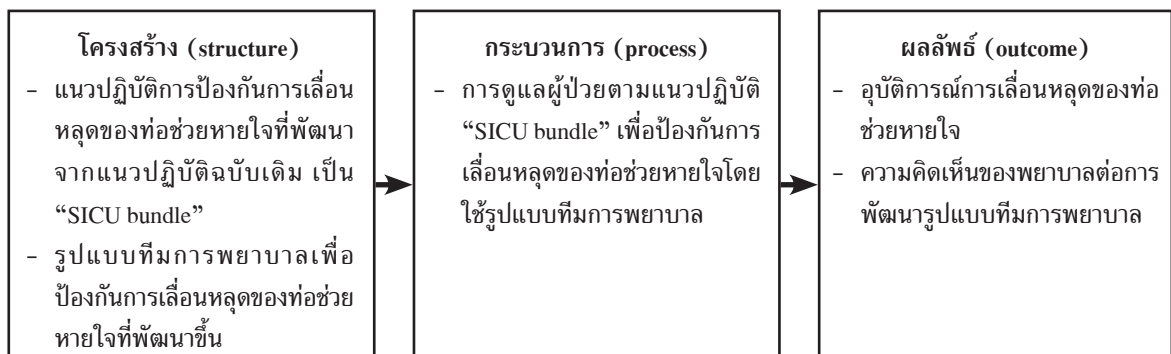
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
2. เพื่อทดสอบผลของการใช้รูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของโดนาเบเดียน (Donabedian)¹² ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพของการให้บริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้าง (structure) 2) กระบวนการ (process) และ 3) ผลลัพธ์ (outcome) โดยในการวิจัยครั้งนี้ โครงสร้าง คือ แนวปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่พัฒนาจากแนวปฏิบัติเดิมประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่ 1) ยึดท่อช่วยหายใจทางปากให้มั่นคง

(Stabilization and securement of oral endotracheal tube) 2) ระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือหัตถการเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ (Identify the high risk patients or procedure for unplanned extubation) 3) สื่อสารและตระหนักถึงความปลอดภัยของท่อช่วยหายใจ (Communication and concern about tube security) และ 4) ใช้การผูกยึดร่างกายที่เหมาะสม (Use physical restraints appropriate) ซึ่งใช้คำว่า “SICU bundle” เป็นชุดการปฏิบัติที่ง่ายต่อการจดจำ และรูปแบบทีมการพยาบาลที่ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลผู้ร่วมวิจัยได้ปรับปรุงพัฒนาขึ้นใหม่ กระบวนการ คือ การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ “SICU bundle” เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยใช้รูปแบบทีมการพยาบาล และผลลัพธ์ คือ จำนวนครั้งของอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากประชากรในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประสพการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมากกว่า 3 เดือน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 56 คน

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจขณะเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 200 ราย ที่ผ่านเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก 3) ผู้ป่วยหรือญาติสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) เปลี่ยนแผนการรักษาไปใส่ท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) 2) ผู้ป่วยหรือญาติขอยกเลิกจากการเข้าร่วมการวิจัย 3) ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR])

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและรูปแบบทีมการพยาบาล โดยสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 85.71 (48 คน) เก็บข้อมูลเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและดำเนินการตามรูปแบบทีมการพยาบาลโดยการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ร้อยละ 89.28 (50 คน) นำเสนอแนวปฏิบัติ “SICU bundle” เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และร่วมกับออกแบบรูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เก็บข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงมกราคม พ.ศ. 2566 หลังจากนั้นในเดือนกุมภาพันธ์ถึงกันยายน พ.ศ.

2566 พยาบาลดำเนินการปฏิบัติตามรูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจตามบทบาทของหัวหน้าทีมหรือสมาชิกทีมในการดูแลป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจตามกิจกรรมของแนวปฏิบัติ “SICU bundle” หลังจากการนำรูปแบบทีมการพยาบาลไปใช้มีการสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง โดยการสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 พยาบาลเข้าร่วม ร้อยละ 76.78 (43 คน) และสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 พยาบาลเข้าร่วม ร้อยละ 80.36 (45 คน) เพื่อสอบถามข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและร่วมกันปรับรูปแบบทีมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล โดยประเมินจำนวนครั้งของอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบทีมการพยาบาลโดยการสนทนากลุ่มครั้งที่ 5 ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 พยาบาลผู้ร่วมวิจัย ร้อยละ 100 (56 คน) นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับแก้ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การ

ทำงานในหอผู้ป่วยหนักและการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค เหตุผลใส่ท่อช่วยหายใจ สถานที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ และประเภทของการถอดท่อช่วยหายใจ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ค่าการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจล่าสุด คะแนนความปวดและการจัดการความปวด การได้รับยาสงบประสาท วิธีการยึดท่อช่วยหายใจ วิธีการผูกยึดร่างกาย สาเหตุใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

3. แบบบันทึกความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ REC 61-183-15-7 วันที่ 27 สิงหาคม 2561 หลังจากนั้น นักวิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณ โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ปกปิด ไม่เปิดเผยชื่อ ไม่ลำเอียง ไม่บิดเบือนและซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และไม่ให้เกิดอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ ประโยชน์ของการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย หรือออกจาก

การวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ หรือการปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยต่าง ๆ แล้วจึงขอความร่วมมือในการทำวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิโดยขออนุญาตจากญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติระหว่างการวิจัย จะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นตามบทบาทวิชาชีพและรายงานอาการแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งหลังจากดำเนินการในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์เสร็จ ในระยะดำเนินการเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการปรับลดจำนวนเตียงของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมร้อยละ 50 และพยาบาลเฉลี่ยร้อยละ 40 (25 คน) ไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ทำให้การดำเนินการวิจัยหยุดชะงัก จึงต้องขยายเวลาการวิจัยจำนวน 4 ครั้ง จนสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลี่คลาย จึงได้ดำเนินการวิจัยในปี พ.ศ. 2565-2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งได้เป็น 2 ประเด็น คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วย และอุบัติเหตุการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาแบบกำหนดทิศทางล่วงหน้า (Directed content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและรูปแบบทีมการพยาบาล

1.1 สถานการณ์การพยาบาลป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 56 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92 อายุเฉลี่ย 27.48 ปี (SD = 8.31) ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 94.64 ประสบการณ์การทำงานและดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ เฉลี่ย 8.20 ปี (SD = 8.06) โดยเป็นพยาบาลจบใหม่ อายุงาน 3 เดือนขึ้นไปแต่ไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 19.64 (11 คน) พยาบาลอายุงาน 1-2 ปี ร้อยละ 17.86 (10 คน) อายุงาน 3-4 ปี ร้อยละ 14.28 (8 คน) และอายุงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.21 (27 คน) โดยเป็นกลุ่มอายุงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 21.42 (12 คน)

การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเกิดจากปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความไม่สุขสบาย กระวนกระวายจากการท่อช่วยหายใจและสาเหตุอื่น ๆ ความต้องการสื่อสาร 2) ปัจจัยด้านการดูแล ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจไม่ครอบคลุม ภาระงานมากหรือช่วงเปลี่ยนผลัดการปฏิบัติงานมีการเฝ้าระวังผู้ป่วยลดลง วิธีการผูกยึดท่อช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลุดง่ายเมื่อเปียกชื้น การสื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยงของผู้ป่วยภายในทีมพยาบาลและระหว่างทีมการรักษา การผูกยึดร่างกายไม่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยสามารถโน้มตัวลงมาถึงท่อช่วยหายใจได้ และ 3) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ การมีพยาบาลจบใหม่และพยาบาลอายุงาน 1-2 ปี เฉลี่ยร้อยละ 35-40 ซึ่งมี

ประสบการณ์และทักษะของการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจน้อย

1.2 สถานการณ์รูปแบบทีมการพยาบาล ปัจจุบันแบ่งการทำงานเป็นทีมร่วมกับมอบหมายงานรายบุคคล มีพยาบาลหัวหน้าทีม อายุงาน 5 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการอบรมและผ่านการฝึกปฏิบัติบทบาทการเป็นหัวหน้าทีมของหลักสูตรของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งพยาบาลหัวหน้าทีมไม่มีผู้ป่วยในความดูแลรายบุคคล แต่ช่วยเหลือสมาชิกดูแลผู้ป่วยในทีมรับคำสั่งการรักษา นิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติของสมาชิกและประสานงานกับแพทย์ซึ่งไม่มีการกำหนดแบบแผนในการกำกับ การนิเทศและการตรวจสอบซ้ำของกิจกรรมการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และพยาบาลใหม่ที่มีการปฏิบัติงานใน 3 เดือนแรกจัดเป็นอัตรากำลังเสริม มอบหมายการดูแลผู้ป่วยคู่กับพยาบาลพี่เลี้ยงอายุงาน 2 ปีขึ้นไป ซึ่งเมื่อปฏิบัติงาน 3 เดือนและผ่านการประเมินนับเป็นอัตรากำลังจริง มอบหมายงานดูแลผู้ป่วยรายบุคคลโดยมีพยาบาลในทีมทั้งพยาบาลหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมเป็นพี่เลี้ยงกำกับ ติดตามการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด

2. การพัฒนาและดำเนินการตามรูปแบบทีมการพยาบาล มีการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม พ.ศ. 2566 ใช้รูปแบบทีมการพยาบาลแบบเดิม แบ่งการทำงานเป็นทีมร่วมกับมอบหมายงานรายบุคคล มีการกำหนดกิจกรรมเพิ่มเติม ดังนี้ 1) กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบ (role and responsibility) พยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลสมาชิกทีมที่มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไปเป็นพี่เลี้ยงของพยาบาลใหม่ 2) พยาบาล

ทุกคนผ่านการอบรมทักษะของการทำงานแบบทีม และการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจตาม แนวปฏิบัติ “SICU bundle” 3) การส่งเสริมบทบาท การเป็นผู้นำทีม การให้คำปรึกษาสนับสนุนพยาบาลใหม่ หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า โดยพยาบาล หัวหน้าทีมผ่านการฝึกอบรมการเป็นผู้นำทีมโดย สถานการณ์จำลองและวิเคราะห์ห่อ้ปฏิบัติการการเลื่อน หลุดของท่อช่วยหายใจ และ 4) การตรวจสอบซ้ำ (double check) การปฏิบัติกิจกรรมป้องกันการเลื่อน หลุดของท่อช่วยหายใจโดยพยาบาลหัวหน้าทีมทุกครั้ง

ครั้งที่ 2 เดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2566 นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ปรับเปลี่ยนและ เพิ่มกิจกรรม ดังนี้ 1) กำหนดพยาบาลหัวหน้าทีม ประสบการณ์มากกว่า 10 ปี เป็นพี่เลี้ยงของพยาบาล ใหม่ที่อายุงานยังไม่ครบ 1 ปี และสมาชิกทีมอีกคน ต้องมีประสบการณ์ 3 ปีขึ้นไปหรือถ้าพยาบาลหัวหน้า ทีมอายุงาน 5-7 ปี สมาชิกทีมต้องอายุงาน 10 ปีขึ้นไป เพื่อช่วยนิเทศ ติดตามการปฏิบัติของพยาบาลใหม่ 2) กำหนดรายงานการประเมินความเสี่ยงและ มาตรการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ช่วงเปลี่ยนผลัดการปฏิบัติงานของผู้ป่วยข้างเตียง (bedside shift round) และ 3) กำหนดพยาบาล ร่วมเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ทุกผลัดเช้า (rapid rounds) ทุกครั้ง ร่วมกันประเมินความเสี่ยง และการจัดการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วย หายใจ รวมทั้งแผนถอดท่อช่วยหายใจ

ครั้งที่ 3 เดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2566 จากการสนทนากลุ่มพบปัญหาการปฏิบัติไม่ เป็นไปตามแนวปฏิบัติ “SICU bundle” ทุกครั้ง จึง กำหนดกิจกรรมเพิ่ม คือ 1) การช่วยกันสังเกตและ เสนอแนะข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน (regular feedback and assessment) และ 2) การชมเชย บุคลากรที่ปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบทีมการ พยาบาล

3.1 อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วย หายใจ

ก่อนดำเนินการวิจัยเป็นเวลา 8 เดือน ตั้งแต่ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงมกราคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก จำนวน 214 ราย จำนวนวันรวมของการใส่ท่อช่วยหายใจ 1090 วัน เกิดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จำนวน 3 ครั้ง คิดเป็น 2.75 ครั้งต่อ 1000 วันใส่ เครื่องช่วยหายใจ ขณะดำเนินการวิจัยโดยรูปแบบทีม การพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วย หายใจ ในระยะเวลา 8 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วย หายใจทางปาก จำนวน 212 ราย เข้าเกณฑ์คัดออก จำนวน 12 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 6 ราย และแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาไปใส่ ท่อหลอดลมคอ จำนวน 6 ราย คงเหลือผู้ป่วย เข้าเกณฑ์จำนวน 200 ราย ร้อยละ 55.50 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 60.98 (SD = 18.09) เป็นผู้ป่วยหลังการ ผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร หลอดเลือดแดงส่วนปลาย หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ และระบบประสาทสมอง ร้อยละ 38, 18.50 และ 18 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 59 ใส่ท่อช่วยหายใจในห้องผ่าตัด จำนวนวัน รวมใส่ท่อช่วยหายใจ 958 วัน ถอดท่อช่วยหายใจ สำเร็จตามแผนร้อยละ 69.50 และร้อยละ 30.50 ย้ายไปหอผู้ป่วยอื่นขณะคาท่อช่วยหายใจ อุบัติการณ์ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเท่ากับ 0 ครั้งต่อ 1000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันใส่ท่อ ช่วยหายใจเฉลี่ยจาก 4.27 (S.D.= 3.93) ลดลงเป็น 3.97 วัน (S.D.= 4.41)

3.2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาล พยาบาลผู้ร่วมวิจัย ร้อยละ 100 (56 คน) เห็นด้วยกับรูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่ปรับเปลี่ยนโดยมีความคิดเห็น 4 ประเด็น ดังนี้

3.2.1 ประโยชน์ของรูปแบบทีมการพยาบาล

พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่ารูปแบบการพยาบาลแบบเป็นทีมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น มีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของทีมพยาบาลโดยสมาชิกทีมที่มีประสบการณ์มากให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนสมาชิกทีมที่มีประสบการณ์น้อยกว่า โดยเฉพาะพยาบาลใหม่ได้รับการสนับสนุน มีการตรวจสอบซ้ำ มีการการอบรมทักษะการทำงานแบบทีมและทักษะป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ช่วยให้ปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจมากขึ้น หัวหน้าทีมได้รับการส่งเสริมบทบาทการเป็นผู้นำทีม และสมาชิกทีมได้รับการตรวจสอบซ้ำการปฏิบัติ การรายงานการประเมินผู้ป่วยข้างเตียงและการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ทำให้รับทราบความเสี่ยงของผู้ป่วยและแผนการรักษา การสังเกตและเสนอแนะข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันทำให้มีการปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ และการชมเชยบุคลากรที่ปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดีทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ปลอดภัยไม่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

3.2.2 ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นของพยาบาล

พยาบาลหัวหน้าทีมให้ความคิดเห็นว่ารูปแบบทีมการพยาบาลแบบใหม่ ช่วยพัฒนา

สมรรถนะความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยในทีม และต้องดูแลพยาบาลที่มีทักษะและประสบการณ์น้อยกว่าหรือบุคลากรในทีมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ พยาบาลสมาชิกทีมให้ความคิดเห็นว่าตนเองมีความรับผิดชอบมากขึ้น เพราะต้องคอยสังเกตการปฏิบัติของคนที่ทำงานด้วย จนสามารถปฏิบัติได้ และต้องปฏิบัติเป็นแบบอย่างแก่พยาบาลใหม่ ทำให้มีความกระตือรือร้นในการทำงาน เพราะมีการตรวจสอบการปฏิบัติงานกิจกรรมซึ่งกันและกัน

3.2.3 การสนับสนุนของรูปแบบทีมการพยาบาล

พยาบาลให้ความคิดเห็นว่าเป็นทีมได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือกันภายในทีมในการดูแลผู้ป่วย ป้องกันไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และการสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้งการช่วยเหลือในจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย การสนับสนุนด้านอารมณ์อุปกรณ์และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

3.2.4 การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

พยาบาลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าทีมสหสาขาวิชาชีพ รับทราบถึงการณรงค์ป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ มีส่วนร่วมในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ มีการปรึกษาหารือและวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รับรู้ความสำคัญปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ให้ความร่วมมือในการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วย และช่วยระมัดระวังเมื่อต้องทำหัตถการ มีการเยี่ยมตรวจผู้ป่วยพร้อมกัน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษารูปแบบทีมพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในครั้งนี้พบว่าทีมพยาบาลที่ประกอบด้วยพยาบาลในทีมซึ่งมีประสบการณ์แตกต่างกัน ต้องกำหนดบทบาทและมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจตามทักษะและประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาการทำงานเป็นทีมของพยาบาลหลายระดับที่ประสบความสำเร็จ หัวหน้าทีมและสมาชิกทีมต้องคำนึงถึงการทำงานภายในขอบเขตการปฏิบัติ มีความตระหนักเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตามบทบาทความรับผิดชอบของตนในการกำกับดูแลและการมอบหมายตามระดับทักษะ ความสามารถของสมาชิกทีมแต่ละคน สภาพของผู้ป่วยและความต้องการการดูแลและสมาชิกควรเคารพและไว้วางใจในกระบวนการมอบหมายและกำกับดูแลของหัวหน้าทีม¹³

นอกจากนี้รูปแบบทีมพยาบาลใช้กลยุทธ์ประกอบด้วยกรอบมทกษะการทำงานแบบทีมและทักษะการนิเทศกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและการส่งเสริมบทบาทภาวะผู้นำของหัวหน้าทีม สอดคล้องกับการศึกษากิจกรรมสำหรับปรับปรุงประสิทธิภาพของทีมภายในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ต้องมีการฝึกอบรมครอบคลุมเนื้อหาที่กำหนด โดยการให้ความรู้หรือฝึกทักษะในสถานการณ์จำลองให้กับสมาชิกในทีม¹⁴ โดยเฉพาะการพัฒนาบทบาทภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าทีมในการนิเทศ กำกับดูแลและมอบหมายงาน เพราะนอกจากส่งผลต่อการทำงานและการยอมรับของทีมแล้ว การกำกับดูแลที่เหมาะสมลดโอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดและผลลัพธ์เชิงลบของผู้ป่วย¹⁵ ซึ่งพยาบาลที่มีระดับการทำงานเป็นทีมใน

หน่วยงานสูงมีแนวโน้มที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้น รูปแบบทีมพยาบาลสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงต้องให้ความรู้และฝึกอบรมพยาบาลเพื่อให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและทักษะการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ¹⁵

กิจกรรมการดูแลที่ประกอบด้วย การตรวจสอบซ้ำการปฏิบัติกิจกรรม การรายงานข้างเตียงของผู้ป่วย แต่ละรายทุกครั้ง ที่เปลี่ยนผลัดและดำเนินการตรวจสอบความปลอดภัย การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวสอบถามข้อกังวลและร่วมวางแผนการรักษา การสังเกตและเสนอแนะข้อมูลย้อนกลับของการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งกันและกัน รวมทั้งการชมเชยบุคลากรที่ปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมแพทย์ ซึ่งกิจกรรมการดูแลเหล่านี้สร้างวัฒนธรรมของหน่วยงานและการทำงานร่วมกัน¹⁶

ความคิดเห็นของพยาบาลพบว่ารูปแบบทีมพยาบาลมีประโยชน์ในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจครั้งนี้ โดยทีมพยาบาลมีส่วนร่วมตลอดขั้นตอนของการปฏิบัติ มีการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของทีม มีการประชุมเพื่อปรึกษาหารือ แก้ไขปัญหาร่วมกัน มีเป้าหมายร่วมกันในการมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย และสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นิเทศกำกับดูแลพยาบาลที่มีประสบการณ์และทักษะน้อยได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลแบบทีมในการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷ ที่เน้นการดูแลแบบเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของทีมผ่านการทำงานร่วมกัน พบว่าการสร้างทีมต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเหมาะสมกับงาน

สนับสนุนบุคลากรให้มีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลง มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ทีมสหภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลและใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรมของหน่วยงาน มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้กันมากขึ้น มีการสื่อสารถึงแผนการพยาบาลที่เปลี่ยนแปลง หัวหน้าทีมมีการจัดการกับคนรอบข้างที่ต่อต้าน มีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้บุคลากรและการสื่อสารอย่างเป็นระบบ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเป็นการผสมผสานทักษะและประสบการณ์ของทีมพยาบาลเป็นปัจจัยหลักในการเปลี่ยนมาใช้รูปแบบทีมการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลมีทักษะและประสบการณ์น้อยจำเป็นต้องมีการควบคุมดูแลโดยตรงอย่างเข้มข้นมากขึ้นจากผู้มีทักษะและประสบการณ์มากกว่า¹⁸

พยาบาลหัวหน้าทีมมีบทบาทและความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นจากการต้องช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การมอบหมายงานและนิเทศ กำกับดูแลสมาชิกในทีมที่มีทักษะและประสบการณ์น้อยอย่างใกล้ชิดมากขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการมอบหมายงานจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพยาบาลเป็นทีม ช่วยให้หัวหน้าทีมตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น¹⁹ และมีการพัฒนาเพิ่มพูนทักษะความเป็นผู้นำทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการเป็นผู้นำทีมไปด้วย การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบให้ชัดเจนมีความสำคัญต่อการทำงานแบบเป็นทีม เพราะกระบวนการปรับตัวเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ “SICU bundle” เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยใช้รูปแบบทีมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ จำนวนครั้งของอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วย

หายใจลดลงตามเป้าหมายและกรอบแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ¹² อย่างไรก็ตาม วิธีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องมีความยืดหยุ่น มีกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเหมาะสมกับบริบท²⁰

การพยาบาลแบบเป็นทีมเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในการศึกษานี้ พยาบาลให้ความเห็นว่าได้รับการสนับสนุนภายในทีมและจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งการได้รับการยอมรับและสนับสนุนดังกล่าวทำให้รู้สึกมีคุณค่าของตนเองและเห็นคุณค่าของเพื่อนร่วมงาน เป็นแรงบันดาลใจในการทำงานให้ดีขึ้น¹⁵ การได้รับความช่วยเหลือทำให้รับรู้ถึงการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของทีม มีความกระตือรือร้นที่จะแบ่งปันข้อมูลและความรู้เปิดเผยภายในหน่วยงาน การทำงานร่วมกันราบรื่น และมีการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงานมากขึ้น²¹ รวมทั้งการสนับสนุนสภาพแวดล้อมในการดูแล และลดปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวาง โดยเพิ่มการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติหรือการมอบหมายงาน กิจกรรมการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ ควรกำหนดเป็นนโยบายที่เข้มแข็งเพื่อให้เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติของทีม ซึ่งอาจนำไปสู่การเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย²² โดยเฉพาะการสนับสนุนอัตรากำลังที่เพียงพอและเหมาะสมกับสมรรถนะของบุคลากรในทีมทำให้มีความพึงพอใจในงานและการทำงานเป็นทีมมากขึ้น²³

ส่วนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลส่วนใหญ่มีความความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการสื่อสารทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย อุปสรรคจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อมีการติดต่อปรึกษา

หาหรือเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกทีมที่เกี่ยวข้องตอบสนองและเข้าถึงผู้ป่วยได้ลดลง²³ บางครั้งพยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จนเกิดความไว้วางใจลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพ และมุมมองการทำงานหรือการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จากการศึกษาอุปสรรคและปัจจัยเอื้อต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบบุคลิกภาพเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการทำงานแบบเป็นทีม เนื่องจากรูปแบบทีมการพยาบาลจะต้องทำงานกับความหลากหลายของสมาชิกทุกคนทั้งสมาชิกในทีมบางคนที่มีบุคลิกทำงานร่วมกันได้ยากบางคนมีความมั่นใจในตนเองสูง บางครั้งควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เหล่านี้พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า จะพยายามปรับพฤติกรรมหรือแสดงท่าทีไม่ขัดแย้งกับบุคลิกภาพของสมาชิกคนนั้น เพื่อไม่เกิดปัญหากระทบต่อการทำงานที่จะส่งผลต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว²⁴ ส่งผลทำให้การสนทนากันยากขึ้น อย่างไรก็ตาม การสนทนาในการทำงานแบบเป็นทีมเป็นเครื่องมือสำคัญในการกระบวนกรสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้การพยาบาลแบบทีมที่มีวัตถุประสงค์เดียวกันและความสนใจร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่น จึงต้องมีการสร้างวัฒนธรรมในการทำงานเป็นทีม²⁵

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจครั้งนี้ ทีมพยาบาลมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของวิจัย รูปแบบทีมการพยาบาล ประกอบด้วย บทบาทความรับผิดชอบของทีม ร่วมกับทักษะการทำงานแบบทีมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พยาบาลที่มีประสบการณ์ให้การนิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติของพยาบาลที่

มีประสบการณ์น้อยกว่า พยาบาลควรผ่านการอบรมทักษะการทำงานแบบทีม และทักษะป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ พยาบาลหัวหน้าทีมได้รับการส่งเสริมบทบาทการเป็นผู้นำทีม หัวหน้าทีมมีการตรวจสอบข้อการปฏิบัติของสมาชิกทีม มีการรายงานและประเมินผู้ป่วยข้างเตียง การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ การสังเกตและเสนอแนะข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน และ การชมเชยบุคลากรที่ปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกันในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ พยาบาลให้ความเห็นว่ารูปแบบทีมการพยาบาลมีประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติ แม้จะมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น แต่ได้รับการสนับสนุนจากทีมพยาบาลและการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้สามารถป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบทีมการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ของทีมพยาบาลที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน ต้องกำหนดบทบาทความรับผิดชอบให้ชัดเจน มีการนิเทศและมอบหมายงานเหมาะสมกับทักษะและประสบการณ์ของทีมแต่ละคน และระดับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

2. การพยาบาลแบบเป็นทีมที่ประสบความสำเร็จ สมาชิกในทีมต้องมีการสื่อสาร เข้าใจ และเคารพซึ่งกันและกัน สร้างทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารต้องส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสำหรับทีมการพยาบาลและผู้ป่วย

3. ผู้บริหารหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบทีมการพยาบาลไปใช้ให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของรูปแบบทีมการพยาบาล กับรูปแบบปกติ ที่นำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีความซับซ้อนของโรคของผู้ป่วย การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจจึงต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2. ควรสำรวจประสบการณ์หรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลในสถานการณ์ของรูปแบบทีมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงรูปแบบทีมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. Kongsayreepong S, Chittawatanarat K, Thawitsri T, et al. A Multi-Center Thai University-Based Surgical Intensive Care Units Study (THAI-SICU Study): Outcome of ICU care and adverse events. J Med Assoc Thai. 2016; 99(Suppl 6): 1-14. Thai.
2. Li P, Sun Z, Xu J. Unplanned extubation among critically ill adults: A systematic review and meta-analysis. Intensive Crit Care Nurs. 2023; 10(2): 392-403. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103219.
3. Chao CM, Lai CC, Chan KS, et al. Multidisciplinary intervention and continuous quality improvement to reduce unplanned extubation in adult intensive care units a 15-years experience. Medicine. 2017; 96(27): e6877. doi: 10.1097/MD.00000000000006877.
4. Piriapatsom A, Chittawatanarat K, Kongsayreepong S, et al. Incidence and risk factors of unplanned extubation in critically ill surgical patients: The multi-center thai university-based Surgical Intensive Care Units Study (THAI-SICU Study). J Med Assoc Thai. 2016; 99(Suppl 6): 153-62. Thai.
5. Navarat W, Prittpongpun P, Srianurak P, et al. Effect of PMK Unplanned Extubation Prevention Program on Extubation Rate in Medical Wards, Phramongkutklao Hospital. JRTAN. 2017; 18(1): 167-75. Thai.
6. Lucchini A, Bambi S, Galazzi A, et al. Unplanned extubations in general intensive care unit: A nine-year retrospective analysis. Acta Biomed. 2018; 89(7-S): 25-31. doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7815.
7. Kwon E, Choi KS. Case-control study on risk factors of unplanned extubation based on patients safety model in critically ill patients with mechanical ventilation. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2017; 11(1): 74-8. doi: 10.1016/j.anr.2017.03.004.
8. Ai ZP, Gao XL, Zhao XL. Factors associated with unplanned extubation in the Intensive Care Unit for adult patients: A systematic review and meta-analysis. Intensive Crit Care Nurs. 2018; 47: 62-8. doi: 10.1016/j.iccn.2018.03.008.
9. Wu J, Liu Z, Shen D, et al. Prevention of unplanned endotracheal extubation in intensive care unit: An overview of systematic reviews. Nurs Open. 2023; 10(2): 392-403. doi: 10.1002/nop2.1317.
10. Surgical Intensive Care Unit in Songklanagarind hospital. Incident Report; 2019-2022.

11. World Health Organization [WHO]. Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: team-based care [Internet]. [cited 2024 Mar 8] Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/260424>.
12. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*. 2018; 21(2): 429–40. doi: 10.1111/hex.12640.
13. Walker FA, Ball M, Cleary S, et al. Transparent teamwork: The practice of supervision and delegation within the multi-tiered nursing team. *Nurs Inq*. 2021; 28(4): e12413. doi: 10.1111/nin.12413.
14. Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. *Hum Resour Health*. 2020;18(1): 2. doi: 10.1186/s12960-019-0411-3.
15. Baek H, Han K, Cho H. et al. Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2023; 22: 433. doi: 10.1186/s12912-023-01592-3.
16. Hastings SE, Suter E, Bloom J, et al. Introduction of a team-based care model in a general medical unit. *BMC Health Serv Res*. 2016; 11(16): 245. doi: 10.1186/s12913-016-1507-2.
17. Sinsky C, Rajceovich E. Team-based care: improve patient care and team engagement through collaboration and streamlined processes [Internet]. [cited 2024 Jun 8] Available from: <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702513>
18. Kyle MA, Emma-Louise Aveling EL, Singer S. A Mixed methods study of change processes enabling effective transition to team-based care. *Medical Care Research and Review*. 2021; 78(4) 326–37. doi: 10.1177/1077558719881854.
19. Beckett CD, Zadvinskis IM, Dean J, et al. An Integrative Review of team nursing and delegation: implications for nurse staffing during COVID-19. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2021; 18(4): 251–60. doi: 10.1111/wvn.12523.
20. Sibbald SL, Misra V, daSilva M, et al. A framework to support the progressive implementation of integrated team-based care for the management of COPD: A collective case study. *BMC Health Serv Res*. 2022; 22(1): 420. doi: 10.1186/s12913-022-07785-x.
21. Campbell AR, Layne D, Scott E, et al. Interventions to promote teamwork, delegation and communication among registered nurses and nursing assistants: An integrative review. *J Nurs Manag*. 2020; 28(7): 1465–72. doi: 10.1111/jonm.13083.
22. Crevacore C, Coventry L, Duffield C, et al. Factors impacting nursing assistants to accept a delegation in the acute care settings: A mixed method study. *J Clin Nurs*. 2024; 33(6): 2153–64. doi: 10.1111/jocn.17127.
23. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Flygenring BG, et al. The Relationship of nursing teamwork and job satisfaction in hospitals. *SAGE Open Nurs*. 2023; 15(9): 1–12. doi: 10.1177/23779608231175027.
24. Etherington C, Burns JK, Kitto S, et al. Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *PLoS One*. 2021; 16(4): e0249576. doi: 10.1371/journal.pone.0249576.
25. Broca PV, Ferreira MA. Nursing team communication in a medical ward. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(3): 951–8. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0208.

ผลของโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติและทักษะการสื่อสาร เรื่องเพศของผู้ปกครองและนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

พรเพ็ญ โสตา¹ พย.ม. (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

นภาพิญา จันทขัมมา² สด. (พยาบาลสาธารณสุข)

ปิยอร วาณะทินภัทร³ Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติและการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองและนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 50 คน และนักเรียนหญิงที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าจากโรงเรียนสองแห่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศพัฒนาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาทักษะการสื่อสารของเดวิด เค เบอร์โล กิจกรรมประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังให้โปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติในการสื่อสารเรื่องเพศและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศสำหรับผู้ปกครอง และนักเรียนที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีทัศนคติการสื่อสารเรื่องเพศและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการศึกษาในนักเรียนหญิงพบว่า การรับรู้ทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิงที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วย ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารเรื่องเพศอันนำไปสู่ทักษะที่ดีในการสื่อสารเรื่องเพศแก่บุตรวัยรุ่น

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 52-65

คำสำคัญ: ทัศนคติ; ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ; ผู้ปกครองนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตรีหญิง สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: napaphen_ja@hotmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตรีหญิง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

วันที่รับบทความ 8 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 15 กรกฎาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 28 กรกฎาคม 2567

Effects of the Sexual Communication Program on Sexual Attitudes and Communication Skills of Parents and Female Junior High School Students

Pornpen Soda¹ M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Napaphen Jantacumma² Dr.PH. (Public Health Nursing)

Piyaorn Wajanatinapart³ Dr.Ph.D (Nursing)

Abstract: This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design which aimed to study effects of a sexual communication program on sexual attitudes and communication skills of parents and female junior high school students. The sample comprised 50 parents of female junior high school students and female students taken care by those parents purposively selected from two schools in Kumphawapi District, Udon Thani Province, and randomly assigned to an experimental group and a comparison group (25 per group). The instruments included the sexual communication program developed by applying David K. Berlo's communication skill development theory. The program was organized in a workshop format, carried out 5 times over a period of 8 weeks. Data were collected at pre- and post- intervention using questionnaires on sexual communication attitudes and sexual communication skills that had already been tested for validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The findings demonstrated that after intervention, the average score for attitude towards communication about sex and sexual communication skills of parents in the experimental group was better than before as well as significantly better than that of the comparison group ($p < .05$). In addition, the average score for attitude towards communication about sex and sexual communication skills perceived by female students of parents in experimental group was better than that of the comparison group ($p < .05$). Therefore, parents should be educated to have a knowledge with good attitude on sexual communication, which would enhance better communication skills to talk to their teens.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 52-65

Keywords: attitude; sexual communication skill; parents of female junior high school students

¹Graduated Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi

²Assistant Professor, Major Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi; Corresponding author, Email: napaphen_ja@hotmail.com

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima

Received June 8, 2024; Revised July 15, 2024; Accepted July 28, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นไทย นับเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในสังคม ปัจจุบันช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์สังคม ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมต่าง ๆ นับวันจะเพิ่มทวีความรุนแรงมากขึ้น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาสถานะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือคุณแม่วัยรุ่นและเด็กหญิงที่ตั้งครรภ์มีแนวโน้มอายุลดลงเรื่อย ๆ¹ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย พบว่า แม่วัยรุ่นร้อยละ 53.38 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 16-18 ปี รองลงมาคือร้อยละ 32.08 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 13-15 ปี² อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นจาก 127.1 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 131.2 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564³ จังหวัดอุดรธานี ยังมีปัญหาเด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุต่ำกว่า 15 ปี และจากฐานข้อมูลสุขภาพของอำเภอกุมภวาปีพบว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.20 ในช่วงปี พ.ศ. 2565 เป็น ร้อยละ 8.60 ในปี พ.ศ. 2566

การดำเนินงานที่ผ่านมาในประเทศไทย มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การจัดตั้งสถานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ความพยายามในการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนและอื่น ๆ อีกมากมาย การได้รับความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ หรือการให้บริการถุงยางอนามัย

ฟรีตามจุดบริการสาธารณะ⁴ แต่จากผลการดำเนินงาน มีกลุ่มนักเรียนและกลุ่มวัยรุ่นบางกลุ่มเท่านั้นที่เข้าถึงบริการ ยังมีนักเรียนและกลุ่มวัยรุ่นอีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ รวมทั้งการได้รับความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเกิดจากรากฐานความคิดของคนในสังคมไทย ที่ยังมองเรื่องเพศเป็นเรื่องต้องห้าม ประกอบกับครอบครัวขาดการสื่อสารเรื่องเพศที่ถูกต้องและเหมาะสม หรือความใกล้ชิดระหว่างคนในครอบครัวมีไม่มากพอที่จะพูดคุยกันในเรื่องเพศ ทำให้วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็นอยากลองขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องเพศที่เหมาะสม การเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากเพื่อน ประกอบกับสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย บางครั้งอาจจะได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและนำไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม⁵

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ พัฒนาการทางเพศและการรู้จักธรรมชาติของชายหญิงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจ และสอนเพศศึกษาในสังคมไทยแนวคิดใหม่โดยที่บิดามารดาและผู้ปกครองต้องกล้าพูดคุยเรื่องเพศกับเด็ก แต่ผลการประเมินจากการสังเคราะห์ความคิดเห็นของวัยรุ่นกลับพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีสอนเรื่องทางเพศแก่บุตรหลานในระดับที่ไม่มาก⁶ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 5 เรื่อง⁷⁻¹¹ เกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการสื่อสารเรื่องเพศ พบว่ามีวิธีการและใช้กิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน เช่น กิจกรรมกลุ่มย่อย การอภิปรายฉายวิดีโอ การแสดงบทบาทสมมติ และฝึกอบรมทักษะการสื่อสาร เป็นต้น นอกจากนี้พบว่า สื่อการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศและความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศ แต่ไม่ส่งผลให้เกิดการสื่อสารเรื่องเพศของมารดา เมื่อ

พิจารณาถึงชนิดของสื่อการเรียนรู้ พบว่า แบบเรียนรู้สำเร็จรูป (video CD) ประกอบกับการใช้คู่มือการสื่อสารเรื่องเพศเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองและความสนใจในการสื่อสารเรื่องเพศ⁷⁻¹¹ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมในเรื่องของทัศนคติในการสื่อสารเรื่องเพศ ทักษะเฉพาะในการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองกับนักเรียนหญิง เทคนิคและวิธีการสื่อสารเรื่องเพศให้เข้าถึงกลุ่มผู้ปกครองของนักเรียนหญิง การปรับตัวของผู้ปกครองให้ทันกับสื่อสังคมออนไลน์ การศึกษาครั้งนี้จัดกระทำกับกลุ่มผู้ปกครองของกลุ่มนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น ช่วงอายุระหว่าง 12-15 ปี ด้วยพบว่ารายงานข้อมูลในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มนักเรียนหญิงพบในอายุที่น้อยลง² การให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ปกครองของวัยรุ่นกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะได้องค์ความรู้และแนวทางการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองของบุตรวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ทัศนคติและการรับรู้ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ของนักเรียนหญิงที่

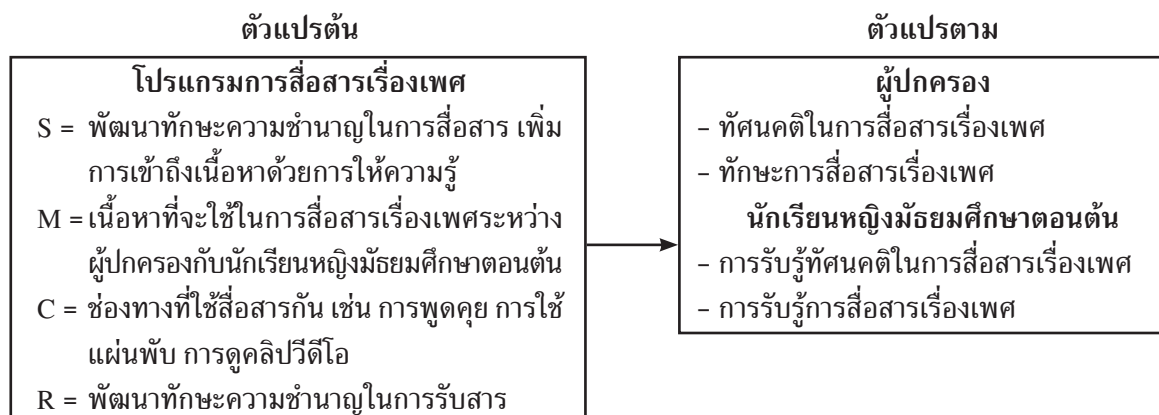
ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศ และนักเรียนหญิงที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมจะมีทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. นักเรียนหญิงที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการรับรู้ทัศนคติและการรับรู้ทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศมากกว่าก่อนผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มนักเรียนหญิงที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดองค์ประกอบการพัฒนาทักษะการสื่อสารของเดวิด เค. เบอร์โล (The Berlo Model หรือ SMCR Model)¹² มีปัจจัยพื้นฐานอยู่ 4 ประการ ได้แก่ Source คือผู้ส่งสารที่ต้องมีทักษะความชำนาญในการสื่อสารและปรับระดับข้อมูลได้เหมาะสมกับผู้รับสาร, Message คือ ข้อมูลข่าวสารด้านเนื้อหา, Channel คือช่องทางที่ใช้สื่อสารเพื่อให้ผู้รับสารได้รับข้อมูล, Receiver คือ ผู้รับสารที่ต้องมีทักษะความชำนาญในการรับสารซึ่งปัจจัยนี้จะทำให้การสื่อสารความหมายนั้นได้ผลสำเร็จ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ระยะเวลาการศึกษาครั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง 10 มกราคม พ.ศ. 2567 รวมเป็น 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ เป็นผู้ปกครองของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น และนักเรียนหญิงที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตำบลเสอเพลอ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตามเกณฑ์การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 50 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจากค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) .88 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ซึ่งแบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 25 คน พื้นที่ที่ศึกษาถูกคัดเลือกแบบเจาะจง จากโรงเรียนที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษา 2 แห่งในตำบลเสอเพลอ มีบริบท

ใกล้เคียงกัน และมีระยะห่างระหว่าง 2 โรงเรียน 5 กิโลเมตร จึงป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ ซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นผู้ปกครองที่ดูแลบุตรสาว/บุตรหลานที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) พักอาศัยอยู่กับบุตรสาว/บุตรหลานที่อยู่ในความดูแลอย่างน้อย 1 ปี สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้ และยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมส่วนเกณฑ์การคัดออกคือผู้ปกครองไม่สะดวกเข้าร่วมโปรแกรมจนจบ นักเรียนที่อยู่ในความดูแลย้ายโรงเรียนหรือลาออก ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมและตอบแบบสอบถามไม่ครบสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ประยุกต์ตามแนวคิดองค์ประกอบการพัฒนาทักษะการสื่อสารของเบอร์โล (The Berlo Model หรือ SMCR Model)¹² โดยเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ผู้ปกครองพร้อมกันทั้งหมด (จำนวน 25 คน) จำนวน 5 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์โดยผู้วิจัยเป็นผู้อบรมเองที่ห้องประชุมของ รพ.สต. กิจกรรมแต่ละครั้งมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 อธิบายและชี้แจงโปรแกรม ประเมินการรับรู้ความสามารถในทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองฯ ต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น สรุปโปรแกรมครั้งที่ 1 มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และตอบแบบสอบถาม

ครั้งที่ 2 พบในสัปดาห์ที่ 3 มีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แนวคิดองค์ประกอบการพัฒนาทักษะการสื่อสารของเบอร์โล (The Berlo Model หรือ SMCR Model) หลักการสื่อสารมีปัจจัยพื้นฐานอยู่ 4 ประการตามหลักทฤษฎี “SMCR” ให้ความรู้และการศึกษาจากวิดีโอ บรรยายการเข้าใจวัยรุ่นวัยเปลี่ยนแปลงร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม พฤติกรรม ทบทวนปัญหาและปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกัน สรุปโปรแกรมครั้งที่ 2 และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 พบในสัปดาห์ที่ 5 อบรมเชิงปฏิบัติการการติดตามประเมินการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารและทัศนคติเรื่องเพศ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองให้ผู้ปกครองพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหากับพยาบาลเวชปฏิบัติ สรุปโปรแกรมครั้งที่ 3 นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 พบในสัปดาห์ที่ 7 อบรมเชิงปฏิบัติการบรรยายเรื่องปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ติดตามประเมินการรับรู้ความสามารถในทักษะการสื่อสารและทัศนคติเรื่องเพศ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครอง

ครั้งที่ 5 พบในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการติดตามทบทวนปัญหาและอุปสรรคในเรื่องทักษะการสื่อสารกับวัยรุ่น และกรณีตัวอย่าง แลกเปลี่ยนประสบการณ์วิเคราะห์ทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมทางบวก ทางลบ สรุปผล และตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มเปรียบเทียบ (จำนวน 25 คนพร้อมกัน) ผู้วิจัยมีการนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 รวมทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะตามโปรแกรมฯ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ส่วนนักเรียนที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง ผู้วิจัยมีการนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 รวมทั้งแจกแผ่นพับเรื่องวัยรุ่นกับเพศสัมพันธ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้กับนักเรียนทั้งสองกลุ่มเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามของผู้ปกครอง ซึ่งมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง ระยะเวลาที่อยู่อาศัยร่วมกัน อาชีพ รายได้ครอบครัว คำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติในการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการสื่อสารของเดวิด เค เบอร์โล เป็นข้อคำถามความคิดเห็นของผู้ปกครองว่ามีมากน้อยเพียงใดต่อการมีความรักของบุตรสาว การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัว รวมทั้งการให้คำปรึกษาในเรื่องการเรียนรู้ และเรื่องส่วนตัว จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการสื่อสารของเดวิด เค เบอร์โล โดยประยุกต์ใช้ข้อคำถามจากความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และประยุกต์ข้อคำถามจากคลินิกวัยทีน สถาบันแห่งชาติการพัฒนาเด็กและครอบครัว กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นข้อคำถามความถี่ในปฏิบัติกับบุตรหลานว่าอย่างน้อยเพียงใด ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคบเพื่อน ปัญหาส่วนตัว ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การทะเลาะกันในครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดในส่วนที่ 2-3 มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยมีคะแนน 1-5 แปลผล เป็น 5 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ ผลการเรียน จำนวนพี่น้อง การมีแฟน ระดับความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรม คำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ทัศนคติในการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการสื่อสารของ เดวิด เค เบอร์โล เป็นข้อคำถามความคิดเห็นของนักเรียนว่ามีอย่างน้อยเพียงใดต่อการหาแหล่งที่ให้ความรู้เรื่องเพศ การมีแฟน การมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดการสื่อสารของ เดวิด เค เบอร์โล เป็นข้อคำถามความถี่ในปฏิบัติของผู้ปกครองที่กระทำต่อนักเรียน ตามการรับรู้ของนักเรียนในการได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศ การพูดคุยเรื่องส่วนตัว การขออนุญาตผู้ปกครองเพื่อไปสังสรรค์กับเพื่อน การแต่งกาย การคบเพื่อน การป้องกันตนเองในวัยเรียน เช่น การใช้ถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด เป็นต้น ความคาดหวังในการเรียน จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดในส่วนที่ 2-3 มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยมีคะแนน 1-5 แปลผล เป็น 5 ระดับ จากนั้นน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับของกลุ่มผู้ปกครอง

การตรวจสอบเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบประเมินทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน อาจารย์สาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ได้ค่า S-CVI ของแบบสอบถามในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ของผู้ปกครองเท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ และแบบสอบถามในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ของนักเรียนหญิง เท่ากับ 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ

2) การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ทั้งแบบสอบถามของผู้ปกครองและนักเรียนหญิง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ปกครองและนักเรียนหญิงมัธยมศึกษา

ตอนต้นที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ ในตำบลผาสุก อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามของผู้ปกครองใน ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.79 และ 0.87 ตามลำดับ และแบบสอบถามของนักเรียนในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ KPEC 12/2566 เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2566 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2566 สิ้นสุดระยะที่ได้รับการอนุมัติ วันที่ 17 มีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ปกครองและนักเรียน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแคว์
2. เปรียบเทียบทัศนคติและทักษะการสื่อสาร เรื่องเพศของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติทดสอบทีคู่ (Paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยผู้วิจัยมีการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนพบว่า มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ

3. เปรียบเทียบการรับรู้ทัศนคติและการรับรู้ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ของนักเรียนหญิงที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองและผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติทดสอบทีคู่ (Paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยผู้วิจัยมีการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนพบว่า มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยในกลุ่มผู้ปกครองตามวัตถุประสงค์ข้อ 1 มีดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 25 คน พบว่ามีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน คือ ผู้ปกครองนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้าง ร้อยละ 36 และร้อยละ 52 ตามลำดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและประถมศึกษา ร้อยละ 40 และร้อยละ 48 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว $\leq 5,000$ บาท ร้อยละ 80 และ 52 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในมี 4 คน ร้อยละ 40 และ 44 ตามลำดับ ระยะเวลาดูแลบุตรสาว/บุตรหลาน 11-15 ปี ร้อยละ 88 และ 80 ตามลำดับ ส่วนความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับนักเรียนพบว่ามีความเกี่ยวข้องกันคือ เป็นแม่/ยาย ร้อยละ 32 และ เป็นย่า ร้อยละ 56 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานดังกล่าวของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ ไคสแคว์พบว่า ไม่แตกต่างกัน

1.2 เปรียบเทียบทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ปกครองนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศภายในกลุ่มเดียวกัน ของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ หลังเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ทัศนคติการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.25	0.40	ปานกลาง	3.36	0.72	ปานกลาง	1.039	.304
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.11	0.31	มาก	3.39	0.46	ปานกลาง	6.286	.000*
ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.93	0.49	ปานกลาง	2.94	0.45	ปานกลาง	0.069	.946
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.84	0.43	มาก	2.97	0.42	ปานกลาง	7.103	.001*

* p-value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)

ตัวแปรตาม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ทัศนคติเรื่องเพศการสื่อสารของผู้ปกครอง								
กลุ่มทดลอง	3.25	0.40	ปานกลาง	4.11	0.31	มาก	8.340	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.36	0.72	ปานกลาง	3.39	0.46	ปานกลาง	0.047	.963
ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง								
กลุ่มทดลอง	2.93	0.49	ปานกลาง	3.84	0.43	มาก	7.510	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.94	0.45	ปานกลาง	2.97	0.42	ปานกลาง	1.175	.252

* p-value < .05

2. ผลการวิจัยของนักเรียนหญิง ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลวิจัย พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี ร้อยละ 40 และ ร้อยละ 36 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96 และ ร้อยละ 92 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีผลการเรียนอยู่ในช่วง ≥ 3.00 ร้อยละ 88 และ ร้อยละ 76 ตามลำดับ ส่วนมากมีจำนวนพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน 2 คน (รวมตัวเอง) ร้อยละ 36 และ ร้อยละ 52 ตามลำดับ มีแฟน ร้อยละ 60 ในขณะที่นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีแฟน ร้อยละ 64 และระดับความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ส่วนใหญ่สามารถปรึกษาเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องส่วนตัว ร้อยละ 56 และ ร้อยละ 48 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ ไคสแคว์ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2.2 เปรียบเทียบการรับรู้ทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิงที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองและผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยการรับรู้ทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศตามการรับรู้ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3 นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม พบว่า นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ทัศนคติ การรับรู้ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศหลังเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ทัศนคติการรับรู้ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 25$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 25$) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับรู้ทัศนคติการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.35	0.30	ปานกลาง	3.25	0.30	ปานกลาง	1.112	.272
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.92	0.26	มาก	3.21	0.28	ปานกลาง	9.094	.001*
การรับรู้ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.16	0.45	ปานกลาง	3.11	0.25	ปานกลาง	0.483	.631
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.98	0.29	มาก	3.07	0.19	ปานกลาง	12.857	.001*

* $p\text{-value} < .05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง (n = 25) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)

ตัวแปรตาม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับรู้ทัศนคติการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น								
กลุ่มทดลอง	3.35	0.30	ปานกลาง	3.92	0.26	มาก	10.905	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.25	0.30	ปานกลาง	3.21	0.28	ปานกลาง	1.311	.202
การรับรู้ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น								
กลุ่มทดลอง	3.16	0.45	ปานกลาง	3.98	0.29	มาก	8.705	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.11	0.25	ปานกลาง	3.07	0.19	ปานกลาง	1.336	.194

* p-value < .05

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง มีทัศนคติ และทักษะการสื่อสารเรื่องเพศมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอภิปรายได้ว่า ค่าเฉลี่ยทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้น เป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติและทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองฯ ซึ่งออกแบบกิจกรรมโดยใช้แนวคิดองค์ประกอบการพัฒนาทักษะการสื่อสารตามปัจจัยพื้นฐานอยู่ 4 ประการตามหลักทฤษฎี “SMCR” ของ Berlo¹² ประกอบด้วยกิจกรรมประเมินความสามารถในทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองฯ เนื่องจากบทบาทของผู้ปกครองควรพูดคุยกับบุตรหลานประจำสม่ำเสมอ เป็นทั้งเพื่อนและพ่อแม่ให้แก่บุตร ปรับทัศนคติของตนเองก่อนการสื่อสารเรื่องเพศ การจัดกิจกรรมในโปรแกรมเน้นการมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายโดยผ่านกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และการศึกษาจากวิถีทัศนเกี่ยวกับทักษะ

การสื่อสารและทัศนคติเรื่องเพศ บรรยายเรื่องปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ประกอบด้วยเรื่องเข้าใจวัยรุ่น เข้าใจสมองและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสารกับวัยรุ่น พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ติดตามประเมินการรับรู้ความสามารถในทักษะการสื่อสารและทัศนคติเรื่องเพศ รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครองด้วยกัน และฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองโดยการแสดงบทบาทสมมุติ การที่ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองได้มีโอกาสอภิปรายแลกเปลี่ยนปัญหาระหว่างผู้ปกครองด้วยกัน มีการวิเคราะห์ปัญหาของแต่ละคนและแลกเปลี่ยนร่วมกัน ทำให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้เกิดทัศนคติการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่นที่ดีขึ้น และการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองกลุ่มทดลองสูงขึ้น เนื่องจากนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นวัยที่มีการพัฒนาด้านสติปัญญาที่สูงขึ้น มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น แต่ในช่วงระหว่างวัยรุ่นนี้ยังอาจขาดความยังคิด มีความหุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบ วัยนี้จะเริ่ม

มีความสามารถในการรับรู้ตนเองด้านต่าง ๆ เริ่มแสดงออกถึงสิ่งที่ตนเองชอบ สิ่งที่ตนเองถนัด ซึ่งจะแสดงถึงความเป็นตัวตนที่โดดเด่น⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการใช้คู่มือการสื่อสารเรื่องเพศร่วมกับแบบเรียนรู้สำเร็จรูป (VCD) ที่ครอบคลุมประเด็นสุขวิทยา การคบเพื่อนต่างเพศ บทบาททางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดการตั้งครรภ์ และการทำแท้ง พบว่า แบบเรียนรู้สำเร็จรูป (VCD) ทำให้มารดาที่มีความมั่นใจในการสื่อสารเรื่องเพศ ส่วนคู่มือการสื่อสารเรื่องเพศทำให้เกิดความสนใจในการพูดคุยเรื่องเพศ^{7,13} นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศ โดยแกนนำกลุ่มเพื่อน ซึ่งใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อในการเรียนรู้โดยใช้พาวเวอร์พอยต์ (power point) ประกอบการถ่ายทอด และวิธีทัศนคติการประสบความสำเร็จด้วยทักษะในการยืนยันความคิดเห็น การปฏิเสธและการต่อรองเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ พร้อมทั้งให้กลุ่มทดลองแสดงบทบาทสมมติในเรื่องการประสบความสำเร็จด้วยตนเองด้วยทักษะดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน⁸

2. นักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติ และทักษะการสื่อสารเรื่องเพศตามการรับรู้ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการทดลองมีผลต่อการรับรู้ทัศนคติในการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองกับนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นค่อนข้างมาก

เป็นผลจากการที่ผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศตั้งที่กล่าวข้างต้น โดยผู้ปกครองได้รับการพัฒนาทักษะความชำนาญให้มีความสามารถในการสื่อสาร เพิ่มการเข้าถึงเนื้อหา พัฒนาความรู้มีทัศนคติที่ดีต่อบุตรหลานของตนเอง เนื้อหาที่จะใช้ในการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองกับนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย รวมถึงช่องทางที่ใช้สื่อสารกันระหว่างผู้ปกครองและนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น เช่น การพูดคุยกัน การจำลองสถานการณ์ การฝึกประสบการณ์ รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครองด้วยกัน และฝึกทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองโดยการแสดงบทบาทสมมุติที่สนับสนุนให้บุตรแสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผย ทำให้ผู้ปกครองมีทักษะการสื่อสาร มีความมั่นใจในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้ทักษะการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและบุตรหลานเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการเลี้ยงดู การเฝ้าสังเกต และด้านความใกล้ชิด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างยายายกับบุตรหลานมีความสำคัญต่อการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว⁹⁻¹⁰ รวมทั้งการเพิ่มทักษะความชำนาญในการสื่อสารเรื่องเพศเป็นรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัว และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว ไม่ยึดติดกับประเพณี ค่านิยมเดิมแต่ให้ความสำคัญกับคุณค่าทางความคิด และการสนทนากับบุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทำให้ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีในการสื่อสารเรื่องเพศ ส่งผลให้การรับรู้ทัศนคติการสื่อสารเรื่องเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นที่ผู้ปกครองเป็นกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่าการกิจกรรมที่ส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศ

เชิงบวกมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวโดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองเปิดตนเองในการสนทนา และรับฟังความคิดเห็นของบุตรหลานในเรื่องเพศมากขึ้น และลดการแสดงอำนาจเพื่อให้บุตรหลานเชื่อฟัง ทำให้ผู้ปกครองลดความวิตกกังวล และมีความพร้อมในการเรียนรู้ กระตุ้นให้บิดา มารดา และผู้ปกครองสนใจเรียนรู้การสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรมากขึ้น และทำให้เด็กรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีขึ้นของผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศ¹¹

โดยสรุป โปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติและการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถนำมาใช้ในการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาของลูกวัยรุ่นในครอบครัวทำให้เกิดความเข้าใจถึงรูปแบบและวิธีการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาของวัยรุ่นในครอบครัวซึ่งเป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาการเรียนรู้การสอนและการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาของพ่อแม่กับลูกวัยรุ่นในครอบครัวที่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลในการลดปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นในสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. พยาบาลอนามัยโรงเรียนควรนำโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นโดยให้ผู้ปกครองที่บ้านดูแลหลักในการสร้างความไว้วางใจในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น เพื่อให้เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น

2. นำโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น ถ่ายทอดให้กับครูในโรงเรียนที่มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ครู เพื่อนำไปใช้ในการเพิ่มทักษะการสื่อสารเรื่องเพศแก่ผู้ปกครองนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติและการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นโดยใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมตามทฤษฎีอื่น เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม

2. ควรศึกษาการพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศต่อทัศนคติและการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นโดยใช้รูปแบบอื่น เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยและพัฒนา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ayuyuen A, Bonkhunthod P, Saengngam T, et al. The effectiveness of health education program on preventing sexual risk taking behavior attitudes of secondary school year I students. MJSBH. 2022; 37(3): 669-77. Thai.
2. Ministry of Social Development and Human Security. Child and youth development report 2020. Faculty of Social Sciences, Kasetsart University; 2020. Thai.
3. Epidemiology Division Department of Disease Control. Annual report of the division of AIDS and sexually transmitted diseases 2021. Division of AIDS and sexually transmitted diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2022. Thai.

4. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Providing reproductive health services. Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health; 2019. Thai.
5. Singhasai L, Chokprajakchad M, Phuphaibu R, et al. Effects of computer game media-based sexuality education program on attitude, norms, perceived behavioral control on sexual risk behavior and sexual abstinence intention in early adolescents. *Rama Nurs J*. 2021; 27(2): 282-98. Thai.
6. Muthitacharoen P, Sangsingkeo N. Evaluation of knowledge, understanding, attitudes, and skills in communicating about sex in Thai society: A synthesis from the opinions of children, teenagers, and parents. *JC*. 2017; 10(1): 127-49. Thai.
7. Powwattana A, Thammaraksa P. The Effect of learning medias to promote sexual communication among mothers with early adolescent daughters. *PHJBUU*. 2018; 34(1): 58-70. Thai.
8. Yannasan B, Powwattana A, Nanthamongkolchai S, et al. Sexual communication skill development program by peer leader to prevent sexual risk behavior among early female adolescents. *NJPH*. 2015; 29(1): 114-31. Thai.
9. Thipsungwan K, Srisuriyawet R, Homsin P. Effects of mother-participating program on sexual communication between mother and early female adolescents. *PHJBUU*. 2013; 8(2): 69-80. Thai.
10. Mahawannasri R. Factor influence family communication on sexual issues among secondary school students in Chiang Dao District. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015. 98 p.
11. Hounsri K, Saksornngmuang P, Purinthrapibul S, et al. Effect of a positive sex education communication programme on parental efficacy of communication in family to adolescent offspring. *J Hlth Sci Res*. 2021; 15(1): 47-58. Thai.
12. Berlo DK. The process of communication: an introduction to theory and practice, Holt, Reinhart and Winston, New York; 1960.
13. Chanphong J. Parent-child sexual communication. *Nurs Sci J Thai*. 2019; 37(1): 4-16. Thai.

ผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

ผกามาส สายคำฟู¹ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข)

เรณู พุกบุญมี² พย.ด., อพย. (การพยาบาลเด็ก)

โสธรรัชต์ วิไลยุค³ พบ.ว. (กุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก)

จิราภรณ์ ปั่นอยู่⁴ ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์), อพย. (การพยาบาลเด็ก)

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรลนิก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง อายุ 15-21 ปี ที่พบปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจำนวน 17 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัยรุ่น แบบสอบถามวิธีการใช้ยา แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจและแบบบันทึกการรับประทานยา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -3.634, p = .000$) ดังนั้นโปรแกรมสร้างแรงจูงใจฯ นี้สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองได้ และควรทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาวหรือมีกลุ่มเปรียบเทียบก่อนนำไปพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังอื่น ๆ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 66-82

คำสำคัญ: การสนทนาสร้างแรงจูงใจ; การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ; ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

¹ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับปฏิบัติการ สาขาการพยาบาลเด็ก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

²รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: renu.poo@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
วันที่รับบทความ 21 กรกฎาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 22 กันยายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 7 ตุลาคม 2567

Effect of Motivational Interviewing Program on Medication Adherence of Adolescents with Autoimmune Disease

Phakamat Saikhamfoo¹ M.Sc. (Public Health Nursing)

Renu Pookboonmee² D.N.S, Dip. APPN

Soamarat Vilaiyuk³ M.D., Dip. (Ambulatory Pediatrics)

Jiraporn Punyoo⁴ Ph.D. (Nursing Science), Dip. APPN

Abstract: The purpose of this one group pre–post quasi–experimental research was to examine the effect of motivational interviewing program on medication adherence of adolescents with autoimmune disease. The conceptual framework for this study was based on self–care theory and motivational interviewing. The program was applied to 17 adolescents who were 15–21 years old with autoimmune disease and poor medication adherence. The study instruments were the motivational interviewing program on medication adherence of adolescents with autoimmune disease. Data were collected using adolescents’ demographic data, Medication Adherence Report Scale (MARS) questionnaire, motivational interviewing record, and medication record. Data were analyzed using descriptive statistics and the medication adherence scores of adolescents with autoimmune diseases were compared using the Wilcoxon signed–rank test. The result of the study showed that after having motivational interviewing program on medication adherence of adolescents, the mean score and median score of Medication Adherence Report Scale: MARS of post–test were higher than pre–test at the statistical **significance** of 0.05 ($Z = -3.634$, $p < .001$). In conclusion, this motivational interviewing program could be used to improve medication adherence in adolescents with autoimmune disease who have poor medication adherence and should be further evaluated over a longer term and compared with a control group prior to applying it to adolescent groups with other chronic diseases.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 66–82

Keywords: motivational interviewing; medication adherence; adolescents with autoimmune disease

¹Diplomate Candidate, Board Certified Training Program in Pediatric Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok.

²Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Bangkok. Corresponding author, E–mail: renu.poo@mahidol.ac.th

³Associate Professor, Department of Pediatric, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok.

⁴Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok.

Received July 21, 2024; Revised September 22, 2024; Accepted October 7, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (autoimmune disease) คือการทำงานผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน และถูกกระตุ้นจนทำลายเซลล์ของตัวเอง ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรม การติดเชื้อ และสิ่งแวดล้อม¹⁻² อุบัติการณ์ทั่วโลกของโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองอยู่ที่ร้อยละ 3-5² โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองเกิดขึ้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันทำลายโมเลกุลของตัวเอง จากการสลายความทนทานของภูมิคุ้มกันต่อเซลล์ภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองอัตโนมัติ เซลล์เหล่านี้ส่งเสริมการหลั่งของออโตแอนติบอดีที่มีความสัมพันธ์กันสูง ซึ่งทำปฏิกิริยากับโมเลกุลของตัวเอง โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตไม่บ่อยนัก แต่มักมีผลต่อคุณภาพชีวิต³ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่พบได้บ่อยในเด็ก คือโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่อง (Systemic Lupus Erythematosus: SLE) และโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก (Juvenile Idiopathic Arthritis: JIA) โดยโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องเป็นโรคที่มีความซับซ้อน เกิดจากการสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อของตนเอง หรือภาวะที่เม็ดเลือดขาวทำงานผิดปกติทำลายเซลล์ร่างกายตัวเองทำให้เกิดการอักเสบในอวัยวะต่าง ๆ⁴⁻⁵ โรคนี้พบได้ทุกช่วงอายุ มักจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาการแสดงของโรคในเด็กมักจะรุนแรงมากกว่าในผู้ใหญ่⁶ ในเด็กพบอุบัติการณ์ 0.30-0.90 คนต่อประชากรเด็ก 100,000 คนต่อปี โดยพบว่าร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการวินิจฉัยในช่วงเด็กและวัยรุ่น อายุเฉลี่ยที่เริ่มแสดงอาการคือ 11-12 ปี⁵ โรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็กเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เนื่องจากมีปฏิกิริยาต่อ

โครงสร้างของตนเอง เช่น ชินโนเวีย และการมีส่วนร่วมพิเศษของข้อต่อ (ตา ผิวหนัง ไต เยื่อหุ้มหัวใจ)⁶ โดยมีอาการนานอย่างน้อย 6 สัปดาห์⁶ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด มีความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและใช้ระยะเวลารักษานาน อาการและอาการแสดงหลักคือ อาการข้ออักเสบ (arthritis) มีลักษณะเด่นคืออาการบวมและข้อติดโดยเฉพาะตอนเช้า (morning stiffness) เกิดได้ทั้งข้อใหญ่ส่วนล่างของร่างกายซึ่งทำให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ลำบาก หรือหากเป็นข้อเล็กส่วนบนของร่างกาย เช่น ข้อมือหรือข้อนิ้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหลีกเลี่ยงการใช้งานข้อนั้น⁶

จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 โรคนี้เป็นโรคในกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองและเป็นกลุ่มโรคที่มีผลกระทบต่อการร่างกายทุกระบบ เช่น ข้อต่าง ๆ ผื่นผิวหนัง ระบบโลหิต และระบบประสาท เป็นต้น เป้าหมายของการรักษาโรคคือควบคุมโรคให้สงบ ให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดความพิการ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอรวมถึงการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่น และส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังเพิ่มค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการไปพบแพทย์อีกด้วย⁷ ซึ่งหลักในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการรักษาด้วยการใช้ยาซึ่งใช้ระยะเวลานาน โดยยาที่ใช้หลักในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องคือ กลุ่มยา สเตียรอยด์ ยาภูมิคุ้มกันต่าง ๆ และยาที่ช่วยในการป้องกันผลข้างเคียงของยาใช้รักษา⁵ สำหรับโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ยาที่ใช้รักษาหลักเป็นยาลดการอักเสบ เริ่มที่ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (non-steroidal antiinflammatory drugs: NSAIDs) จนไปถึงยากด

ภูมิคุ้มกัน⁶ รวมถึงกลุ่มยา สเตียรอยด์และยาลดการอักเสบ ซึ่งเป็นยาที่มีทั้งประสิทธิภาพที่ดีและมีความปลอดภัยสูงแม้ใช้ในผู้ป่วยวัยรุ่น⁶

ดังนั้นผู้ป่วยวัยรุ่นทั้ง 2 โรคนี้มีความจำเป็นต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและเป็นระยะเวลานาน เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับยาในการรักษาเป็นหลักและใช้เวลานาน สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง⁸ พัฒนาการของผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย⁸ อายุที่มากขึ้นของผู้ป่วยวัยรุ่นสัมพันธ์กับความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคที่เป็น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาที่ดี เนื่องจากวัยรุ่นขาดแรงจูงใจในการจัดการกับโรคเรื้อรังของตนเอง แม้จะมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น⁹ นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นต้องการมีความรู้สึกเหมือนคนอื่น ๆ ทั่วไป ต้องการที่จะเข้ากับคนอื่นได้ จึงเลือกที่จะไม่รับประทานยาเมื่อต้องเข้าสังคม⁹ การขาดความตระหนัก¹⁰ และการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือการรักษา⁹ 2) ปัจจัยจากครอบครัวและผู้ดูแล ได้แก่ ครอบครัวที่มีผู้ดูแลเพียงคนเดียว⁹ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว¹¹⁻¹² ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีของผู้ป่วยวัยรุ่นต่อบิดาหรือมารดา¹³ ความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ⁹ ระดับการศึกษาของมารดาอยู่ในระดับต่ำ¹⁴ รายได้ในครัวเรือนน้อยไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย^{8-10,13} 3) ปัจจัยจากการรักษา คือผลข้างเคียงจากการรับประทานยาในระยะยาว ได้แก่ ผลข้างเคียงของยาทำให้รู้สึกไม่สบายต่อร่างกาย¹³ มีปฏิกิริยาต่อระบบทางเดินอาหาร¹¹ โดยเฉพาะผล ข้างเคียงด้าน

ความงาม⁹ ขนาดของยา ราคายา หรือความลำบากในการกลืนยา¹¹ ความซับซ้อนของการรับประทานยา¹³ ตารางเวลาของการรับประทานยาและการใช้ชีวิตประจำวัน โดยการรับประทานยารบกวนเวลาอาหารการนอน และตารางเวลา¹¹ การใช้ยาในช่วงกลางวันอาจทำให้ผู้ป่วยที่ไปโรงเรียนมีปัญหา ส่งผลให้ลืมรับประทานยา⁹ 4) ปัจจัยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างแพทย์กับคนไข้¹² นอกจากนั้นยังพบว่า การเพิ่มจำนวนครั้งในการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถเพิ่มการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้¹¹

โรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องและโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก นับเป็นโรคที่มีความซับซ้อนทั้งทางอาการ อาการแสดง รวมทั้งการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ด้านผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรัง เป็นส่วนหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลโดยการสนับสนุน การดูแลตนเองแบบองค์รวมในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องและโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก บทบาทการให้ความรู้และการสนับสนุน การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอที่สอดคล้องกับแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁵ ที่มุ่งเน้นให้พยาบาลส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับการสอน (teaching) การชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในเรื่องของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (providing an environment)¹⁵ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างความสามารถในการรับประทานยาอย่าง

สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่น จะต้องเน้นกระบวนการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล (knowledge translational science) เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁶ ตามแนวคิดของโอเร็มนั้นแรงจูงใจเป็นส่วนหนึ่งในพลัง 10 ประการของความสามารถในการดูแลตนเองที่มีส่วนในการสนับสนุนการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลตนเอง ซึ่งการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) คือการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁷ มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความแตกต่างระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับสิ่งที่อยู่ในปัจจุบัน ความแตกต่างหรือความไม่สอดคล้องกันมักส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาที่ผู้ป่วยเป็นด้วยตนเอง มีความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาด้วยตนเอง และใช้วิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งการสนทนาสร้างแรงจูงใจมักนำมาใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้เป็นผลดีทั้งในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่โรคเรื้อรัง ดังการศึกษาในต่างประเทศที่ได้นำหลักการของการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหอบหืด พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น¹⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าการนำการสนทนาสร้างแรงจูงใจใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ใหญ่¹⁹

ผลงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่โรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดีอีกทั้งกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นตอนกลางอายุ 15 ปีขึ้นไป เริ่มมีพัฒนาการในด้านของระบบความคิดมากขึ้น มีความพร้อมในการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองได้²⁰ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ได้แก่ โรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องและโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มร่วมกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันหรือลดภาวะโรคกำเริบ เพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งอาจนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มร่วมกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งกรอบแนวคิดหลักของทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic selfcare demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (selfcare agency) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (selfcare deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และระบบการพยาบาล (nursing system) และการประเมินปัจจัยเงื่อนไขขั้นพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน มโนทัศน์ทั้งหมดประกอบกันเป็น ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และ

ทฤษฎีระบบการพยาบาล¹⁵ โดยแรงจูงใจนั้นเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการในการศึกษา นี้ได้นำการสนทนาสร้างแรงจูงใจมาเป็นส่วนหนึ่งการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการรับประทายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับประทายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทายอย่างสม่ำเสมอ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทายอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁹ ได้ค่า effect size 1.53 ซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงนำค่า effect size เท่ากับ 0.80 และเมื่อกำหนดค่า α (level of significance) = .05 และ β (power of

analysis) = .80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัย ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10²¹ รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 17 คน โดยมีคุณสมบัติการคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องหรือโรคข้ออักเสบเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุในเด็ก มีอายุระหว่าง 15-21 ปี ได้รับการรักษาด้วยการรับประทายไม่น้อยกว่า 3 เดือน
2. ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีปัญหาการรับประทายไม่สม่ำเสมอ คือ การไม่รับประทาย 2-3 วันต่อสัปดาห์โดยทีมแพทย์หน่วยโรคข้อและรูมาติสซั่มเป็นผู้ประเมินและคัดเลือกผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องและโรคข้ออักเสบเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุในเด็ก
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้
4. ผู้ป่วยวัยรุ่นยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ภายหลังได้รับการบอกกล่าว ผู้ป่วยวัยรุ่นและ/หรือผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยวัยรุ่นมีอาการแผลง มีอาการทางระบบประสาท เช่น ชีมลง ชักเกร็ง ไม่รู้สึกตัว
2. ผู้ป่วยวัยรุ่นไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกครั้งตามเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัยรุ่น พัฒนาโดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่น ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ยาที่ได้รับ ผู้ดูแลสถานภาพครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิทธิในการรักษาพยาบาล และแหล่งประโยชน์หรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ 2) แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) พัฒนาโดย Rob Home²² แปลไทยโดย มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์²³ มี 5 ข้อคำถาม แต่ละคำถามจะถามถึงความถี่ของการไม่รับประทานยา คะแนน MARS แบ่งเป็น 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเสมอ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน โดยคะแนน MARS น้อยกว่า 25 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง และคะแนน MARS เท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่สมบูรณ์แบบ เนื่องจากเครื่องมือนี้มีความเข้าใจง่ายต่อการตอบแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟ่าเท่ากับ .60 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่าโดยนำมาทดสอบใช้กับผู้มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของ

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและการสนทนาสร้างแรงจูงใจมี 3 ระยะ โดยใช้เวลาในการศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์

โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจนี้ พัฒนาจากกรอบแนวคิดการดูแลตนเอง (self-care) ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁵ ร่วมกับแนวคิดการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller and Rollnick¹⁷ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เผยแพร่ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม ฯ โดยผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, OVID, ScienceDirect, Scopus และ Cochrane library และการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการจากฐานข้อมูลในประเทศไทย ได้แก่ Thai-Jo และ Thai-lis ที่ตีพิมพ์ระหว่าง ค.ศ. 2020 ถึง ค.ศ. 2022 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ด้วย PICO framework ดังนี้ P (Population): adolescence/ adolescent/ teenage and systemic lupus erythematosus/ autoimmune disease/ chronic illness/ juvenile idiopathic arthritis; I (Intervention): self-care and motivational interviewing; C (Comparison Intervention): ไม่มี; O (Outcome): medication adherence/ poor compliance/ medication non-adherence พบรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 24 การศึกษา ประเมินคุณภาพงานวิจัยประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2561 เป็นระดับ A จำนวน 12 เรื่อง ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง และ

ระดับ C จำนวน 1 เรื่อง พบว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจสามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้จากนั้นพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การส่งเสริมการรู้จักตนเองร่วมกับสร้างแรงจูงใจ โดยสร้างสัมพันธภาพและตกลงการบริการร่วมกับการส่งเสริมการรู้จักตนเอง ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับการประเมินปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง ในระยะนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นได้เห็นถึงปัญหาและสถานการณ์ปัญหาของตนเอง เกิดความตระหนักถึงปัญหา มีความมุ่งมั่นและมีแรงจูงใจในการแสวงหาวิธีในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาที่เหมาะสมด้วยตนเอง ร่วมกับการค้นหาเป้าหมาย โดยใช้ระยะเวลา 15-30 นาที ระยะที่ 2 การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเองร่วมกับสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในระยะนี้เน้นให้ผู้ป่วยวัยรุ่นรู้จักการแก้ปัญหา และกลยุทธ์การแก้ปัญหา ผู้ป่วยวัยรุ่นตัดสินใจเลือกวิธีการรับประทานยาด้วยตนเอง ผู้วิจัยสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา ผู้ป่วยวัยรุ่นสามารถปฏิบัติ ประเมิน ติดตาม และเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้ระยะเวลา 15-30 นาที และ ระยะที่ 3 การสนับสนุนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง คือการติดตามผู้ป่วยวัยรุ่น

โดยใช้โทรศัพท์หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อร่วมกันกับผู้ป่วยวัยรุ่นในการแก้ไขปัญหา หรือกำจัดอุปสรรคหรือช่วยเหลือผู้ป่วยวัยรุ่นเมื่อเกิดปัญหารวมทั้งให้กำลังใจชมเชยโดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 15 นาที

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) การประเมินปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำเป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ระบบบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์ 2) ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) 3) ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา (self-care agency) และ 4) แบบบันทึกการสนทนาแต่ละครั้ง เพื่อประเมินระยะความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละครั้งเพื่อให้การกระตุ้นแรงจูงใจด้วยการสนทนาหรือตั้งคำถามได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและบันทึกผลลัพธ์ที่ได้ในแต่ละครั้ง เพื่อการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องได้

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการรับประทานยาพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยชื่อยา ตารางเวลาของการรับประทานยา และสาเหตุของการไม่รับประทานยาในวัน/เวลานั้น ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สาเหตุที่ไม่รับประทานยาด้วยตนเองเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนการแก้ไขปัญหาการรับประทานไม่สม่ำเสมอของตนเอง โดยผู้วิจัยมอบให้กับกลุ่มตัวอย่างภายหลังให้การสนทนาสร้างแรงจูงใจในครั้งที่ 1 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกการรับประทานยาตามแผนการรักษาที่บ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้ง 3 ส่วน ประกอบด้วย โปรแกรมการ

สนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ และแบบบันทึกการรับประทานยาได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคข้อและรูมาติสซั่ม อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสนทนาสร้างแรงจูงใจ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลรามธิบดี โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่น และจากหน่วยโรคข้อและรูมาติสซั่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 ครั้ง โดยการพบครั้งแรกเป็นการพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่น ครั้งที่ 2-4 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมบิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามธิบดี ภายหลังจากพบแพทย์ ใช้ระยะเวลา 30-60 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป และเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพ เก็บข้อมูลการรับประทานยาของ

ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามวิธีการใช้ยา (MARS) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) จากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของระยะที่ 1 เป็นการส่งเสริมการรู้จักตนเองร่วมกับสร้างแรงจูงใจ ในระยะนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินสถานการณ์ของโรคของตนเอง และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ร่วมกับการค้นหาเป้าหมายหรือแรงจูงใจที่จำเป็น เพื่อเป็นการส่งเสริมการรู้จักตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาโดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที และตามด้วยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร่วมกับสนทนาสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้วิจัยสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทบทวนปัญหาและสถานการณ์ปัญหาของตนเอง ร่วมกันตั้งเป้าหมายวางแผนร่วมกันในการจัดหาวิธีปรับเปลี่ยนการรับประทานยาของตนเอง พร้อมทั้งตัดสินใจเลือกวิธีการรับประทานยาด้วยตนเอง เมื่อได้วิธีการที่ใช้แก้ไข ปัญหา กลุ่มตัวอย่างจะประเมินความสามารถในการรับประทานยาด้วยตนเอง โดยให้คะแนน 0-10 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนนคือทำไม่ได้เลย และ 10 คะแนนคือทำได้โดยสมบูรณ์ หากได้น้อยกว่า 10 คะแนน ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สาเหตุที่อาจเกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขต่อไปโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติประเมินติดตาม และเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาลักษณะการรับประทานยาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยสรุป

ประเด็นที่ได้ และมอบแบบบันทึกการรับประทานยา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่บ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันไลน์ ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ใน สัปดาห์ที่ 8 ซึ่งเป็นการทำแบบสอบถามวิธีการใช้ยา (MARS) (post-test)

ครั้งที่ 2-4 (สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6) เป็นการ ดำเนินการระยะที่ 3 ผู้วิจัยติดตามเพื่อให้การ สนับสนุนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างในการแก้ไขปัญหา หรือกำจัดอุปสรรคหรือช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา รวมทั้งให้กำลังใจ ชมเชย จากนั้นสรุปประเด็นที่ได้ จากการพบกันครั้งนี้และนัดหมายการพบครั้งถัดไป โดยการติดตามทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสนอวิธีการติดต่อ และระบุถึงวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการ ติดตาม โดยสอบถามถึงความสม่ำเสมอของการรับ ประทานยา วิธีการที่เลือกใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้หรือไม่ หากไม่ สามารถแก้ไขได้ ร่วมวิเคราะห์เกิดจากสาเหตุใดและ จะใช้วิธีการใดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อได้ วิธีการใหม่ จึงให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถ ในการรับประทานยาด้วยตนเองโดยให้คะแนน 0-10 คะแนน หากได้น้อยกว่า 10 คะแนน ให้กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สาเหตุที่อาจเกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไข ต่อไป ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) กลุ่มตัวอย่างทำ แบบสอบถามวิธีการใช้ยา (MARS) (post-test) โดยผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์ไปให้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการครบ 8 สัปดาห์ ตอบแบบสอบถามและส่งกลับคืนครบทั้ง 17 ราย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะ กรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของคณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล COA. MURA2022/451 วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลรายละเอียดในการวิจัย เพื่อให้บิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์และ ผลกระทบที่อาจได้รับ และการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ โดยแสดงความจำนง เข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร โดยในกลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ลงนามเป็นลาย ลักษณ์อักษร โดยบิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มอายุมากกว่า 18 ปี ลงนาม ได้ด้วยตนเอง บิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่างและ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธและ/หรือยกเลิกการ เข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการ ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลและข้อมูลของกลุ่ม ตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป SPSS version 18.0 โดยกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) นำเสนอเป็น ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลาย ตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม นำเสนอเป็น ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใน สัปดาห์ที่ 0 และ 8 โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อ ตกลงเบื้องต้นการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality

distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า การทดสอบก่อนการทดลองมีการแจกแจงปกติและหลังการทดลองมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้การทดสอบ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองทั้งหมดจำนวน 17 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่องคิดเป็นร้อยละ 88.20 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 88.20 มีอายุอยู่ระหว่าง 15-21 ปี มีอายุเฉลี่ย 16.65 ปี (SD = 1.53) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 76.50 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 94.10 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-5 ปี (เฉลี่ย = 5.47 ปี, SD = 3.41) ผู้ดูแลหลักคือบิดา มารดา และยายคิดเป็นร้อยละ 47.10, 35.30 และ 17.60 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็น ร้อยละ 35.30 โดยรายได้ครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท/เดือน (เฉลี่ย 19,824 บาท/เดือน) สถานะของครอบครัวบิดามารดาอยู่ในสถานภาพ

สมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 52.90 กลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในครอบครัวร้อยละ 52.90 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาคือ สิทธิประกันสุขภาพร้อยละ 88.20 จึงสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ง่ายคิดเป็นร้อยละ 88.20 และมีแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวร้อยละ 64.70

2. คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง คือ 24.76 และ 20.18 คะแนน ตามลำดับ และค่ามัธยฐานของการรับประทานยาของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองก่อนการทดลองมากกว่าหลังการทดลอง คือ 25.00 และ 21 คะแนน ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (n=17)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p
	$\bar{x}$	median	SD	$\bar{x}$	median	SD		
การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง	20.18	21.00	3.127	24.76	25.00	0.437	-3.634 ¹	.000*

¹ ค่าสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

* ค่า p-value <.01

อภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมุมิคุ้มกันตนเองบกพร่อง และเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 16.65 ปี (SD=1.53) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harry, Yasin and Brunner⁵ ที่กล่าวว่าโรคมุมิคุ้มกันตนเองบกพร่องโรคนี้พบได้ทุกช่วงอายุ มักจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายช่วงอายุที่พบเป็นช่วงวัยรุ่นตอนกลาง ร้อยละ 76.50 กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงที่สนใจและกังวลด้านภาพลักษณ์ของตนเอง มีความกังวลของผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน เช่น หน้าอ้วน เกิดสิวหรือมีหนองบนบริเวณไหล่ ทำให้รูปร่างหรือภาพลักษณ์ของตนเองไม่สวยงาม ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นหมดความมั่นใจในตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นเลือกที่จะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ El-Rachidi, et al.⁹ ที่กล่าวว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นไม่รับประทานยาเนื่องจากกลัวผลข้างเคียงจากยา ที่ส่งผลต่อรูปร่างและความสวยงาม ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งคือบิดา (ร้อยละ 47.10) รองลงมาคือมารดา (ร้อยละ 35.30) จากการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 82.40) ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งแสดงความต้องการให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนในการช่วยเตือนการรับประทานยา หรือช่วยตรวจสอบการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Venditti, et al.¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาในวัยรุ่นที่เป็นเบาหวาน พบว่า การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ขาดการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเบาหวานกลุ่มนั้นจึงมีความต้องการให้ผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการใช้ยา

รายได้ครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท/เดือน มาจากอาชีพรับจ้าง รายได้จึงไม่เพียงพอ แม้สามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพซึ่งครอบคลุมการรักษาบางส่วน แต่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย ด้านอื่น ๆ เช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล หรือการติดต่อประสานงานด้านการรักษาจากที่อื่น เป็นต้น ซึ่งส่วนนี้ต้องจ่ายเองหรือประสานงานกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์หรือแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าครอบครัวมีรายจ่ายที่มากขึ้นจากการเจ็บป่วย ทำให้ต้องพึ่งพาญาติหรือคนปล่อยเงินกู้ จึงมีผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Eaton, et al.⁸ ที่กล่าวว่ารายได้ในครัวเรือนต่ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ได้ตามนัด ทำให้ยาหมดและได้รับยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ขาดทักษะการจัดการ และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้ให้คำปรึกษา สถานพยาบาล ใกล้บ้าน และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลการจัดเตรียมยารายวัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางถึงตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องการมีตัวตนที่ชัดเจนขึ้น ต้องการมีอิสระในการจัดการดูแลตนเอง เริ่มมีความคิดอย่างเป็นเหตุและผล เรียนรู้บทบาทของตนเองมากขึ้น พึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแลน้อยลง²⁰ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความต้องการจัดการเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเอง รวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความต้องการให้กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองในเรื่องภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง จึงไม่ได้

เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการยาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพบปัญหาในเรื่องของการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถจัดการปัญหาที่พบได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในครอบครัว จึงไม่มีประสบการณ์ในด้านจัดการปัญหาและไม่เห็นถึงความสำคัญหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อภาวะโรคกำเริบ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ เครือญาติ เพื่อน หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานราชการอื่น ๆ

2. คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดียิ่งขึ้น โดยในช่วงแรกของการเข้าร่วมโปรแกรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดและวิเคราะห์ถึงภาวะสุขภาพและการรับประทานยารวมถึงการดูแลตนเองที่ผ่านมา วิธีการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเองและเกิดการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง หาแนวทางแก้ไขปัญหที่เป็นอุปสรรคของการรับประทานยาด้วยตนเอง มีการวางแผนเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ภายหลังการใช้การสนทนา

สร้างแรงจูงใจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการวิเคราะห์สาเหตุของการรับประทานยาของตนเอง และหาแนวทางการไขปัญหานั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสาเหตุของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้มีส่วนร่วมในการแนะนำ กระตุ้น และชี้แนะแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁵ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้นในเรื่องของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังได้ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือหากเมื่อเกิดปัญหาหรือโอกาสที่จะทำให้ตนเองไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหได้ ซึ่งการสนทนาสร้างแรงจูงใจ คือการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วย เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมพลังความสามารถ 10 ประการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁹ เน้นการสนทนาที่มีเป้าหมายเฉพาะรายบุคคล กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความแตกต่างระหว่างเป้าหมายในชีวิตของตนเองกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันซึ่งไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงปัญหา ส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยขจัดความลังเลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา¹⁷ ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยาด้วยตนเอง มีความยั่งยืน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคให้สงบได้โดยใช้ยาน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง มองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุนั้น ๆ มีเป้าหมายในการดูแลรักษาโรคมากขึ้น มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยา มีความสามารถในการจัดการตนเองในเรื่องการปรับเปลี่ยนเวลาการรับประทานยา หรือหาแนวทางการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เช่น ผู้ดูแล หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Halterman, et al.¹⁸ ที่พบว่า ภายหลังจากพยาบาลโรงเรียนซึ่งให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหอบหืดโดยใช้หลักการการสนทนาสร้างแรงจูงใจ และการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายและกลยุทธ์การแก้ปัญหามาใช้ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์และไตร่ตรองเพื่อสำรวจความสับสนของผู้ป่วยที่มีต่อการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหอบหืดมีการใช้ยาป้องกันหอบหืดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gesinde and Harry²⁴ ซึ่งได้กล่าวว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจเป็นการปรับพฤติกรรมเชิงบวกในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคหอบหืด ซึ่งช่วยในเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง การจัดการตนเองและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดี กลุ่มตัวอย่างบางรายที่ลืมรับประทานยาบ่อยครั้งเพราะเร่งรีบไปโรงเรียนและไม่มีคนช่วยเตือนได้เลือกวิธีการการแก้ปัญหาโดยใช้เครื่องมือสื่อสารหรือโมบายแอปพลิเคชันร่วมในการจัดการปัญหาของการไม่รับประทานยาร่วมด้วยเพื่อช่วยเตือนความจำ หรือกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเมื่อถึงเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nakhornriab, et al.²⁵ ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ

โมบายแอปพลิเคชัน มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งการให้โปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยานั้นมีหลายวิธี พบว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับวิธีการต่าง ๆ ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี รวมถึงการศึกษาของ Badawy and Kuhns²⁶ พบว่าการใช้โมบายแอปพลิเคชันและการส่งข้อความสามารถปรับปรุงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ๖ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตนเองได้วางแผนไว้ ทั้งในเรื่องของการดำเนินการของโรค สิ่งสำคัญในชีวิต การวางแผนด้านการเรียนและการทำงาน กลุ่มตัวอย่างสามารถสร้างทักษะการดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานยา และมีทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้หลากหลายวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของ Coyne, et al.²⁷ ที่กล่าวว่าวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การใช้เทคโนโลยี การเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้รางวัล การให้ความรู้รวมถึงข้อมูล และการให้การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ซึ่งการใช้หลาย ๆ วิธีการจะสามารถแก้ไขปัญหาการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นได้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลระดับ

มหาวิทยาลัย หากจะมีการนำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ฯ ไปใช้ อาจต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา การสร้างทักษะการแก้ปัญหาด้วยตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. นำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไปเผยแพร่ เพื่อให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดตนเอง ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีปัญหาการดูแลตนเองโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง

2. จัดฝึกอบรมพยาบาลเด็กให้มีทักษะการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยวัยรุ่นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ในด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการศึกษาติดตามระยะยาว เช่น การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น

2. ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยการเปรียบเทียบสองกลุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

1. Opdenakker G, Abu El-Asrar A, Van Damme J. Remnant epitopes generating autoimmunity: from model to useful paradigm. Trends Immunol. 2020; 41(5): 367–78. doi: 10.1016/j.it.2020.03.004.
2. Samuels H, Malov M, Saha Detroja T, et al. Autoimmune disease classification based on pubmed text mining. J Clin Med. 2022; 11(15). doi: 10.3390/jcm11154345.
3. Mitratza M, Klijs B, Hak AE, et al. Systemic autoimmune disease as a cause of death: mortality burden and comorbidities. Rheumatology (Oxford). 2021; 60(3): 1321–30. doi: 10.1093/rheumatology/keaa537.
4. Katchamart W. SLE [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 5]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=143
5. Harry O, Yasin S, Brunner H. Childhood-onset systemic lupus erythematosus: A review and update. J Pediatr. 2018; 196: 22–30.e2.
6. Khowsudhi P. Managing children with joint pain: how to improve outcomes [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 15]. Available from: https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/37_CUPA2021-ebook.pdf
7. Anghel LA, Farca AM, Oprean RN. Medication adherence and persistence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a narrative review. Patient Prefer Adherence. 2018; 12: 1151–66.

8. Eaton CK, Eakin MN, Coburn S, et al. Patient health beliefs and characteristics predict longitudinal antihypertensive medication adherence in adolescents with CKD. *J Pediatr Psychol*. 2019; 44(1): 40–51. doi: 10.1093/jpepsy/jsy073.
9. El-Rachidi S, LaRoche JM, Morgan JA. Pharmacists and pediatric medication adherence: bridging the gap. *Hospital Pharmacy*. 2017; 52(2): 124–31.
10. Kabir M. Drug compliance in children with juvenile idiopathic arthritis and reasons for poor compliance. *American Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2017; 5: 15.
11. Venditti EM, Tan K, Chang N, et al. Barriers and strategies for oral medication adherence among children and adolescents with Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018; 139: 24–31.
12. Tan QEC, Gao X, Ang WHD, et al. Medication adherence: A qualitative exploration of the experiences of adolescents with systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. 2021; 40(7): 2717–25.
13. Hanghøj S, Boisen KA. Self-reported barriers to medication adherence among chronically ill adolescents: a systematic review. *J Adolesc Health*. 2014; 54(2): 121–38. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.08.009.
14. Ramay BM, Cerón A, Méndez-Alburez LP, et al. Factors associated to acceptable treatment adherence among children with chronic kidney disease in Guatemala. *PLoS One*. 2017; 12(10): e0186644. doi: 10.1371/journal.pone.0186644.
15. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby-Year Books; 2001.
16. Phornphibul P. Implementation science: theories, models, and frameworks. *TJNMP*. 2017; 4(1): 5–12. (In Thai).
17. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. New York: Guilford; 2013.
18. Halterman JS, Rieckert KA, Fagnano M, et al. Effect of the school-based asthma care for teens (SB-ACT) program on asthma morbidity: a 3-arm randomized controlled trial. *J Asthma*. 2022; 59(3): 494–506. doi: 10.1080/02770903.2020.1856869.
19. Arunsangsod K, Maneesriwongul W, Pampukdee O. Effect of brief motivational interviewing on knowledge, motivation and medication adherence among patients with hypertension. *Journal of Public Health Nursing*. 2016; 28(3): 129–44. Thai.
20. Erikson EH. *Identity: youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
21. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
22. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999; 47(6): 555–67.
23. Rungruangsiripan M, Sitthimongkol Y, Maneesriwongul W, et al. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(4): 269–83. doi: 10.1016/j.apnu.2010.09.002. Thai.
24. Gesinde B, Harry S. The use of motivational interviewing in improving medication adherence for individuals with asthma: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2018; 138(6): 329–35.

25. Nakhornriab S, Wattanakiriet D, Charoenkikarm V, et al. The effectiveness of mobile application on medication adherence in patients with stroke. Nurs Sci J Thai. 2017; 35(3): 58-69. Thai.
26. Badawy SM, Kuhns LM. Economic evaluation of text-messaging and smartphone-based interventions to improve medication adherence in adolescents with chronic health conditions: a systematic review. JMIR Mhealth Uhealth. 2016; 4(4): e121.
27. Coyne KD, Trimble KA, Lloyd A, et al. Interventions to promote oral medication adherence in the pediatric chronic illness population: a systematic review from the children's oncology group. J Pediatr Oncol Nurs. 2019; 36(3): 219-35.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ

วัฒนกานต์ รัชชไทย¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

รัตใจ เวชประสิทธิ์² ประ.ด (การพยาบาล)

วิภา แซ่เซี่ย³ ประ.ด (การพยาบาล)

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยและผู้ดูแล 20 คู่ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก แบ่งเป็นกลุ่มละ 10 คู่ เพื่อเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแล เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง .97-1.0 และค่าความเที่ยงระหว่าง .97-.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีอิสระ และวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจากการติดตามผล 3 ครั้ง คือ หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 วัน 5 วัน และหลังจำหน่าย 14 วัน ผลพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,17} = 17.532, p < .001$; $F_{1,17} = 109.188, p < .001$) โปรแกรมสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจและปฏิบัติการป้องกันภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอได้ ทั้งนี้ ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 83-103

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน; พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ; มะเร็งศีรษะและลำคอ; ผู้ดูแล

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: ratjai.v@psu.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

วันที่รับบทความ 9 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 22 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 4 พฤศจิกายน 2567

The Effect of Self-Efficacy Enhancing Program for Caregivers on Perceived Self-Efficacy and Pneumonia Prevention Behaviors in Head and Neck Cancer Patients with Tracheostomy

Wantakan Raksthai¹ M.N. S. (Adult and Gerontological Nursing)

Ratjai Vachprasit² Ph.D. (Nursing)

Wipa Sae-Sia³ Ph.D. (Nursing)

Abstract: This two-group repeated measures quasi-experimental design study aimed to examine the effects of the Self-Efficacy Enhancing Program (SEEP) for caregivers on perceived self-efficacy and pneumonia-prevention behaviors in head and neck cancer patients with tracheostomy. The sample consisted of 20 dyads of head and neck cancer patients and their caregivers selected from the Ear, Nose and Throat ward. Ten dyads were assigned to the experimental group, receiving usual care and the SEEP. The other ten dyads were assigned to the control group, receiving only usual care. The study intervention was the SEEP developed based on the Bandura framework. Instruments for data collection consisted of the Perceived Self-Efficacy of Caregivers Questionnaire and the Pneumonia-Prevention Behaviors of Caregivers Observation Form. The quality of all instruments was evaluated, yielding content validity index between .97 and 1.0, and reliability between .97 and .98. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and two-way repeated measures ANOVA to compare the outcomes after intervention at days 3, 5 during hospitalization, and day 14 after hospital discharge. The results revealed that after participating in the program, the mean scores of perceived self-efficacy and behaviors of pneumonia-prevention among caregivers in the experiment group were significantly higher than those in the control group ($F_{1,17}=17.532$, $p<.001$; $F_{1,17}=109.188$, $p<.001$, respectively). The results could be used as guidance for nurses to promote caregivers' self-efficacy which can increase the confidence and practice of caregivers to prevent patients from developing pneumonia. However, further study with a larger sample size should be carried out.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 83-103

Keywords: Self-efficacy enhancing program; pneumonia prevention behavior; head and neck cancer; caregivers

¹Master of Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Corresponding author, E-mail: ratjai.v@psu.ac.th

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

Received September 9, 2024; Revised October 22, 2024; Accepted November 4, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งศีรษะและคอ (Head and neck cancers: HNCs) นับเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 6 ของโลก¹ สำหรับประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้รายงาน ว่า ในปี พ.ศ.2567 มะเร็งบริเวณช่องปาก ช่องจมูก และคอหอย เป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับแรก ที่ 8 ถึง 10 ของมะเร็งทุกชนิด โดยพบผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอรายใหม่จำนวน 300 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมด² ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหที่สำคัญ คือ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ทั้งจากการขยายตัวของก้อนมะเร็ง กดเบียดทางเดินหายใจ การอัมพาตของสายเสียงทั้ง 2 ข้าง ทำให้ไม่สามารถเปิดให้อากาศผ่านเข้าไปในหลอดลมได้ หรือจากการที่ทางเดินน้ำเหลืองในบริเวณที่ใกล้เคียงกับระบบทางเดินหายใจถูกอุดกั้น เกิดภาวะมีภาวะบวม น้ำเหลือง (obstructive lymphedema) กดเบียดทางเดินหายใจ³ จึงมักได้รับการรักษาด้วยการเจาะคอ (tracheostomy) ซึ่งการมีท่อเจาะคอเป็นเวลานานจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะปอดติดเชื้อ (pneumonia) เพิ่มขึ้น อันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ^{4,5}

ภายหลังได้รับการเจาะคอ การมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อนั้นมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง มีวัสดุอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้านหลายอย่าง และการดูแลท่อเจาะคอต้องใช้เทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ประกอบด้วย

2 หมวด คือ 1) การดูแลทางเดินหายใจ ประกอบด้วย การล้างมือ การจัดท่านอนและพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดปากและฟัน การดูแลแผลเจาะคอ และท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ และการประเมินอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และ 2) การดูแลด้านโภชนาการ ประกอบด้วย การเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และการดูแลให้อาหารทางสาย⁶ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะหรือความสามารถที่เพียงพอในการดูแลทางเดินหายใจและการดูแลด้านโภชนาการให้แก่ผู้ป่วย จึงเป็นวิธีที่จะสามารถช่วยป้องกันและลดโอกาสการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แม้ผู้ดูแลจะได้เรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แต่เมื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลจะมีความกลัวและไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูดเสมหะ⁷ ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่การขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อไม่มีพยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญคอยสนับสนุนและร่วมดูแลด้วย⁸ ซึ่งหากเกิดภาวะเกิดภาวะปอดติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ การมีความทุกข์ทรมานจากอาการหอบเหนื่อย มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการนอนโรงพยาบาลนาน และผู้ป่วยบางรายอาจเสียชีวิตได้

อุบัติการณ์การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการเจาะคอจากการเกิดภาวะปอดติดเชื้อและการติดเชื้อทางเดินหายใจ ณ หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2560-2563 คิดเป็นร้อยละ

10.67 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอทั้งหมด⁹ โดยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน มีเพียงการสอนแยกเป็นรายกิจกรรมเท่านั้น และยังขาดการติดตามหลังให้คำแนะนำเพื่อประเมินว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ประมาณ 5-7 วัน ซึ่งในระหว่างนี้ยังขาดการประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลหลังการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลบางรายได้รับการสอนที่กระชั้นชิดกับวันจำหน่ายมาก จึงทำให้มีความรู้ทักษะ และความมั่นใจไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยในระยะหลังการจำหน่ายได้

ดังนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการสร้างเสริมความมั่นใจหรือสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่มีท่อเจาะคอ โดยการพัฒนาโปรแกรมที่อาศัยแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ⁶ โดย Bandura¹⁰ กล่าวว่าบุคคลที่รับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล ทำให้บุคคลกล้าเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ แม้ล้มเหลวหรือเป็นสิ่งที่ปฏิบัติยากก็จะพยายามทำให้สำเร็จจนได้ แนวคิดนี้ เน้นกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาจาก 4 แหล่ง ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological

and affective state) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) ผู้วิจัยจึงได้บูรณาการในกิจกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม⁶ ซึ่งประกอบด้วย 2 หมวด คือ การดูแลทางเดินหายใจ และการดูแลด้านโภชนาการไปใช้เป็นกิจกรรมในการเสริมสร้างความรู้และฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล โดยจัดเป็นแหล่งการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ดูแล 4 แหล่ง ตามแนวคิดของ Bandura¹⁰ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอได้อย่างถูกต้อง เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ และประเมินความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังการจำหน่ายผู้ป่วย อันจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปอดติดเชื้ออย่างมีแบบแผนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในช่วงเวลา 3 วัน 5 วันหลังการทดลอง และ 14 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ในช่วงเวลา 3 วัน 5 วันหลังการทดลอง และ 14 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ ในครั้งนี้ อาศัยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura¹⁰ และแนวทางการป้องกันภาวะปอดติดเชื้อจากการทบทวนวรรณกรรม มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ดูแลในขณะผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน ซึ่ง Bandura¹⁰ กล่าวว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถทำได้โดยอาศัยแหล่งเรียนรู้ 4 แหล่ง ประกอบด้วย

1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) โดยในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนั่งสงบนิ่งและกำหนดลมหายใจเข้าออกก่อนเริ่มทำกิจกรรมในแต่ละวัน ชักถามถึงปัญหาต่าง ๆ และร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่อาจมีของผู้ดูแล

2) การได้เห็นตัวแบบ หรือ ประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแล

สามารถประมวลเนื้อหาที่ได้รับจากตัวแบบเก็บไว้เป็นข้อมูลในการสร้างทักษะที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยนำเสนอความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการเกิดปอดติดเชื้อผ่านสมุดภาพร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ รวมถึงอธิบายให้ความรู้และสาธิตกิจกรรมในเรื่อง การดูแลทางเดินหายใจ และการดูแลด้านโภชนาการ

3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพื้นฐานการรับรู้ที่มาจากประสบการณ์ตรงของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองได้ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติการดูแลทางเดินหายใจและการดูแลด้านโภชนาการกับผู้ป่วยด้วยตนเองร่วมกับผู้วิจัย

4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลให้ประสบความสำเร็จได้โดยผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วย และชมเชยเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จ

ผลจากการปฏิบัติชุดกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมการดูแลป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (two-group, quasi-experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอด

ติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ โดยมีการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ แบบวัดซ้ำ (repeated measures design) จำนวน 3 ครั้งคือ หลังการทดลองวันที่ 3 วันที่ 5 และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน

ประชากร คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ ที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอรายใหม่ ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 มีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

ผู้ป่วย มีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุ ≥ 18 ปี 2) มีสัญญาณชีพปกติ¹¹ คือ อุณหภูมิร่างกาย อยู่ระหว่าง 36.5–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 12–20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60–100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตตัวบน อยู่ระหว่าง 90–140 มิลลิเมตรปรอท และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ไม่น้อยกว่า 95% ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมการศึกษา 2) ย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตก่อนสิ้นสุดการทดลองครบ 5 วัน 3) ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก่อนเสร็จสิ้นการทดลองครบ 5 วัน 4) มีอาการวิกฤตหรือจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนเสร็จสิ้นการทดลองครบ 5 วัน และ 5) ตั้งใจยุติการเข้าร่วมการศึกษา

ผู้ดูแล มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ ≥ 20 ปี 2) เป็นบุตร บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน 3) สามารถรับรู้ เข้าใจ อ่าน และพูดภาษาไทยได้ 4) ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยมาก่อน 5) มีและสามารถใช้โทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย และ 6) สามารถจัดการให้มีเครื่องดูแลแบบพกพาเป็นของตนเองขณะอยู่ที่โรงพยาบาลได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดออกจากการศึกษาครั้งนี้ และ 2) ผู้ดูแลตั้งใจยุติการเข้าร่วมการศึกษา

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาที่ใกล้เคียงที่ใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)¹² โดยใช้สูตรของ Cohen¹³ ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size: d) = 2.35 ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size: d) ขนาดใหญ่ คือ 0.8¹⁴ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวัดความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) จึงใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size: f) เท่ากับ ครึ่งหนึ่งของขนาดอิทธิพล (Effect size: d) ของการศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) ($f = 1/2 * d$) คือ 0.4¹³ คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power¹⁴ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งหมด 34 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 17 คู่ อย่างไรก็ตาม ในระหว่างการศึกษา เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด (COVID-19) ส่งผลให้มีผู้ดูแลและผู้ป่วยอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา จำนวน กลุ่มละ 10 คู่เท่านั้น ทั้งนี้ ภายหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าอำนาจการทดสอบ (power) ของการศึกษาพบว่าตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดติดเชื้อของผู้ดูแล มีค่าสังเกตของอำนาจในการทดสอบ (observed power) เท่ากับ 1.00 และ .99 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าอำนาจการทดสอบที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ .80

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้ และการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน

2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย คะแนนความสามารถในการทำประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) เพศ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรคประจำตัว และการใช้ยานอนหลับ

3) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดในทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ประกอบด้วย 2 หมวด คือ 1) การดูแลทางเดินหายใจ จำนวน 34 ข้อ และ 2) การดูแลด้านโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง จำนวน 13 ข้อ รวม 47 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ไม่มั่นใจเลย ถึง 3 คะแนน คือ มั่นใจอย่างยิ่ง คะแนนรวม เท่ากับ

0-141 คะแนน โดยคะแนนมาก แสดงว่าผู้ดูแลมีความมั่นใจสูงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ

4) แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) การดูแลทางเดินหายใจ จำนวน 30 ข้อ และ 2) การดูแลด้านโภชนาการจำนวน 10 ข้อ รวม 40 ข้อ การบันทึกข้อมูลเป็นลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดย 0 คะแนน คือ ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง และ 1 คะแนน คือ ปฏิบัติถูกต้อง คะแนนรวม เท่ากับ 0-40 คะแนน โดยคะแนนมากแสดงว่าผู้ดูแลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อถูกต้องได้มาก

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁰ ร่วมกับการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอโดยอาศัยการเรียนรู้จาก 4 แหล่ง ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ดูแล ประกอบด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออก 5 นาทีก่อนเริ่มกิจกรรมในทุกวัน และหากพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาต่าง ๆ

ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว
กันทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน

2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์
ของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยผู้วิจัยนำเสนอ
วิธีการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ด้วยการจัด
กิจกรรม ดังนี้

2.1 ให้คำแนะนำและข้อมูลความรู้ผ่าน
สมุดภาพเรื่อง “การป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ
ในผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอ” ร่วมกับใช้สื่อวีดิทัศน์การ
ปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อใน
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอในรูปแบบ
ของคิวอาร์โค้ดที่สอดแทรกภายในสมุดภาพ
โดยผู้วิจัยทำการอธิบายให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง
1) การประเมินอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าอาจเกิดภาวะ
ปอดติดเชื้อ และ 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสาร
อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ พร้อมทั้งผู้วิจัยทำการ
สาธิตกิจกรรม 6 กิจกรรม ประกอบด้วย การดูแลทาง
เดินหายใจ 5 กิจกรรม คือ 1) การล้างมือ 2) การ
ทำความสะอาดปากและฟัน 3) การจัดท่านอนและ
พลิกตะแคงตัว 4) การดูแลแผลและท่อเจาะคอ และ
5) การดูดเสมหะ และการดูแลด้านโภชนาการ 1
กิจกรรม คือ การดูแลให้อาหารทางสายยาง

2.2 ให้ผู้ดูแลชมวีดิทัศน์ในรูปแบบของ
คิวอาร์โค้ดที่สอดแทรกภายในสมุดภาพ ที่แสดงถึงวิธี
การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่
ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การดูแลทางเดินหายใจ
และการดูแลด้านโภชนาการ ซึ่งจะให้ผู้ดูแลได้ศึกษา
ภายหลังจากได้รับคำแนะนำจากสมุดภาพ

3) การประสบความสำเร็จจากการ
กระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience)
โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติการดูแลกับ
ผู้ป่วยด้วยตนเองร่วมกับผู้วิจัย ประกอบด้วยกิจกรรม

6 กิจกรรม คือ การดูแลทางเดินหายใจ 5 กิจกรรม
คือ 1) การล้างมือ 2) การทำความสะอาดปากและฟัน
3) การจัดท่านอนและพลิกตะแคงตัว 4) การดูแล
แผลและท่อเจาะคอ และ 5) การดูดเสมหะ และ การ
ดูแลด้านโภชนาการ 1 กิจกรรม คือ การดูแลให้อาหาร
ทางสายยาง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิต และให้ผู้ดูแลสาธิต
ย้อนกลับ กิจกรรมละ 1 ครั้ง ซึ่งปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง
ทุกกิจกรรม ยกเว้น กิจกรรมการดูดเสมหะและทำแผล
เจาะคอ ให้ปฏิบัติกับหุ่นจำลองก่อนในครั้งที่ 1 ก่อน
ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงในครั้งที่ 2 และให้ผู้ดูแลสะท้อน
คิดประสบการณ์ตนเองที่ประสบความสำเร็จหรือ
ปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังปฏิบัติ

4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)
โดยผู้วิจัยชักจูงให้ผู้ดูแลลงมือทำกิจกรรมการดูแล
ด้วยตนเอง กระตุ้นให้กำลังใจกล่าวชมเชยผู้ดูแล เพื่อ
ส่งเสริมความมั่นใจว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรม
การป้องกันการเกิดปอดติดเชื้อได้ถูกต้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการจัด
กิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้
ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ
โดยเสริมจากการดูแลปกติให้กับกลุ่มทดลอง เริ่มจัด
กิจกรรมตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ และ
ใช้เวลาจัดกิจกรรมจนเสร็จสิ้นจำนวน 3 วัน ในขณะที่
ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งนี้ ในแต่ละวันจะมีการจัด
กิจกรรมเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ให้แก่ผู้ดูแล ครอบคลุม
ทั้ง 4 แหล่ง ดังกล่าวข้างต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและ
เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบ
ความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ (panel of experts) จำนวน 3 ท่าน

ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหู คอ จมูก 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale content validity index: S-CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสมรรถภาพการป้องกันการเกิดปอดติดเชื้อโดยภายในมีวิดิทัศน์การปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 สำหรับเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และแบบสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .97 และ 1.0 ตามลำดับ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมา⁶ แล้วนำมาตรวจสอบความสอดคล้องภายในของข้อคำถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .97 และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดสอบมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ดูแลภายหลังการประเมินแต่ละครั้งจำนวน 4 ครั้ง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 20 ราย มาตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซ้ำ ได้ค่าเท่ากับ .73, .94 และ .98, .98 ตามลำดับ

2.2 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ไปให้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ใช้สังเกตผู้ดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันกับผู้วิจัยจำนวน 5 รายต่อคน แล้วนำผลการบันทึกการสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลไปคำนวณค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกตระหว่างผู้ช่วยวิจัยและผู้วิจัย ได้เท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาและได้รับการอนุมัติให้ศึกษาวิจัยได้

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ซึ่งปฏิบัติงานในผู้ป่วยหอผู้ป่วย หู คอ จมูก ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ โดยมีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทุกราย แต่ไม่มีส่วนร่วมในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าลำดับเลขคู่ เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้รับการดูแลตามปกติเสริมด้วยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ และผู้ดูแลและผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าลำดับเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงเวลาเดียวกัน จึงไม่มีโอกาสติดต่อหรือสื่อสารกัน

**ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ**

4. กระบวนการดำเนินการศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1

	ในโรงพยาบาล หลังวันที่ผู้ป่วยเจาะคอ				หลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล		
	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 5	วันที่ 2	วันที่ 7	วันที่ 14
กลุ่มควบคุม	- นักผู้ดูแลที่เตรียมการดูแลท่อเจาะคอ	- ให้อธิบายการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ - สอบถามเรื่องความต้องการวัสดุกลับบ้านโดยพยาบาล	- ให้อธิบายการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ - พยาบาลแจ้งอาการผิดปกติที่ต่อมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และสอบถามข้อสงสัย - ผู้วิจัยแจ้งวันโทรเก็บข้อมูลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 14 วัน		- โทรสอบถามความต้องการจากผู้ดูแลและอาการผู้ป่วยหากพบมีปัญหามาพบร่วมหาทางแก้ปัญหา		
กลุ่มทดลอง	- นักผู้ดูแลที่เตรียมการดูแลท่อเจาะคอ - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล - เตรียมความพร้อมด้านร่างกายผู้ดูแล - ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดติดเชื้อผ่านสมศภาพ - ให้อ่านวีดิทัศน์ผ่าน QR code	- ให้อธิบายการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ - สอบถามเรื่องความต้องการวัสดุกลับบ้านโดยพยาบาล - เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย - ทบทวนความรู้จากวีดิทัศน์ที่ได้เรียนรู้ - ผู้วิจัยสาธิตกิจกรรมป้องกันการเกิดปอดติดเชื้อ 6 กิจกรรม - ให้อ่านวีดิทัศน์ย้อนกลับทุกกิจกรรม - เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย - นัดเวลาในการทำกิจกรรมวันต่อไป	- ให้อธิบายการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ - พยาบาลแจ้งอาการผิดปกติที่ต่อมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และสอบถามข้อสงสัย - เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย - ทบทวนความรู้จากวีดิทัศน์ที่ได้เรียนรู้ - สอบถามข้อสงสัยหลังกิจกรรมวันที่ 2 - ให้อ่านวีดิทัศน์ย้อนกลับในกิจกรรมที่ไม่มั่นใจ - ผู้วิจัยแจ้งวันโทรเก็บข้อมูลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 14 วัน		- โทรสอบถามความต้องการจากผู้ดูแลและอาการผู้ป่วยหากพบมีปัญหามาพบร่วมหาทางแก้ปัญหา	- โทรสอบถามความต้องการจากผู้ดูแลและอาการผู้ป่วยหากพบมีปัญหามาพบร่วมหาทางแก้ปัญหา	
การเก็บรวบรวมข้อมูล	- ข้อมูลส่วนบุคคล - การรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ (ครั้งที่ 1) (ใช้เวลา 15 นาที)		- การรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ (ครั้งที่ 2) - พฤติกรรมการป้องกันปอดติดเชื้อ (ครั้งที่ 1)	- การรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ (ครั้งที่ 3) - พฤติกรรมการป้องกันปอดติดเชื้อ (ครั้งที่ 2)			- การรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ (ครั้งที่ 4) - พฤติกรรมการป้องกันปอดติดเชื้อ (ครั้งที่ 3)

ภาพที่ 1 วิธีการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโดยผู้วิจัยได้ยื่นหนังสือถึงประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ Ref no. TcBD-OBn2-UCuc-viEZ, มอ 351.7.2/ec.2182 (รหัสหนังสือ 92

รับรอง REC.64-344-199 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564) เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยติดป้ายประชาสัมพันธ์ และให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้เชิญชวนผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อได้รับคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567

การศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะ เวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบ ที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงให้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่าง สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผล ต่อการรักษาและการได้รับบริการทางการแพทย์พยาบาลแต่ อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็น ความลับ และถูกนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากการวิจัย ประมาณ 5 ปี หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น เกิด ภาวะปอดติดเชื้อรุนแรง หายใจเหนื่อย หรืออยู่ใน ภาวะวิกฤต ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการดูแลและรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและ ผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะ ปอดติดเชื้อ โดยแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test, Mann-Whitney U Test, Continuity Correction และ Likelihood Ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 หลังจากผ่านการทดสอบตามการทดสอบข้อตกลง เบื้องต้นของแต่ละตัวแปรแต่ละตัว แล้วพบว่า ตัวแปร อายุของผู้ป่วย มีการกระจายเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงใช้ สถิติ Independent t-test ส่วนตัวแปรอายุของผู้ดูแล มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U Test สำหรับตัวแปรอื่น ๆ เป็นตัวแปรจัด ประเภท (Categorical data) และค่าสังเกตแต่ละค่า

เป็นอิสระจากกัน โดยข้อมูล เพศ และการใช้ยานอน หลับของผู้ป่วย รวมถึง เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ต่อเดือน ของผู้ดูแล ถูกแจกเป็นตารางชนิดสองทาง และในแต่ละเซลล์มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่า ร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Continuity Correction ส่วนข้อมูลค่าดัชนีมวลกาย ระดับการพึ่งพา (คะแนน ADL) สถานภาพสมรสการวินิจฉัยโรค และโรคประจำตัว ของผู้ป่วย รวมถึง ระดับการศึกษา ความ สัมพันธ์กับ ผู้ป่วย อาชีพ และการมีผู้ช่วยที่บ้าน ของผู้ดูแล ถูกแจก เป็นตารางชนิดหลายทาง และในแต่ละเซลล์มีค่า หวังน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงใช้ สถิติ Likelihood Ratio¹⁵

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที่อิสระ (Independent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรม ของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อใน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measures ANOVA) โดยผู้วิจัยได้ทำการ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าทั้งตัวแปรการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการ ป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ มีการกระจายเป็น โค้งปกติ แต่เนื่องจากพบว่าความแปรปรวนระหว่าง กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($p < .05$) และ ความแปรปรวนระหว่างการวัดซ้ำครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ตัวแปร ($p < .05$) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึง ปรับลดระดับนัยสำคัญของการทดสอบสมมติฐานจาก

**ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ**

ระดับ .05 เป็นระดับ .025 และทำการแปลงผลสถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measures ANOVA) ด้วยสถิติ Greenhouse-Geisser Statistic เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (type I error)¹⁶ นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำตัวแปรอายุของผู้ดูแลเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากพบว่าอายุของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทดสอบความแตกต่างของตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ รายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ จัดอยู่ในกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่ม

ควบคุม 10 ราย ซึ่งแต่ละกลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ ค่าดัชนีมวลกาย คะแนนความสามารถในการทำประจำวัน เพศ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว และการใช้ยานอนหลับ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้ และการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้น อายุ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.00$, $p = .028$)

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 20$)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 10)			กลุ่มควบคุม (n=10)			statistic test	p value
	n	M	SD	n	M	SD		
ผู้ดูแล								
อายุ (ปี)		38.20	10.13		48.60	11.06	21.000	.028 ^{b*}
เพศ							1.067	.302 ^c
ชาย	4			1				
หญิง	6			9				
สถานภาพสมรส							.208	.648 ^c
คู่	6			7				
โสด	5			3				

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 20) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 10)			กลุ่มควบคุม (n=10)			statistic test	p value
	n	M	SD	n	M	SD		
ระดับการศึกษา							.255	.880 ^d
ประถมศึกษา	3			4				
มัธยมศึกษา	2			2				
ปริญญาตรี	5			4				
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							3.681	.298 ^d
บุตร	6			4				
พี่/น้อง	-			1				
สามี/ภรรยา	3			5				
อื่นๆ	1			-				
อาชีพ							3.803	.284 ^d
รับจ้าง	7			4				
ทำนา ทำสวน ทำไร่	2			3				
นักศึกษา	1			1				
ค้าขาย	-			2				
รายได้ต่อเดือน							.000	1.000 ^c
ต่ำกว่า 5000 บาท	1			2				
5000 บาทขึ้นไป	9			8				
การมีผู้ช่วยผู้ดูแลที่บ้าน							1.569	.210 ^c
ไม่มี	7			10				
มี	3			-				
ผู้ป่วย								
อายุ (ปี)		61.50	11.97		62.50	4.88	-.245	.809 ^a
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)							4.763	.190 ^d
หนักน้อยหรือผอม	2			3				
(<18.50)								
ปกติ	4			2				
(18.50-22.90)								
น้ำหนักเกิน	1			0				
(23.00-24.90)								
โรคอ้วนระดับที่ 1	3			3				
(25.00-29.90)								
โรคอ้วนระดับที่ 2	0			2				
(≥30)								

**ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ**

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของ
ผู้ป่วยและผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 20) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 10)			กลุ่มควบคุม (n=10)			statistic test	p value
	n	M	SD	n	M	SD		
ระดับการพึ่งพา (คะแนน ADL)							5.040	.283 ^d
พึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4)	0			1				
พึ่งพาค่อนข้างมาก (5-8)	1			1				
พึ่งพาปานกลาง (9-10)	0			2				
ไม่ต้องพึ่งพา (12-20)	9			6				
เพศ							.000	1.000 ^c
ชาย	7			7				
หญิง	3			3				
สถานภาพสมรส							2.995	.224 ^d
คู่	10			8				
โสด	-			1				
หม้าย	-			1				
การวินิจฉัยโรค							7.812	.167 ^d
มะเร็งกล่องเสียง	2			2				
มะเร็งช่องปาก	4			2				
มะเร็งต่อมไทรอยด์	2			3				
มะเร็งคอหอย	2			-				
มะเร็งทอลซิล	-			1				
มะเร็งหลังโพรงจมูก	-			2				
โรคประจำตัว							3.787	.285 ^d
โรคความดันโลหิตสูง	5			7				
โรคเบาหวาน	4			2				
โรคหอบหืด	1			-				
โรคอื่นๆ	-			1				
การใช้ยานอนหลับ							.000	1.000 ^c
ไม่มี	5			6				
มี	5			4				

* p<0.05, ^a=Independent t-test, ^b=Mann-Whitney U Test, ^c=Continuity Correction, ^d=Likelihood Ratio

2. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.862$, $p = .079$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่รับการเจาะคอ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,17} = 39.987$, $p < .001$; $F_{1,17} = 109.188$, $p < .001$, ตามลำดับ) และพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในแต่ละช่วงเวลา (time) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเวลาและตัวแปรกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,038,34.643} = 17.523$, $p < .001$) แต่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเวลาและตัวแปรอายุ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเวลากับตัวแปรกลุ่ม และตัวแปรเวลากับตัวแปรอายุ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้สถิติ Bonferroni และทำการประมาณค่าเฉลี่ยโดยมีอายุเป็นตัวแปรร่วม ตามค่าเฉลี่ยของอายุของผู้ดูแลทั้งหมด คือ 43.40 ปี พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 วัน และ 5 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 วัน และ 5 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน โดยใช้สถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA) (N =20)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
ระหว่างกลุ่ม (group)	12380.057	1	12380.057	39.987	<.001
ความคลาดเคลื่อน	5263.393	17	309.611		
ช่วงเวลา (time)	3995.125	2.038	1960.471	24.500 ^c	<.001
ความคลาดเคลื่อน	2772.168	34.643	80.020		
ช่วงเวลา * ระหว่างกลุ่ม					
เวลา * อายุ	15.907	2.038	7.806	0.098 ^c	.910
เวลา * กลุ่ม	2857.410	2.038	1402.177	17.523 ^c	<.001
ความคลาดเคลื่อน	2772.168	34.643	80.020		

**ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 วัน และ 5 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน โดยใช้สถิติความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA) (N =20) (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ					
ระหว่างกลุ่ม (group)	3176.539	1	3176.539	109.188	<.001
ความคลาดเคลื่อน	494.570	17	659.019		
ช่วงเวลา (time)	9.466	2	4.733	0.854	.435
ความคลาดเคลื่อน	188.383	34	5.541		
ช่วงเวลา * ระหว่างกลุ่ม					
เวลา * อายุ	22.084	2	11.042	1.993	.152
เวลา * กลุ่ม	15.752	2	7.876	1.421	.255
ความคลาดเคลื่อน	188.383	34	5.541		

SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square; ° = Greenhouse–Geisser Statistic

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยโดยประมาณ และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยโดยประมาณของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ เมื่อทำการประมาณค่าเฉลี่ยโดยมีอายุเป็นตัวแปรร่วม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่เวลา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและ หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 วัน และ 5 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน เป็นรายคู่โดยใช้สถิติบอนเฟอโรนี (Bonferroni) (N = 20)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)			ผลต่างค่าเฉลี่ย โดยประมาณ ระหว่างกลุ่ม ทดลองและ กลุ่มควบคุม
	M	SD	M ^E	M	SD	M ^E	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	34.40	5.46	34.29 ^a	29.20	6.94	29.31 ^a	4.98
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน	121.80	9.90	122.31 ^a	89.70	17.78	89.19 ^a	33.12**
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 วัน	127.00	5.40	127.31 ^a	88.80	14.69	88.49 ^a	38.82**
หลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน	127.90	5.67	128.26 ^a	93.50	11.31	93.14 ^a	35.12**

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยโดยประมาณ และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยโดยประมาณของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ เมื่อทำการประมาณค่าเฉลี่ยโดยมีอายุเป็นตัวแปรร่วม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่เวลา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและ หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 วัน และ 5 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน เป็นรายคู่โดยใช้สถิติบอนเฟอรอนี (Bonferroni) (N = 20) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)			ผลต่างค่าเฉลี่ย โดยประมาณ ระหว่างกลุ่ม ทดลองและ กลุ่มควบคุม
	M	SD	M ^E	M	SD	M ^E	
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ							
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 วัน	34.50	2.88	34.05 ^a	24.80	5.85	25.25 ^a	8.80*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 วัน	35.80	2.04	36.11 ^a	28.80	3.82	28.49 ^a	7.62**
หลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน	35.30	1.95	35.14 ^a	29.00	3.68	29.16 ^a	5.98**

* p < .05, ** p < .001

M^E = ค่าเฉลี่ยโดยประมาณเมื่อมีอายุเป็นตัวแปรร่วม

a = ค่าตัวแปรร่วมที่ปรากฏในแบบจำลองประเมินตามค่าอายุเฉลี่ยของผู้ดูแลทั้งหมด

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 วัน และ 5 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยอาศัยทฤษฎี

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁰ เน้นแหล่งสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ซึ่งแต่ละแหล่งมีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ดังนี้

การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) ของผู้ดูแล ด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออก 5 นาที จะมีลักษณะเดียวกับการฝึกสมาธิ ผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลปฏิบัติก่อนเริ่มกิจกรรมของโปรแกรมในทุกวัน ร่วมกับการซักถามปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยกันกับผู้วิจัย ด้วยวิธีการนี้ จะช่วยให้ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่วัยกลางคน (อายุระหว่าง 36-60 ปี)¹⁷ เป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างชัดเจน มีการมองเห็นและการได้ยินลดลง และมีความเครียดสูง ได้อยู่ในภาวะ

ที่จิตมีความเบา โปร่ง โล่ง สบาย คลายความเครียด และความกังวล ส่งผลให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์ มีพลังจิตที่พร้อมสำหรับการเรียนรู้ส่งผลให้คิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล มีการไตร่ตรองมากขึ้น ทำให้สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yamma and Nuttarugs¹⁸ ในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสมาธิ นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้มีความพร้อมในการศึกษาหาความรู้ ฝึกทักษะการปฏิบัติงานต่อไปได้

การที่โปรแกรมให้ผู้ดูแลได้เห็นตัวแบบ หรือ ประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experiences) ผ่านการใช้สมุดภาพที่มี QR code เชื่อมโยงไปยังวีดิทัศน์ แสดงการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยที่มีสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงที่บ้านมากที่สุด ทำให้ผู้ดูแลได้เห็นภาพจริงหรือเสมือนจริง และจากการที่สมุดภาพที่มี QR code เชื่อมโยงไปยังวีดิทัศน์ ที่มีลักษณะเป็นแบบ e-Learning ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงเนื้อหาที่ต้องการเรียนรู้ได้ง่าย รวดเร็ว ทุกๆ สามารถดูซ้ำได้ตามความต้องการของผู้ดูแล ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบนำตนเอง¹⁹ ร่วมกับการที่มีผู้วิจัยเป็นตัวแบบให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ นับเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองเกิดความรู้ ความเข้าใจ ที่ชัดเจน และจดจำความรู้และวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยอย่างแม่นยำ จึงเกิดความเชื่อมั่นและคาดหวังในผลลัพธ์ว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วย เหมือนตัวแบบที่นำเสนอในโปรแกรมได้¹⁰

การที่โปรแกรมจัดให้ผู้ดูแลได้ประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery

experience) โดยลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อด้วยตนเอง ร่วมกับผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จ นับเป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดย Bandura¹⁰ เชื่อว่า การได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองซ้ำ ๆ ไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวเกิดขึ้นซ้ำ ๆ นั้น จะสนับสนุนให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองได้โดยประสบความสำเร็จที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น

การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ดูแลลงมือทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง กระตุ้นให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตน เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดปอดติดเชื้อได้ถูกต้องตามที่คาดหวังได้ แม้เมื่ออยู่ตามลำพังที่บ้านโดยไม่มีพยาบาลคอยชี้แนะดังเช่นการศึกษาของ Chaibubpha, Hengudomsab and Vatanasin²⁰ ในกลุ่มของชายที่มาใช้บริการเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนั้น การที่โปรแกรมมีการติดตามให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย และสอบถามข้อสงสัยหรือปัญหาของผู้ดูแลหลังการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล 14 วัน ยังเป็นวิธีการที่ช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าจะมีผู้ช่วยเหลือให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหา จนสามารถก้าวข้ามผ่านอุปสรรคต่างๆ ที่มีไปได้ ด้วยกระบวนการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยอาศัยแหล่ง ทั้ง 4 แหล่งดังกล่าวข้างต้น

จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถหรือมีสมรรถนะที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยได้ในระดับที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามการพยาบาลตามปกติ

สำหรับในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลเสริมด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งในระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 วัน และ 5 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนฯ ที่พัฒนาขึ้นอาศัยหลักการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน 4 แหล่งตามแนวคิดของแบนดูรา ช่วยให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองรับรู้สมรรถนะถึงแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงมีความเชื่อมั่นและมั่นใจ นำมาใช้เป็นแรงเสริม สนับสนุนให้ตนเอง มีความพยายามและความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดภาวะปอดติดเชื้อให้ได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติในทุกช่วงเวลาที่ทำตามติดตามประเมินผล ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura¹⁰ ที่กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมเป็นผลมาจากความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการกระทำเพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามที่ต้องการ ดังนั้นหากบุคคลมีความมั่นใจในการที่จะกระทำในสิ่งใดสิ่งหนึ่งสูง จะส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลที่ต้องการได้ดีได้สอดคล้องกับการศึกษาของ

Jitsakorn, Jaramillo and Wiwaraganon²¹ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.49$, $p < 0.01$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Mayi, Vachprasit and Sac-Sia²² ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1.23, 29.58} = 105.527$, $p < .001$) ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ ที่พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹⁰ โดยมีการฝึกปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อที่รวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรม มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน และมีการติดตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอได้เพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากในระยะเวลาที่ทำการศึกษาคือเป็นช่วงที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด (COVID-19) และระยะเวลาในการศึกษามีจำกัด ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมเข้าร่วมการวิจัยจำนวนน้อย และในการเก็บข้อมูลในผู้ดูแลในระยะเวลาหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 วัน เป็นการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดในโรงพยาบาลจึงมีช่วงเวลาการเก็บข้อมูลจริงจำนวนวันหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 14 ± 5 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่ไม่ใช่ช่วงเวลาเดียวกันและนานกว่าที่กำหนด อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อได้

ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและสามารถปฏิบัติในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะปอดติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอได้อย่างมีคุณภาพ

ด้านการวิจัยทางพยาบาล ควรทำวิจัยซ้ำโดยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่ม เพิ่มความน่าเชื่อถือของ

ผลการวิจัย ทำให้สามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้ โดยควรเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น อัตราการเกิดภาวะปอดติดเชื้อ หรือ อัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยด้วย และควรจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมจริงที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงการนำความรู้และทักษะจากโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลทำให้เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024; 74(3): 229–63. doi: 10.3322/caac.21834.
2. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2022. Bangkok: Medical Digital Division, National Cancer Institute [Internet]; 2022.
3. Chan EL, Rovira A. Head-and-neck cancer in the emergency department: A contemporary review of common presentations and management. J Emerg Trauma Shock. 2024; 17(1): 33–9. doi: 10.4103/jets.jets_40_23.
4. Reddy PD, Yan F, Nguyen SA, et al. Factors influencing the development of pneumonia in patients with head and neck cancer: A meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2021; 164(2): 234–43. doi: 10.1177/0194599820938011.

5. Ko C-A, Fang T-J, Chi C-C, et al. Pneumonia in patients with head and neck cancer: risk factors and prevention strategies. *IJHNS*. 2020; 4(4): 146-55. doi: 10.6696/IJHNS.202012_4(4).0002.
6. Pengpist K, Theunnade SK. Effects of promoting perceived self-efficacy program on perceived self-efficacy and behavior of nurses to prevent ventilator-associated. *Journal of Nursing Science & Health*. 2017; 40(2): 1-10. Thai.
7. Huang TT, Peng JM. Role adaptation of family caregivers for ventilator-dependent patients: Transition from respiratory care ward to home. *J Clin Nurs*. 2010; 19(11-12): 1686-94. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03007.x.
8. Khemshotgun W, Srisanga S, Siripornadunsil S. Discharge planning model development of patients with head and neck cancer at ENT unit, Buriram Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*. 2012; 30(3): 146-52. Thai.
9. Medical record section. Patient statistics of Songklanagarind Hospital. Hat Yai, Songkhla; 2020.
10. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W H Freeman; 1997.
11. Physiopedia. Vital Signs [Internet]. 2024 [cited 2024 October 13]. Available from: https://www.physio-pedia.com/Vital_Signs.
12. Firmawati E, Songwathana P, Kitrungrate L. A pilot study of self-efficacy enhancing education program on family caregivers' competencies in caring for patients with mild traumatic brain injury. *Songklanagarind J Nurs*. 2014; 34: 129-37.
13. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associate; 1988.
14. Sanitlou N, Sartphet W, Naphaarrak Y. Sample size calculation using G*Power program SVITTJ. 2019;5(1):496-507. Thai.
15. Plichta SB, Kelvin EA. Examining Cross-Tabulations: The Chi-Square and Associated Statistics. Munro's statistical methods for health care research. 6th ed: Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 289-319.
16. Keppel G. Design and analysis: A researcher's handbook: Prentice-Hall, Inc; 1991.
17. Kasemsuk K, Ritudom B. Health promotion of middle adulthood development. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2023; 17(1): 368-80. Thai.
18. Yamma W, Nuttarugs S. The effect of mediation program on emotion quotient of the first year nursing students in Phetchaburi Rajabhat University. *JRTAN*. 2021; 22(1): 156-65. Thai.
19. Khoochonthara P. Role of e-Learning with self-directed learning. *TUH Journal online*. 2016; 1(1): 53-61. Thai.
20. Chaibubpha J, Hengudomsub P, Vatanasin D. The effects of motivational enhancement program on smoking cessation of perceived self-efficacy and behaviors among male clients. *JFONUBUU*. 2018; 26(4): 10-20. Thai.
21. Jitsakorn C, Jaramillo WI-A, Wiwaraganon P. Perceived self-efficacy and preventive health behaviors with COVID-19 among the older adults in Mueang Lampang District, Lampang Province. *TJPHE*. 2023; 3(3): 142-58. Thai.
22. Mayi N, Vachprasit R, Sae-Sia W. The effect of self-efficacy promoting program on perceived self-efficacy and behaviors in prevention of pressure injury among caregivers and incidence of pressure injury in dependent patients. *JHNR*. 2021; 37(3): 89-104. Thai.

ผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก: การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี

รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์¹ พย.ม. (การพยาบาลบริหาร)

สุธิสา เต็มทับ² พย.ม., อพย. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

ณัฐภัสสร วุฒิชัยมงคลกุล³ วท.ม. (การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ)

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระดับจำนวน 658 รายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่ จำนวน 874 ครั้ง ระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา และ 2) แบบบันทึกระยะเวลารอดคอยการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอกเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 32.95 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยแต่ไม่รุนแรงคือ กลุ่มอาการหลังการดูดกั้นหลอดเลือดด้วยยาเคมีบำบัด ร้อยละ 23.57 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแต่พบได้น้อยคือ ค่าการทำงานของตับสูงผิดปกติ ร้อยละ 1.26 ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 0.23 และค่าการทำงานของไตสูงผิดปกติ ร้อยละ 0.11 และ 2) ระยะเวลารอดคอยเฉลี่ยในการเข้าถึงการรักษาอยู่ที่ 57.20 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.23 วัน) ผลการวิจัยสรุปได้ว่าระบบการพยาบาลและการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดระยะเวลารอดคอยการเข้าถึงการรักษาได้ จึงควรมีการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับแบบทำหัตถการวันเดียวแล้วกลับบ้าน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดระยะเวลารอดคอยการเข้าถึงการรักษา และช่วยลดปัญหาการขาดแคลนเตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 104-116

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ทางคลินิก; มะเร็งระดับ; การฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่; ผู้ป่วยนอก; การศึกษาย้อนหลัง

¹พยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ ศูนย์รักษาหลอดเลือดครบวงจรสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: tsutisa@medicine.psu.ac.th

³พยาบาลระดับชำนาญการ ศูนย์รักษาหลอดเลือดครบวงจรสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

วันที่รับบทความ 4 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 23 พฤศจิกายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 30 พฤศจิกายน 2567

The Clinical Outcomes of a Nursing System for Hepatocellular Carcinoma Outpatients Undergoing Trans–Arterial Chemoembolization: A 10–year Retrospective Study

Rungtip Udomvisatson¹ M.N.S. (Administration Nursing)

Suthisa Temthup² M.N.S., Dip. APAGN (Adult and Gerontological Nursing)

Nutsiri Wuttichokmongkolkul³ M.S. (Health System Research and Development)

Abstract: This is a retrospective study aimed to evaluate the clinical outcomes of hepatocellular carcinoma (HCC) outpatients who received trans–arterial chemoembolization (TACE) at a university hospital in Southern Thailand. The sample consisted of 658 HCC outpatients, who received a total of 874 TACE times between 2012 and 2021. The tools used to record data were 1) a form to record complications after treatment, and 2) a form to record waiting times for accessing treatment. Data were analyzed using descriptive statistics. The results of the study showed that 32.95% of HCC outpatients who received TACE experienced complications, mostly common complications of post–embolization syndrome (23.56%). Serious but rare complications included liver function decline (1.26%), acute cholecystitis (0.23%), and renal function decline (0.11%). The average waiting time for accessing TACE was 57.20 days (standard deviation 12.23 days). It is concluded that the nursing system and treatment for HCC outpatients who received TACE are safe and effective in helping to reduce the waiting time for treatment. Therefore, a nursing system for HCC patients who receive TACE should be developed in which the procedure is performed and the patient allowed to go to home the same day to increase the quality of life for patients, reduce the waiting time for access treatment and help reduce the problem of a shortage of beds to accommodate patients in hospitals.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 104–116

Keywords : clinical outcomes; hepatocellular carcinoma; trans–arterial chemoembolization; outpatient; retrospective study

¹Registered nurse, Senior Professional Level, PSUMiSIR Center, Songklanarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla

²Registered nurse, Advanced Nurse Practitioner, Songklanarind Hospital, Songkhla; Corresponding author, E-mail: tsutisa@medicine.psu.ac.th

³Registered nurse, Professional Level, PSUMiSIR Center, Songklanarind Hospital, Songkhla

Received September 4, 2024; Revised November 23, 2024; Accepted November 30, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 6 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 จากโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็งตับขึ้นกับระยะของโรคตามระบบการจัดระยะบาร์เซโลนา (Barcelona Clinic Liver Cancer: BCLC) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับระยะกลาง (BCLC: B) การรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่ (trans-arterial chemoembolization: TACE) เป็นการรักษาลำดับแรก¹ ทั้งนี้การตอบสนองของการรักษาขึ้นกับปัจจัยด้านตัวโรค เช่น ระดับสารบ่งชี้มะเร็งตับในเลือด สมรรถภาพการทำงานของตับ ระยะของโรค² จำนวนเกล็ดเลือด จำนวนและขนาดก้อนมะเร็งตับ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา³ นอกจากนี้ปัจจัยการเข้าถึงการรักษา (time to treatment) ที่ทันท่วงทีในช่วงเวลาที่กำหนดก็มีความสำคัญ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE ภายใน 2 สัปดาห์หลังการวินิจฉัย⁴ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยมีระยะเวลารอคอยการรักษา 4 สัปดาห์⁵ การรอคอยการรักษาที่ยาวนานอาจส่งผลให้โรคลุกลาม และเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาจากการรักษาเพื่อหายขาดเป็นการรักษาแบบประคับประคอง⁵

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยในระดับภูมิภาคที่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับด้วยวิธี TACE มีผู้ป่วยมะเร็งตับเฉลี่ย 500 ราย/ปี และได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE เฉลี่ย 700 ครั้ง/ปี⁶ จากการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับต้องรอคอยการรักษาด้วยวิธี TACE เฉลี่ยอยู่ที่ 105 วัน เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนเตียงส่งผลให้โรคลุกลาม⁷ ผู้วิจัยเป็นหนึ่งในทีมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับแบบสหสาขาวิชาชีพจึงได้

ร่วมพัฒนาระบบการพยาบาล โดยปรับจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาให้ลดลงด้วยการนำแนวคิดลีน (LEAN) มาใช้ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 แบ่งเป็น 2 รูปแบบตามความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและครั้งที่ของการได้รับการรักษา คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือเข้ารับการรักษา ครั้งที่ 1 ในนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวล่วงหน้า 1 วัน และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำหรือเข้ารับการรักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งกำหนดเกณฑ์พิจารณาว่ามีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ สมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในระยะดี (Child Pugh A) ก้อนมะเร็งตับขนาดเล็กหรือขนาดกลาง ไม่มีความผิดปกติของจำนวนเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวล่วงหน้า แต่จะเข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมในวันนัดทำ TACE หลังการรักษาด้วยวิธี TACE เสร็จแล้ว ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม เข้ารับการรักษาเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมแบบผู้ป่วยใน (inpatient) และหอผู้ป่วยสังเกตอาการแบบผู้ป่วยนอก (outpatient) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ต้องนอนสังเกตภาวะแทรกซ้อน 1-2 วัน⁷⁻⁸

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้พัฒนาระบบพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลารอคอย การเข้าถึงการรักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังจำหน่าย นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศที่มีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบจำหน่ายในวันเดียว (same day discharge)⁹⁻¹⁰ ก็มี

ความแตกต่างจากการดูแลแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก จากปัญหาเกี่ยวกับปริมาณเตียงที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาที่สูงกว่ามาตรฐาน ทีมผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดลีน (LEAN) มาใช้ในการพัฒนาระบบการเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE โดยมีการลดขั้นตอนและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในระบบเดิมผู้ป่วยมะเร็งระดับทุกรายต้องนอนโรงพยาบาลล่วงหน้า 1 คืนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนรักษาและหลังรักษาต้องนอนพักที่หอผู้ป่วยในเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนระบบใหม่ปรับเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งระดับที่มีความเสี่ยงต่ำเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE โดยผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลล่วงหน้า จะมีการเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาวินเดียวกับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก และหลังรักษาเสร็จ ผู้ป่วยนอนพักที่หอผู้ป่วยนอกเพื่อสังเกต

อาการและภาวะแทรกซ้อน 1-2 คืน ระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำและสามารถช่วยลดระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษาได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน (retrospective descriptive study) เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก โดยประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

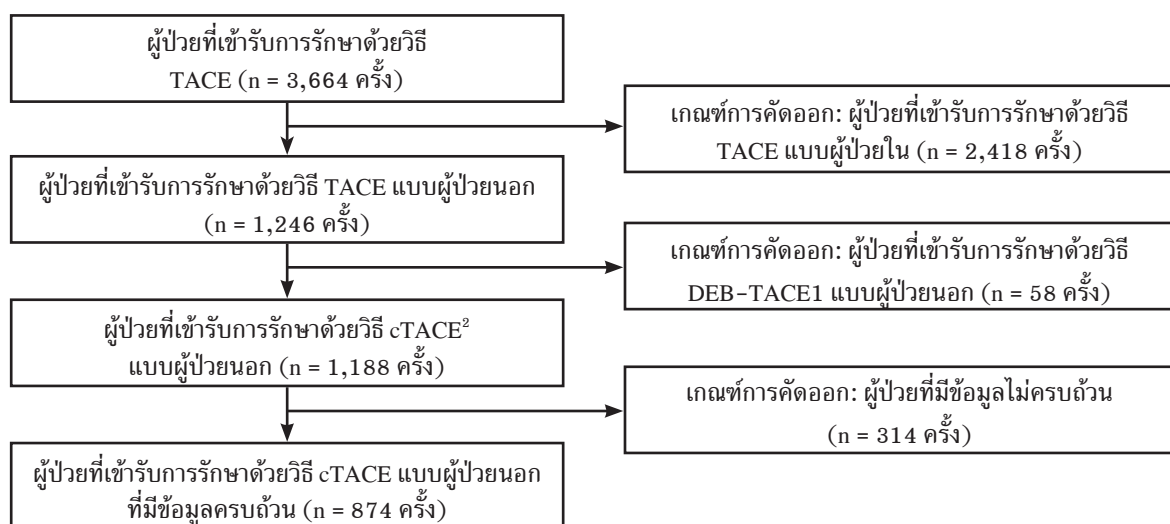
ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแหล่งข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (1) เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่โดยใช้รหัส ICD10 คือ C022 และ ICD9 คือ 9925 (2) มีข้อมูลการได้รับยาเคมีบำบัดชนิดดอกโซรูบิซิน (Doxorubicin) หรือ ไมโตไมซิน (Mitomycin) (3) ได้รับการรักษาด้วยวิธีใช้ลิโปโดล (lipiodol) เป็นตัวนำยาเคมีบำบัดไปทำลายก้อนมะเร็งในเนื้อเยื่อตับ (conventional TACE: cTACE) (4) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก เกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการรักษาด้วยวิธีใช้เม็ดปิดเป็นตัวนำยาเคมีบำบัดไปทำลายก้อนมะเร็งในเนื้อเยื่อตับ (drug-eluting bead TACE: DEB-TACE) และ/หรือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบตามแบบบันทึก

ผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีคีตาเคมีบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก:
การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี

ขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง แต่ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดนับจากการปรับระบบการดูแลในปี พ.ศ. 2554 และนำมาใช้อย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ครอบคลุมประชากรทั้งหมดเพื่อนำมาออกแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบจำหน่ายในวันเดียวต่อไป แต่เนื่องจากในช่วงปี พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2566 มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยทุกรายต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเท่านั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาย้อนหลัง

ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2564 เท่านั้น จากข้อมูลเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับ จำนวน 2,986 ราย รักษาด้วยวิธี TACE 3,664 ครั้ง โดยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 860 ราย รักษาด้วยวิธี TACE 1,246 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 658 ราย รักษาด้วยวิธี TACE 874 ครั้ง โดยงานวิจัยนี้ใช้จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วย 1 ราย ต้องเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง การเกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการรอคอยการรักษาแต่ละครั้งจะมีความแตกต่างกัน (ภาพที่ 1)



¹Drug-eluting bead TACE หมายถึง การใช้เม็ดปิดเป็นตัวยาเคมีบำบัดไปทำลายก้อนมะเร็งในเนื้อเยื่อตับ

²Conventional trans-arterial chemoembolization TACE หมายถึง การใช้ไลโปโดล (lipiodol) เป็นตัวยาเคมีบำบัดไปทำลายก้อนมะเร็งในเนื้อเยื่อตับ

ภาพที่ 1 การคัดเลือกและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ คือ อายุ และ เพศ

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและด้านคลินิก จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถาม ข้อที่ 1,5 เป็นแบบเลือกตอบมีหรือไม่มี ข้อคำถามข้อ 2,4 และ 10 มีตัวเลือกตามลักษณะข้อคำถาม ส่วนคำถามข้ออื่น ๆ ให้ระบุตัวเลข ประกอบด้วย 1) โรคตับแข็ง 2) สมรรถภาพการทำงานของตับ 3) จำนวนและขนาดก้อนมะเร็งตับ 4) ระยะของโรคมะเร็งตับตามระบบการจัดระยะบาร์เซโลนา 5) การเกิดภาวะหลอดเลือดดำใหญ่ตับอุดตัน 6) ค่าอัลบูมินในเลือด 7) ค่าบิลิรูบินรวมในเลือด 8) ค่าการแข็งตัวของเลือด 9) ปริมาณไลโปโดล (lipiodol) 10) ชนิดของการอุดตันหลอดเลือด (embolic size) และ 11) จำนวนครั้งของการรักษาด้วยวิธี TACE

3. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธี TACE ขณะอยู่โรงพยาบาล จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบว่าเกิดหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยสามารถบันทึกข้อมูลได้มากกว่า 1 ข้อ และใช้ข้อมูลที่แพทย์ได้วินิจฉัยไว้ โดยการนับการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ประกอบด้วย 1) กลุ่มอาการหลังการอุดตันหลอดเลือดด้วยยาเคมีบำบัด (post embolization syndrome: PES) 2) ภาวะเม็ดเลือดขาวผิดปกติ (neutropenia) 3) ก้อนมะเร็งตับฉีกขาด (ruptured HCC) 4) ภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) 5) ภาวะถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) 6) การเกิดจ้ำเลือดบริเวณขาหนีบ (hematoma) 7) ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis)

8) ค่าการทำงานของตับสูงผิดปกติ (liver function decline) 9) ค่าการทำงานของไตสูงผิดปกติ (renal function decline) 10) ภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร (gastrointestinal bleed) 11) ฝีในตับ (liver abscess)

4. แบบบันทึกระยะเวลารอคอยการเข้ารับการรักษาดัวยวิธี TACE (time to treatment) 1 ข้อ คือ จำนวนวัน นับระยะเวลาตั้งแต่แพทย์อายุรกรรมระบบทางเดินอาหารและตับส่งใบปรึกษาเพื่อขอรักษาดัวยวิธี TACE ถึงวันที่ได้รับการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับและเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับปริมาณของไลโปโดลและการเกิดภาวะแทรกซ้อน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item level CVI) เท่ากับ 1 และเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความถูกต้องของการสกัดข้อมูลเพื่อการลงบันทึก ผู้วิจัยรับสมัครผู้ช่วยวิจัย จำนวน 8 ท่าน ที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลแกนนำพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับประจำโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทุกท่านฝึกเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อทำความเข้าใจและตรวจสอบความถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสามารถสกัดและบันทึกข้อมูลได้สอดคล้องตรงกับผู้วิจัยทุกข้อทุกคน หลังจากนั้นจึงมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วโดยทำหนังสือขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล หัวหน้าเวชระเบียนผู้ป่วยใน ขอข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2564 โดยใช้รหัส ICD 10 คือ C022 และ ICD 9 คือ 9925 (1) ผู้วิจัยลำดับที่ 2 คัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดกรองข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่คัดเลือกมาโดยบันทึกข้อมูลในเครื่องมือแต่ละชุดอย่างละเอียดและถูกต้อง มีการอ่านทบทวนเพื่อป้องกันข้อมูลผิดพลาดและไม่ครบถ้วน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข REC 66-371-7-8 วันที่รับรอง 23 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยได้รับการยกเว้นเรื่องกระบวนการขอความยินยอมหลังจากบอกกล่าวกลุ่มตัวอย่าง (wave of informed consent) แบบบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนการใช้ชื่อ-นามสกุล และหมายเลขโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้จะไม่มีการเผยแพร่ผลการวิจัยที่มีข้อมูลที่จะบ่งถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธี TACE วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. ระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา จำนวน 2,986 ราย รักษาด้วยวิธี TACE 3,664 ครั้ง เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 860 ราย รักษาด้วยวิธี TACE 1,246 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์จำนวน 658 ราย รักษาด้วยวิธี TACE จำนวน 874 ครั้ง รายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโรคตับแข็งเป็นโรคร่วม สมรรถภาพการทำงานของตับระยะดี เป็นมะเร็งตับระยะกลางที่มีก้อนมะเร็งตับมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ก้อน และขนาดก้อนมะเร็งตับขนาดใหญ่ที่สุดน้อยกว่า 5 เซนติเมตร ไม่มีการลุกลามของมะเร็งตับเข้าหลอดเลือดดำใหญ่ตับ และได้รับไลโปอิดอลน้อยกว่า 10 มิลลิตร (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก (N= 874 ครั้ง)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ ¹ (ปี)		เพศ ²	
น้อยกว่า 60	458 (52.40)	ชาย	482 (73.25)
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	416 (47.60)	หญิง	176 (26.75)
โรคตับแข็ง ²		สมรรถภาพการทำงานของตับ ¹	
มี	626 (95.14)	ระยะดี (Child Pugh-A)	724 (82.84)
ไม่มี	32 (4.86)	ระยะกลาง (Child Pugh-B)	150 (17.16)
ระยะของโรคมะเร็งตับ ¹		ขนาดก้อนมะเร็งตับที่ใหญ่สุด ¹ (cms)	
ระยะเริ่มแรก (BCLC stage 0)	18 (2.06)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	588 (67.28)
ระยะแรก (BCLC stage A)	304 (34.78)	มากกว่า 5	286 (32.72)
ระยะกลาง (BCLC stage B)	390 (44.62)	การลุกลามเข้าหลอดเลือดดำใหญ่ตับ ¹	
ระยะลุกลาม (BCLC stage C)	162 (18.54)	มี	114 (13.04)
จำนวนก้อนมะเร็งตับ (ก้อน)		ไม่มี	760 (86.96)
1	160 (18.31)	ค่าอัลบูมินในเลือด ¹ (mg/dl)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 2	714 (81.69)	มากกว่าเท่ากับ 3.5	574 (65.67)
ค่าบิลิรูบิน ¹ (mg/dl)		น้อยกว่า 3.5	300 (34.33)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	811 (92.79)	ค่าการแข็งตัวของเลือด ¹ (เท่า)	
มากกว่า 2	63 (7.21)	น้อยกว่า 1.5	852 (97.48)
ปริมาณไลโปโดล ¹ (ml)		มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5	22 (2.52)
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10	801 (91.65)	ตำแหน่งการอุดหลอดเลือด ¹	
มากกว่า 10	73 (8.35)	เฉพาะส่วน (segment)	773 (88.44)
จำนวนครั้งของการรักษา ¹		กลีบตับ (lobe of liver)	101 (11.56)
ครั้งที่ 1	103 (11.78)		
ตั้งแต่ครั้งที่ 2	771 (88.22)		

¹ ใช้จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ² ใช้จำนวนคนที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE

2. การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 288 ครั้ง (ร้อยละ 32.95) ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงคือ กลุ่มอาการ PES ร้อยละ 23.57 (โดยมีอาการที่สำคัญคือ อาการไข้ ร้อยละ 18.19 ปวดท้อง ร้อยละ 17.73 อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 3.66 และอาเจียน ร้อยละ 0.8) และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเม็ดเลือดขาวสูง ร้อยละ 6.98

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแต่พบน้อยคือ ค่าการทำงานของตับสูงผิดปกติ ร้อยละ 1.26 ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 0.23 และค่าการทำงานของไตสูงผิดปกติ ร้อยละ 0.11 การศึกษาครั้งนี้ไม่พบภาวะก้อนมะเร็งระดับนิ่วขาด ภาวะปอดอักเสบ ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร และฝีในตับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก (N = 874 ครั้ง)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอาการหลังการอุดตันหลอดเลือดด้วยยาเคมีบำบัด (PES)	206	23.57
ภาวะเม็ดเลือดขาวผิดปกติ	61	6.98
ค่าการทำงานของตับสูงผิดปกติ	11	1.26
การเกิดจำเลือดดำแห่งใส่สายสวนหลอดเลือดขาหนีบนีขนาด $\geq 5 \times 5$ cm	7	0.80
ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน	2	0.23
ค่าการทำงานของไตสูงผิดปกติ	1	0.11

3. ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 57.20 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.23 วัน) จำนวนวันต่ำสุด 20 วัน จำนวนวันสูงสุด 88 วัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อยู่ที่ 44.84 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.39 วัน) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษามะเร็งระดับด้วยวิธี TACE ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษา 63.17 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.25 วัน)

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเกิดจากการพัฒนาระบบการเข้าถึงการรักษาด้วยวิธี TACE โดยมีการลดขั้นตอนและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึงปัจจุบัน ข้อมูลที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ได้รวบรวมจากเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการบันทึกไว้ในระบบย้อนหลัง 10 ปี ซึ่งข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมได้แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้มีการคัดกรองข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่คัดเลือกมาและมีการอ่านทบทวนเพื่อป้องกันข้อมูลผิดพลาดและไม่ครบถ้วน

โดยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังการรักษาด้วยวิธี TACE และระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษา ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอก พบว่าภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่คือกลุ่มอาการ PES ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง แสดงให้เห็นว่าระบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอกเป็นระบบที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ⁹⁻¹⁰ ที่พบว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอกเป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือกลุ่มอาการ PES โดยพบ ร้อยละ 23.57 ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากยาเคมีบำบัดทำปฏิกิริยากับก้อนมะเร็งระดับร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งระดับ ส่งผลให้ก้อนมะเร็งระดับและเนื้อเยื่อรอบ ๆ เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดการอักเสบทั้งภายในและภายนอกตับ¹¹ ผู้ป่วยจะมีอาการที่สำคัญคือ ไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ และอาเจียน¹¹⁻¹² ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดกลุ่มอาการ PES คือ ปริมาณไลโปโอดอล ค่าอัลบูมินในเลือด¹² จำนวนครั้งของการรักษาด้วยวิธี TACE และขนาดก้อนมะเร็งระดับ¹³ กลุ่มอาการ PES เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE¹¹⁻¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังรักษาด้วยวิธี TACE มีกลุ่ม

อาการ PES ตั้งแต่ ร้อยละ 10¹¹ ถึง ร้อยละ 64 โดยพบในระดับรุนแรง ร้อยละ 5.9¹⁵ กลุ่มอาการ PES ในระดับรุนแรงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อตามมาได้¹⁶ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ แม้จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงมากกว่าปกติ (neutropenia) ร้อยละ 6.97 แต่พบว่าทุกรายไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและระบบอื่น ๆ ในร่างกาย

ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกลุ่มอาการ PES ในระดับที่ไม่รุนแรง เนื่องจากระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอกได้มีการพัฒนาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกกลุ่มและทุกหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีเกณฑ์การคัดเลือกรวมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ชัดเจนโดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทีมพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการร่วมคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การช่วยเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE การช่วยเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และระบบพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้มีระบบการแจ้งเตือนแพทย์เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากกลุ่มอาการ PES คือ การรายงานแพทย์ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38.3 องศาเซลเซียส จะปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการเจาะเลือดเพาะเชื้อและให้ยาฆ่าเชื้อกลุ่มเซฟาโลสปอริน (generation cephalosporine) ซึ่งเป็นยาที่ใช้ป้องกัน การเกิดภาวะติดเชื้อจากกลุ่มอาการ PES ตามมาตรฐาน¹⁷

สำหรับภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงที่พบได้น้อยหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ในกลุ่มตัวอย่างคือ ค่าการทำงานของตับสูงผิดปกติ ร้อยละ 1.25

ภาวะท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 0.22 และค่าการทำงานของไตผิดปกติ ร้อยละ 0.11 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งตับด้วยวิธี TACE เกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงน้อยกว่า ร้อยละ 1¹⁷ เนื่องจากการรักษามะเร็งตับด้วยวิธี TACE เป็นการฉีดยาเคมีบำบัดเข้าก้อนมะเร็งตับเฉพาะที่ผ่านทางหลอดเลือดแดงในตับสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับที่รุนแรงได้ ร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลมีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้ารับการรักษด้วยวิธี TACE โดยกลุ่มตัวอย่างต้องไม่มีข้อห้ามในการเข้ารับการรักษ (contraindication) คือ ค่าสมรรถภาพการทำงานของตับ (Child Pugh score) คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 9 คะแนน มะเร็งตับมีการลุกลามเข้าสู่หลอดเลือดดำใหญ่ (superior mesenteric vein หรือ inferior vena cava) และมะเร็งตับที่ลุกลามเข้าสู่และอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ตับ (main portal vein)¹⁸ สำหรับการเกิดจ้ำเลือดดำแห่งทางสายสวนหลอดเลือดขาหนีบของกลุ่มตัวอย่างที่พบ ร้อยละ 0.8 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2.52 มีค่าการแข็งตัวของเลือด (prothrombin time international normalized ratio: PT INR) มากกว่า 1.5 แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีค่า PT INR มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 ได้รับส่วนประกอบของเลือดก่อนรักษาด้วยวิธี TACE แต่ค่า PT INR เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดจ้ำเลือดดำแห่งทางสายสวนหลอดเลือดขาหนีบ¹⁹

ระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษา พบอยู่ที่ 57.20 วัน ลดลงจาก ปี พ.ศ. 2554 ที่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษา 105 วัน (หรือระยะเวลารอคอยลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง) ทั้งนี้เนื่องจากการปรับระบบโดยการเปิดเตียงสำรองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 2 เตียง และหอผู้ป่วยสังเกตอาการ จำนวน 2 เตียง เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งได้

กำหนดเกณฑ์ให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำสามารถเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนรักษาล่วงหน้า 1 วัน ดังนั้นจึงส่งผลให้ระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษาเร็วขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษา 44.84 วัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษตั้งแต่ครั้งที่ 2 มีระยะเวลารอคอยการเข้ารับการรักษเฉลี่ย 63.17 วัน ซึ่งสูงกว่าระยะเวลารอคอยการรักษของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษครั้งที่ 1 เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งตับหลังเข้ารับการรักษด้วยวิธี TACE ต้องมีการประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาโดยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าตับ 4-8 สัปดาห์ เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการรักษาต่อเนื่องครั้งถัดไป¹⁷

แม้ว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการเข้าถึงการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจะลดลงจากเดิมแต่ยังคงสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับหลังการวินิจฉัยได้รับการรักษด้วยวิธี TACE ภายใน 2 สัปดาห์⁴ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยมีระยะเวลารอคอยการรักษา 4 สัปดาห์⁵ โดยเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 มีระยะเวลารอคอยการรักษาไม่เกิน 30 วัน⁷ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษครั้งที่ 1 ที่มีระยะเวลารอคอยการรักษาเกิน 30 วัน มีจำนวน 70 ราย โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 78.57 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดจากสาเหตุปริมาณเตียงสำรอง (จำนวน 4 เตียงดังกล่าว) ที่ยังคงมีปริมาณไม่เพียงพอกับความต้องการ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11.78 ที่เข้ารับการรักษด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 17.16 ที่มีสมรรถภาพการทำงานของตับในระยะกลางที่แพทย์

ระบบทางเดินอาหารและตับพิจารณาให้เข้ารับการ รักษาแบบผู้ป่วยนอกได้เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย การเข้าถึงการรักษาแล้วก็ยังเป็นข้อจำกัดในการรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11.43 จำเป็นต้องนำ ปัญหาที่พบเข้าประชุมในคณะกรรมการสหสาขา วิชาชีพเพื่อร่วมกันพิจารณากำหนดแนวทางการรักษา ผู้ป่วยมะเร็ง (tumor board conference) ที่เหมาะสม ที่สุดโดยกลุ่มตัวอย่างได้เข้ารับการรักษาลงหลังการ วินิจฉัยเฉลี่ย 40 วัน และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 มี สภาพร่างกายไม่พร้อมและไม่สะดวกเดินทางเข้ารับ การรักษาในวันนัด ดังนั้นจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมี ระยะเวลาการรอคอยการเข้าถึงการรักษาไม่ได้ตาม เป้าหมายที่วางไว้

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลที่เป็น ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญของการรักษามะเร็งตับด้วย วิธี TACE แบบผู้ป่วยนอกคือ การกลับเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน จากภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยวิธี TACE เนื่องจากอาจ มีกลุ่มตัวอย่างบางรายเข้ารับการรักษาลงภายใน 30 วัน ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

2. การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนที่มีการ บันทึกไว้ในระบบที่อาจมีความคลาดเคลื่อนจากการ บันทึกข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผลลัพธ์การรักษามะเร็งตับที่เข้ารับการ รักษาด้วยวิธี TACE แบบผู้ป่วยนอกในครั้งนี้สามารถ นำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นของทีมสหสาขาวิชาชีพการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับในการพัฒนาระบบการเข้ารับ การรักษามะเร็งตับด้วยวิธี TACE แบบทำวันเดียว แล้วกลับบ้าน (same days discharge) เพื่อแก้ไข

ปัญหาปริมาณเตียงที่ไม่เพียงพอ และสามารถช่วยให้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาการรอคอยการเข้าถึงการรักษา ลดลงและได้ตามเป้าหมาย

2. พยาบาลควรนำข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลให้การ เข้าถึงการรักษาลงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพ เข้าประชุมร่วมกับคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพเพื่อ ร่วมกันกำหนดแนวทางการรักษาลงหลักผู้ป่วยมะเร็งตับ ให้อยู่ภายใน 30 วัน หลังการวินิจฉัย

เอกสารอ้างอิง

1. Raoul JL, Forner A, Bolondi L, et al. Updated use of TACE for hepatocellular carcinoma treatment: How and when to use it based on clinical evidence. *Cancer Treat Rev.* 2019; 72: 28–36.doi: 10.1016/j.ctrv.2018.11.002.
2. Kong C, Zhao Z, Chen W, et al. Prediction of tumor response via a pretreatment MRI radiomics-based nomogram in HCC treated with TACE. *Eur Radiol.* 2021; 31(10): 7500–11. doi: 10.1007/s00330-021-07910-0.
3. Peng CW, Teng W, Lui KW, et al. Complete response at first transarterial chemoembolization predicts favorable outcome in hepatocellular carcinoma. *Am J Cancer Res.* 2021;11 (10):4956–65.
4. Gabutti A, Cascella T. How to radiologically assess and follow response after treatment of hepatocellular carcinoma. *Oncology (Williston Park).* 2021; 35(4): 199–204. doi: 10.46883/ONC.2021.3504.0199.
5. Chuangaroon A, Wongsachue C, Linthong S, et al. The development of nursing service system for primary liver cancer patients receiving transarterial chemoembolization (TACE) at National Cancer Institute. *J Depart Medical Services.* 2020; 45(2): 184–90. Thai.

**ผลลัพธ์ทางคลินิกของระบบพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่แบบผู้ป่วยนอก:
การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี**

6. Songklanagarind Hospital. Medical Statistics Unit. hepatocellular carcinoma patient statistics 2012 to 2021. Songkhla: Hospital; 2022. Thai.
7. Songklanagarind Hospital. Department of Internal Medicine. Information on PCT internal medicine. Songkhla: Hospital; 2022. Thai.
8. Temthup S. Indicator report of advanced practice nurse. Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital: Songkhla; 2022. Thai.
9. Hund HC, Frantz SK, Wu H, et al. Six-year evaluation of same-day discharge following conventional transarterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2023; 34(3): 378–85. doi: 10.1016/j.jvir.2022.11.029.
10. Fritsche MR, Watchmaker JM, Lipnik AJ, et al. Outpatient transarterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma: Review of a same-day discharge strategy. J Vasc Interv Radiol. 2018; 29(4): 550–5. doi: 10.1016/j.jvir.2017.11.018.
11. Lima M, Dutra S, Gomes FV, et al. Risk factors for the development of postembolization syndrome after transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma treatment. Acta Med Port. 2018; 31(1): 22–9. doi: 10.20344/amp.8976.
12. He JJ, Yin XX, Wang T, et al. Factors influencing postembolization syndrome in patients with hepatocellular carcinoma undergoing first transcatheter arterial chemoembolization. J Cancer Res Ther. 2021; 17(3): 777–83. doi: 10.4103/jcrt.jcrt_132_21.
13. Byeol LH, Soo KM. Risk predictors of post-embolization syndrome after transarterial chemoembolization by sex: A retrospective study. Korean J Adult Nursing. 2023; 35(4): 418–27. doi: 10.7475/kjan.2023.35.4.418.
14. Miyayama S, Matsui O. Superselective conventional transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: Rationale, technique, and outcome. J Vasc Interv Radiol. 2016; 27(9): 1269–78. doi: 10.1016/j.jvir.2016.04.014.
15. Roehlen N, Stoeck F, Müller L, et al. Prediction of postembolization syndrome after transarterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma and its impact on prognosis. Hepatol Commun. 2023; 7(10): e0252. doi: 10.1097/HC9.0000000000000252.
16. Lee HN, Hyun D. Complications related to transarterial treatment of hepatocellular carcinoma: A comprehensive review. Korean J Radiol. 2023; 24(3): 204–23. doi: 10.3348/kjr.2022.0395.
17. Cho Y, Choi JW, Kwon H, et al. Transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: 2023 expert consensus-based practical recommendations of the Korean Liver Cancer Association. Clinical Molecular Hepatology. 2023; 29(3): 521–41. doi: 10.3350/cmh.2023.0202.
18. Thai Association for the Study of the Liver. Thailand guideline for management of hepatocellular carcinoma 2021. Bangkok: Association; 2021. Thai.
19. Temthup S, Nilmanat K, Udomvisatson R, et al. The effectiveness of a new clinical nursing practice guideline on level of back pain, bleeding, and hematoma formation in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) who are receiving transcatheter arterial chemoembolization (TACE). The Southern College Network J Nursing Public Health. 2022; 9(2): 54–65. Thai.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความวิตกกังวลและอัตราการมาส่งกล้อง ปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

สุภาพ สะมะบุบ¹ พย.ม. (การพยาบาล)

โสเพ็ญ ชูมวล² ประ.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ: โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากผลการตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องปากมดลูก อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับการส่องกล้องปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่มีผลตรวจผิดปกติยังอยู่ในระดับต่ำ การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค ความวิตกกังวล และอัตราการเข้ารับการส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลตรวจเซลล์ผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มีผลตรวจเซลล์ผิดปกติจำนวน 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 ราย ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ควบคู่กับการดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุม 28 ราย ที่ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล (GAD-7) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทีเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นและมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น อัตราการเข้ารับการส่องกล้องปากมดลูกสูงกว่า และมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปบูรณาการในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สตรีที่มีผลตรวจเซลล์ผิดปกติได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 117-134

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ; การส่องกล้องปากมดลูก; มะเร็งปากมดลูก; การตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: supap2552@hotmail.com

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

วันที่รับบทความ 17 กรกฎาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 23 พฤศจิกายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 25 พฤศจิกายน 2567

The Effects of a Motivational Enhancement and Educational Program on Cervical Cancer Prevention Behaviors, Anxiety and Rate of Follow-Up Colposcopy Among Women with Abnormal Pap Test

Supap Samabub¹ M.N.S. (Nursing)

Sopen Chunuan² Ph.D. (Nursing)

Abstract: Cervical cancer is a significant public health challenge with an increasing trend. When screening results indicate abnormalities, further diagnosis through colposcopy is required. However, the colposcopy follow-up rate among women with abnormal Pap test results remains low. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a motivational enhancement and educational program on cervical cancer prevention behaviors, anxiety levels, and colposcopy follow-up rates in women with abnormal Pap test results. Fifty-six women who met the inclusion criteria, were assigned equally into experimental group (n = 28) who received the motivational enhancement and educational program in addition to routine care and a control group (n = 28) who received routine care. Data collection instruments included the Demographic Characteristics Form, the Cervical Cancer Knowledge and the Cervical Cancer Prevention Behavior Questionnaire, and the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7). Data were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, means, and standard deviations) and t-tests to evaluate the within-group and between-group differences. The results demonstrated that the experimental group had significantly higher mean scores for cervical cancer prevention behaviors and lower anxiety levels after receiving the program than before ($p < .05$). Comparisons between groups revealed that the experimental group had significantly better cervical cancer prevention behaviors, higher colposcopy follow-up rates, and lower anxiety levels than the control group ($p < .05$). Therefore, nurses should integrate this program into health promotion activities to ensure that women with abnormal cervical cell test results receive timely and appropriate treatment.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 117-134

Keywords: Motivational enhancement and educational program; colposcopy; cervical cancer; Pap test

¹Registered Nurse, Hatyai Hospital, Songkhla; Corresponding author, E-mail: supap2552@hotmail.com

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

Received July 17, 2024; Revised November 23, 2024; Accepted November 25, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมากเป็นอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลก โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่ 604,000 ราย เสียชีวิต 342,000 ราย¹ สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทยที่รายงานโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบมากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิง ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 13.80 โดยพบอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 283, 280 และ 225 รายตามลำดับ² เช่นเดียวกับในรายงานสถิติจากเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่ 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2562-2566) ที่พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 58, 55, 67, 94 และ 109 รายตามลำดับ

การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุหลักจากการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) ร้อยละ 97 โดยเฉพาะสายพันธุ์ HPV 16 และ 18³ ซึ่งแพร่กระจายผ่านการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งในเพศชายและหญิง โรคนี้เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่สามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่น มีระยะเวลาการดำเนินโรคจากการติดเชื้อจนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 10-20 ปี ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง การใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน การสูบบุหรี่ และภูมิคุ้มกันต่ำ⁴ โดยร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อ HPV สามารถกำจัดเชื้อได้เอง ส่วนร้อยละ 10 เชื้อจะฝังตัวและอาจพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกภายใน 5-10 ปีซึ่งทำให้มีเวลาสำหรับการตรวจคัดกรองและป้องกัน⁵

ปัจจุบันการป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้โดยการฉีดวัคซีน HPV และการตรวจคัดกรอง เช่น การตรวจแป็บสเมียร์ (PAP smear) ซึ่งช่วยตรวจ

พบความผิดปกติในระยะแรกเริ่ม อย่างไรก็ตาม หากพบความผิดปกติ จำเป็นต้องยืนยันผลด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยาผ่านการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) ร่วมกับการตัดหรือขูดชิ้นเนื้อบริเวณที่ผิดปกติมากที่สุด ผลการตรวจนี้ช่วยวินิจฉัยรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งได้อย่างแม่นยำ หากได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรก จะช่วยลดการลุกลามของมะเร็งและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่องกล้องปากมดลูกจึงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันและติดตามการรักษา มะเร็งปากมดลูก^{1,6} ดังนั้น การส่องกล้องปากมดลูกจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้อายุโรคดำเนินไปสู่ระยะลุกลาม รวมถึงเป็นแนวทางในการรักษาและตรวจติดตามโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมต่อไป^{2,6}

คลินิกส่องกล้องปากมดลูกของแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ให้บริการแก่สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ทั้งในพื้นที่และจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในภาคใต้ พบว่าจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2564-2566⁷ มีผู้รับบริการ 181, 237 และ 326 รายตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากคลินิกสามารถรองรับได้เพียง 40 รายต่อเดือน ทำให้ผู้รับบริการต้องรอนาน ส่งผลต่อความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา แม้ว่าปี 2566 จะกำหนดให้ผู้ที่มีการตรวจคัดกรองผิดปกติมากกว่าร้อยละ 70 ต้องได้รับการส่องกล้องภายใน 28 วัน แต่ผลการดำเนินงานพบว่าสามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ 65, 71 และ 69 ตามลำดับ โดยมีระยะรอคอยเฉลี่ย 56, 42, และ 32 วันสาเหตุของการไม่ได้มาตรวจตามนัด ได้แก่ การติดธุระ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลตรวจ หรือความกลัวเกี่ยวกับกระบวนการตรวจ ทำให้การ

ตรวจไม่ครอบคลุมทุกรายตามนัดและส่งผลการเข้า
ถึงการรักษาล่าช้า

การที่สตรีไม่ได้มาตรวจตามนัดอาจทำให้โรค
พัฒนาไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น และส่งผลต่อการจัดการ
ควิตรวจในวันนั้นเนื่องจากคิวว่างเกิดขึ้น พยาบาลจึง
มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและความรู้แก่
สตรีที่มีผลตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ
เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการ
มาตรวจส่งกล้องปากมดลูกตามนัดและลดความ
วิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น⁸ ความวิตกกังวลของสตรีที่ได้
รับผลการตรวจผิดปกติเป็นความวิตกกังวลในขณะ
เผชิญสถานการณ์ เนื่องจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ
แนวทางการรักษาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย
เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ
เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อจิตใจ เช่น ความเครียดและ
ความทุกข์ทางจิตใจ ความวิตกกังวลดังกล่าวอาจจำกัด
ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ
อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค
แนวทางการปฏิบัติตัว และการนัดหมายที่เหมาะสม
สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้⁹

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการพัฒนา
โปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้สตรีมีอัตราการเข้ารับการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น
โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม ซึ่งนำ
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers¹⁰
มาประยุกต์ใช้ โดยใช้ความกลัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้
กลุ่มทดลองตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจ
คัดกรอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมี
อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน^{10,11} หรือการใช้
โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งออกแบบ
กิจกรรมเพื่อลดความกลัว ความอาย และให้ความรู้
แก่ผู้เข้าร่วม ผลการวิจัยระบุว่าโปรแกรมนี้ช่วยเพิ่ม
อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และทำให้
กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมากกว่า
กลุ่มควบคุม¹² ทั้งสองโปรแกรมนี้แสดงให้เห็นถึง
ความสำคัญของการใช้แนวทางที่เน้นสร้างแรงจูงใจ
และการให้ความรู้เพื่อช่วยลดอุปสรรคและกระตุ้นให้
สตรีเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่เน้นโปรแกรม
ส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ใน
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและการเข้ารับการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี
แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers¹⁰ ซึ่งส่งผลให้
สตรีในกลุ่มทดลองในเทศบาลเมืองประจวบคีรีขันธ์
มีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
สูงกว่ากลุ่มควบคุม¹³

จากปัญหาดังกล่าว การพัฒนาโปรแกรม
ส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้โดยประยุกต์
ใช้แนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
(Protection Motivation Theory) ของ Rogers¹⁰
เป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนัก
ถึงความรุนแรงของโรค ความเสี่ยง และความสามารถ
ในการป้องกันตนเอง การประยุกต์ใช้โปรแกรม
ดังกล่าวได้รับการยืนยันจากงานวิจัยว่ามีประสิทธิผล
ในการลดความวิตกกังวล เพิ่มอัตราการเข้ารับการ
ตรวจตามนัด และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใน
กลุ่มเป้าหมาย^{10,14} ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์
ในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วม
กับการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง
ปากมดลูก ความวิตกกังวล และอัตราการเข้ารับการ
ตรวจส่งกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลตรวจเซลล์

มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เพื่อเพิ่มโอกาสในการวินิจฉัยและการรักษาในระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งระยะลุกลามและลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ความวิตกกังวล และอัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ความวิตกกังวล และอัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สมมุติฐานการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีผลในการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ลดความวิตกกังวล และเพิ่มอัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด

ของกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมซึ่งโรเจอร์¹⁰ได้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลไว้ว่า “การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงถึงชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดความรุนแรงของโรค และต้องไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติได้แก่การรับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากกลุ่มเพื่อน ญาติ บุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค” เพื่อให้สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เชื่อว่ามะเร็งปากมดลูกมีความรุนแรง และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เชื่อว่าตนเองมีโอกาสป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก จึงเกิดพฤติกรรมมารับการส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มีผลการคัดกรองเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ที่คลินิกคอลโปสโคปี แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ต้องถามตอบรู้เรื่องและเข้าใจ
2. มีแผนการรักษาและวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องปากมดลูก
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. ไม่เคยได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) และไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณค่า effect size จากงานวิจัยที่ผ่านมา เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ Chansurai, et al.¹³ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 3.25$, $S.D. = .30$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 2.99$, $S.D. = .29$) ได้ค่า effect size 0.86 กำหนดค่า $\alpha = .05$, ค่า Power 0.80 เปิดตาราง Cohen ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย¹⁵ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 10 จึงมีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย¹⁶ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจัดเข้ากลุ่มโดยใช้หลักความน่าจะเป็นโดยการสุ่มจับสลาก เพื่อที่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมได้ทั้ง 2 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจและให้ความรู้ในการป้องกันโรคซึ่งพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการส่องกล้องปากมดลูก จากนั้นกำหนดเนื้อหาและสาระที่สำคัญ จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุอาการ การรักษา การป้องกันโดยใช้วิธีทัศน ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1: ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 2: ส่งเสริมแรงจูงใจโดยดูวิธีทัศนเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการส่องกล้องปากมดลูก ซึ่งเป็นของสถาบันมะเร็งที่ผลิตและเผยแพร่ทั่วไป แนะนำให้ดูสถานที่จริง พร้อมมอบแผ่นพับเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องปากมดลูกที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแผ่นพับที่มีอยู่เดิมของหน่วยงานให้ทันสมัย เสริมแรงจูงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด

กิจกรรมที่ 3: เสริมแรงจูงใจด้วยโทรศัพท์ผ่าน WiFi ของโรงพยาบาล กิจกรรมนี้ได้ดำเนินการก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ โดยใช้เวลา 5-10 นาที ในช่วงบ่าย (13.00-16.00 น.) เป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เสริมแรงจูงใจ ย้ำเตือน

เกี่ยวกับการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด และ ทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวเข้ารับการตรวจ ส่องกล้องปากมดลูก รวมถึงการกล่าวชมเชยและให้ กำลังใจเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการมารับการตรวจ

กิจกรรมที่ 4: การกระตุ้นเตือนด้วย โทรศัพท์ผ่าน Wi-Fi ของโรงพยาบาล โดยดำเนินการ 1 วันก่อนถึงวันนัด เพื่อตรวจสอบความพร้อมของ กลุ่มตัวอย่างและยืนยันการมาตรวจตามนัด หาก ไม่สามารถมาตรวจได้ด้วยเหตุผลต่าง ๆ ผู้วิจัยจึง นัดหมายวันตรวจส่องกล้องปากมดลูกใหม่ในวัน ถัดไป โดยกำหนดวันให้เร็วที่สุดตามตารางการออก ตรวจของแพทย์ พร้อมย้ำเตือนเรื่องการมาตรวจ ส่องกล้องตามนัดและทบทวนการปฏิบัติตัวก่อน การตรวจ โดยมีสื่อการสอนประกอบ ได้แก่: 1) วิดีทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจาก สถาบันมะเร็ง และ 2) แผ่นพับเกี่ยวกับมะเร็งปาก มดลูกและการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล เป็น แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติกรรรม ใช้แบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อซึ่งครอบคลุมหัวข้อเกี่ยวกับอายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวจำนวน การตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการคลอดบุตร ประวัติการ ไข้ยาคุมกำเนิด ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของ บุคคลในครอบครัว อายุในครั้งแรกที่ตั้งครรภ์ และ ประวัติการแท้ง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 26 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับโดยคะแนน 1 หมายถึงปฏิบัติ น้อยที่สุด และคะแนน 4 หมายถึงปฏิบัติมากที่สุด การแปลผลพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับสูง (คะแนนมากกว่า 95.34) ระดับปานกลาง (คะแนน 60.67-95.33) และระดับต่ำ (คะแนน น้อยกว่า 60.66)

3. แบบประเมินความวิตกกังวล (GAD-7) ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้ประเมินความวิตกกังวลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็น มาตราส่วน 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวล (0 คะแนน) ถึงมีความวิตกกังวลเกือบทุกวัน (3 คะแนน) การแปลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความวิตกกังวลเล็กน้อย (0-9 คะแนน) ปานกลาง (10-14 คะแนน) และสูง (15-21 คะแนน) แบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83¹⁷

4. แบบบันทึกการมาตรวจส่องกล้อง ปากมดลูกตามนัด ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจจริง เช่น ชื่อ เลขบัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์ วันที่นัด วันที่ เข้ารับการตรวจ และจำนวนวันที่รอคอยการส่องกล้อง โดยข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากการสอบถามและเวช ระเบียน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกที่ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยมีจำนวน 13 ข้อ เนื้อหาครอบคลุม สาเหตุ อาการ การป้องกัน และการรักษาโรคมะเร็ง ปากมดลูก เป็นแบบเลือกตอบ “ถูก” “ผิด” หรือ “ไม่ทราบ” หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ ทราบได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมตั้งแต่ 1-13 คะแนน โดยคะแนนที่สูงแสดงถึงความรู้ที่ดี เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรง โดย

โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค รวมถึงแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแบบประเมินภาวะวิตกกังวลแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และแบบบันทึกการมาตรวจส่งกล้องปากมดลูก ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลมะเร็งปากมดลูก และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านมะเร็งปากมดลูก หลังการประเมินและการให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือและทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อให้เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เครื่องมือเพิ่มเติม เช่น วิดีทัศน์ให้ความรู้จากสถาบันมะเร็ง และแผ่นพับเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการส่งกล้องปากมดลูก ได้รับการปรับปรุงและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิเช่นกัน

การตรวจสอบความเที่ยงสำหรับการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ ได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงเพื่อประเมินความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเที่ยงที่ประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.74 แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (GAD-7) มีค่าความเที่ยงที่ประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และสำหรับแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ได้ทดสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์ KR-20 ซึ่งพบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.69

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก เพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถิติกรรม 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และ 3) แบบประเมินภาวะวิตกกังวลเวลาในการศึกษา เริ่มตั้งแต่มีแผนการรักษาด้วยการส่งกล้องปากมดลูก จนถึงวันมารับการส่งกล้องปากมดลูก จัดเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำไปพร้อม ๆ กัน มีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการ และ 2) ขั้นตอนดำเนินการ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนเตรียมการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้
กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการพบกลุ่มตัวอย่างสองครั้ง และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ครั้งที่ 1 (ในวันที่ฟังผลการตรวจหรือมีผลตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกจากโรงพยาบาลอื่น) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถิติกรรม ข้อมูล (pre - test) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และประเมินภาวะวิตกกังวล กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติคือได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการส่งกล้องปากมดลูก การติดต่อเลื่อนนัดกรณีมีประจำเดือนตรงกับวันนัด

ครั้งที่ 2 (วันที่มาตรวจส่งกล้องปากมดลูก) เก็บรวบรวมข้อมูล (post-test) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ปากมดลูก แบบสอบถามพฤติกรรมกำป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประเมินภาวะวิตกกังวล บันทึกการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และในวันดังกล่าวผู้วิจัยให้โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเหมือนกลุ่มทดลอง กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการพบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ครั้งที่ 1 (วันที่ฟังผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกหรือมีผลตรวจจากโรงพยาบาลอื่น) เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติกรรมข้อมูล (pre-test) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมกำป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประเมินภาวะวิตกกังวล และให้โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยให้เป็นรายบุคคล ใช้เวลาคนละประมาณ 20-30 นาที

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการส่องกล้องปากมดลูก แนะนำให้ดูสถานที่จริงพร้อมมอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องปากมดลูก และเสริมแรงจูงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด

กิจกรรมที่ 3 การกระตุ้นเตือนด้วยโทรศัพท์ ก่อนถึงวันนัดตรวจ 1 สัปดาห์

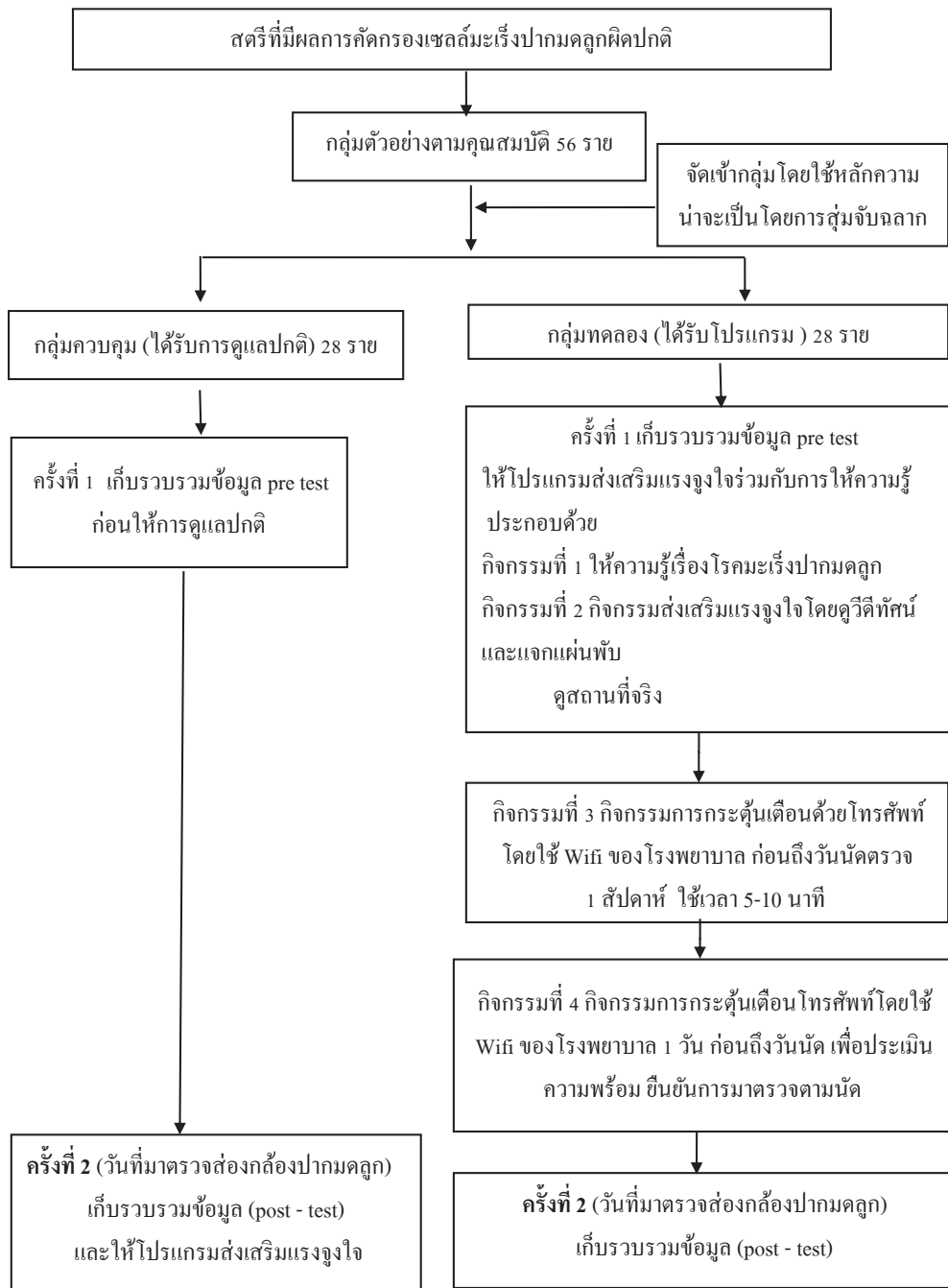
กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ 1 วัน ก่อนถึงวันนัด เพื่อประเมินความพร้อมยืนยันการมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 2 (วันที่มาตรวจส่องกล้องปากมดลูก) เก็บรวบรวมข้อมูล (post-test) โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมกำป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และแบบประเมินภาวะวิตกกังวล กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยบันทึกการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกแสดงถึงภาพที่ 2

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ หมายเลขโครงการ HYHEC 078-66-01 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยย้ำถึงการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับใด ๆ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังได้รับเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสอ่านคำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถามและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างประสงค์จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย สามารถดำเนินการได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการหรือการดูแล ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปตามหลักจริยธรรมในการวิจัยเพื่อคุ้มครองสิทธิ์และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความวิตกกังวล และอัตราการมาส่งกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรม SPSS และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ถูกตรวจสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์ t-test ซึ่งประกอบด้วย การแจกแจงปกติของข้อมูล ความแปรปรวนที่เท่ากัน และความเป็นอิสระของตัวอย่าง ทำให้สามารถใช้สถิติ t-test ได้อย่างเหมาะสมในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และความวิตกกังวลโดยใช้สถิติอนุมาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ภายในกลุ่มด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบอัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีช่วงอายุใกล้เคียงกันที่ 25-63 ปี (กลุ่มทดลองเฉลี่ย 42.9 ปี และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 42.2 ปี) โดยสถานภาพสมรสคู่เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในทั้งสองกลุ่ม การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างกระจายตัวใกล้เคียงกันทุกระดับ สำหรับอาชีพ พบว่าทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพลูกจ้างบริษัทเอกชนและธุรกิจส่วนตัว ในสัดส่วนที่เท่ากัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ในด้านข้อมูลทางพฤติกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย และทั้งสองกลุ่มมีประวัติการใช้ยาคุมกำเนิดในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ขณะที่ไม่มีเพียงกลุ่มทดลองที่รายงานประวัติครอบครัวที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ อายุเฉลี่ยของการตั้งครรภ์ครั้งแรกและประวัติการแท้งของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.50$) ข้อมูลที่น่าสนใจในรายละเอียดเพิ่มเติมสามารถดูได้ในตารางที่ 1

ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความวิตกกังวล และอัตราการมาส่งกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างและผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถิติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 56)

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถิติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 28)	กลุ่มควบคุม (n = 28)	t/ χ^2	p-value
อายุ (ปี) M(SD)	42.9 (9.7)	42.2 (10.5)	1.231 ^a	0.223
สถานภาพสมรส			3.506 ^b	0.538
โสด	0 (0)	2 (7.1)		
คู่	24 (85.7)	20 (71.4)		
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	4 (14.3)	6 (21.5)		
การศึกษา			2.643 ^b	0.466
ประถมศึกษา	2 (7.1)	3 (10.7)		
มัธยมศึกษา	7 (25.0)	12 (42.9)		
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	13 (46.4)	9 (32.1)		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	6 (21.4)	4 (14.3)		
อาชีพ			5.884 ^b	0.117
เกษตรกรกรรมและงานบ้าน	2 (7.1)	7 (25.0)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7 (25.0)	2 (7.1)		
ลูกจ้างบริษัทเอกชน	10 (35.7)	10 (35.7)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9 (32.1)	9 (32.1)		
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน M (SD)	27,643 (4,425.5)	17,196.4 (6,992.5)	1.233 ^a	0.245
จำนวนการตั้งครรภ์ M(SD)	2.6 (1.4)	2.3 (1.4)	0.739 ^a	0.399
จำนวนครั้งการคลอดบุตร M(SD)	2.1 (1.4)	1.9 (1.0)	0.630 ^a	0.835
ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด			0.716 ^d	0.397
ไม่ใช้	20 (71.4)	17 (60.7)		
ใช้	8 (28.6)	11 (39.3)		
ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว			N/A	
ไม่มี	27 (96.4)	28 (100)		
มี	1 (3.6)	0 (0)		
ตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุ M(SD)	24.8 (3.7)	23.3 (5.8)	1.217 ^a	0.516
ประวัติการแท้งบุตร M(SD)	0.6 (0.9)	0.4 (0.6)	1.162 ^a	0.323

หมายเหตุ ^aIndependent t-test, ^bLikelihood ratio test, ^cChi-square test, ^dFisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคมะเร็ง ความวิตกกังวล และอัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หลังได้รับโปรแกรมดี

กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (N = 56)

	กลุ่มทดลอง (n=28) กลุ่มควบคุม (n=28)		t	p-value
	M (SD)	M (SD)		
พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก				
ก่อนได้รับโปรแกรม	60.93 (7.7)	61.11(8.0)	-082 ^b	0.935
หลังได้รับโปรแกรม	75.57 (5.1)	64.89 (10.0)	-5.027 ^b	<0.001
t	-8.72 ^a	-3.53 ^a		
p-value	<0.001	<0.01		
ความวิตกกังวล				
ก่อนได้รับโปรแกรม	15.9 (4.9)	15.3 (5.1)	0.448 ^b	0.967
หลังได้รับโปรแกรม	11.6 (2.9)	14.7 (5.1)	2.719 ^b	0.027
t	6.213 ^a	-1.438 ^a		
p-value	<0.001	0.161		

หมายเหตุ ^aPaired t-test ^bIndependent t-test

3. จากการเปรียบเทียบอัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีอัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดสูงถึง ร้อยละ 92.9 ขณะที่ไม่มาตรวจตามนัดเพียง ร้อยละ 7.1 สำหรับกลุ่ม

ควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีอัตราการมาตรวจตามนัด ร้อยละ 78.5 และไม่มาตรวจตามนัด ร้อยละ 21.5 ผลการวิเคราะห์พบว่า อัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 56)

การมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด	กลุ่มทดลอง (n=28)	กลุ่มควบคุม (n=28)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
มาตรวจตามนัด	26 (92.9)	22 (78.5)	0.812 ^a	.003
ไม่มาตรวจตามนัด	2 (7.1)	6 (21.5)		

หมายเหตุ ^aFisher's exact test

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น ระดับความวิตกกังวลลดลง อัตราการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการป้องกันเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากการได้รับการดูแลตามปกติที่ได้ข้อมูลในเรื่องโรคและการดูแล แต่ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลที่ดีกว่าทั้งนี้จาก การใช้โปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers¹⁰ ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง และความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและกระตุ้นให้สตรีเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ซึ่งวิธีนี้ช่วยลดความเสี่ยงจากการพัฒนาโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงมากขึ้น และจากการศึกษาของ Ghasemi et al.¹⁸ สนับสนุนผลการศึกษาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้โมเดลข้อมูล-แรงจูงใจ-ทักษะพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skills Model) พบว่าการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเชิงพฤติกรรม สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเชิงบวก เช่น การเข้ารับการตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การใช้โปรแกรมที่มีการติดตามผล เช่น การโทรศัพท์กระตุ้นเตือนและการใช้สื่อออนไลน์ ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษานี้ยังเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วนเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น สาเหตุการเกิดของโรค รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ช่วยให้สตรีมีความรู้เพิ่มขึ้นและเข้าใจวิธีป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง การได้รับข้อมูลที่เพียงพอส่งผลให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด การสนับสนุนจากสื่อ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มเพื่อน และญาติยังมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้สตรีปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าการให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคม และการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มการรับรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{13,19}

2. ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองที่เริ่มต้นตั้งแต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจนถึงการส่องกล้อง มีการเสริมแรงจูงใจตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในโปรแกรม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย การแสดงออกถึงความจริงใจยอมรับเห็นใจให้กำลังใจและเอื้ออาทร มีบทบาทสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวล เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย ไว้วางใจ และเปิดรับการ

ให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ การให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและชัดเจน รวมถึงการเยี่ยมชมสถานที่จริงและการตอบคำถามโดยตรง ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเอง ลดความไม่แน่นอน และเสริมสร้างความมั่นใจในกระบวนการรักษา งานวิจัยของ Chotpadiwetkul⁹ ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับผลการศึกษานี้โดยพบว่า การให้คำปรึกษาร่วมกับการดูแลตามปกติช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยดังกล่าวเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการตอบคำถามที่เฉพาะเจาะจง เช่น การอธิบายเรื่องการตัดสินใจ การปวดขณะทำหัตถการ การมีเพศสัมพันธ์ หรือการปฏิบัติตัวหลังการส่องกล้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วย (patient-centered care) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศของ Ghasemi et al.¹⁸ ที่ใช้โมเดล Information-Motivation-Behavioral Skills Model พบว่าการให้ข้อมูลเชิงลึกและการสร้างแรงจูงใจผ่านการสื่อสารสองทางและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ โมเดลดังกล่าวมุ่งเน้นการเพิ่มความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการศึกษาของ Kew, et al.²⁰ ยังพบว่า การให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เน้นความเข้าใจในขั้นตอนการรักษาและความคาดหวังของผู้ป่วย ช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และการสนับสนุนเชิงจิตวิทยา ในระหว่างกระบวนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

3. อัตราการเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมีอัตราการเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการส่งเสริมแรงจูงใจผ่านการให้ความรู้ การลดความกลัว และการสนับสนุนเชิงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers¹⁰ ซึ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง และความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวและการตัดสินใจเข้ารับการตรวจตามกำหนดเวลา การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Janjing, et al.¹¹ ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงการศึกษาของ Opad, et al.²¹ ที่รายงานว่า การใช้โปรแกรมลักษณะเดียวกันช่วยเพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัดอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การกระตุ้นเชิงพฤติกรรมโดยการเยี่ยมบ้านและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในงานของ Sakaew²² ยังช่วยสร้างแรงจูงใจในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Ghasemi, et al.¹⁸ ที่ใช้โมเดล Information-Motivation-Behavioral Skills Model สนับสนุนผลการวิจัยนี้โดยการสร้างแรงจูงใจผ่านการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางพฤติกรรมช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองได้อย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยที่ผ่านมาของ Boonrat, et al.²³ และ Piakhanta, et al.²⁴ ยังชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมและการใช้โปรแกรมเชิงสร้างสรรค์ เช่น การให้

ความรู้ผ่านสื่อที่หลากหลายและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยกระตุ้นการตัดสินใจและเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองในกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ การลดความกลัวผ่านการเยี่ยมชมสถานที่จริงและการสร้างความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญในการลดอุปสรรคด้านจิตวิทยาและพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการเข้ารับการตรวจส่งกล้องปากมดลูกตามนัดในกลุ่มทดลองจะเพิ่มขึ้น แต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะยาวว่าพฤติกรรมนี้จะยังคงอยู่หรือไม่ และปัจจัยอื่น ๆ เช่น ผลกระทบทางเศรษฐกิจหรือสังคมที่อาจมีบทบาทในพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถเพิ่มคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมการป้องกันโรค และลดระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจส่งกล้องปากมดลูกตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ($p < .01$) ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการสร้างความเชื่อว่ามะเร็งปากมดลูกมีความรุนแรงและอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้เกิดการตระหนักว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องสามารถลดความเสี่ยงและช่วยป้องกันการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ การส่งเสริมแรงจูงใจจึงควรถูกนำไปใช้เป็นแนวทางสำคัญในกลุ่มสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติเพื่อกระตุ้นให้เข้ารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในกระบวนการเก็บข้อมูล คือการที่ผู้วิจัยเป็นผู้ให้พยาบาลและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง อาจก่อให้เกิด

อคติอคติที่ไม่ตั้งใจ (observer bias) ซึ่งอาจมีผลต่อการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามหลักจริยธรรม โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ และยืนยันว่าไม่มีผลกระทบต่อการรักษา แต่ปัจจัยนี้ยังอาจลดความน่าเชื่อถือของข้อมูลบางส่วน เนื่องจากการมีส่วนร่วมโดยตรงของผู้วิจัยอาจส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองของกลุ่มตัวอย่างอย่างไม่ตั้งใจ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่อื่นที่มีบริบทด้านสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว เพื่อประเมินพฤติกรรมการมารับบริการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มสตรีที่มีผลการตรวจส่งกล้องปากมดลูกผิดปกติ รวมทั้งควรปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัย เช่น แผ่นพับและวิดีโอทัศน์ ให้มีความทันสมัย พร้อมทั้งพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่ายผ่านช่องทางการสื่อสาร เช่น การนำเสนอผ่านระบบไลน์ หรือการใช้ QR code เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเผยแพร่ข้อมูลและติดตามผล

2. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีปัจจัยคล้ายคลึงกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีการตรวจคัดกรองผิดปกติในโรคอื่น ๆ หรือกลุ่มที่ขาดการติดตามผลหลังการตรวจ เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลายอื่น จะช่วยให้โปรแกรมสามารถพัฒนาและตอบสนองความต้องการในวงกว้างได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 30]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
2. National Cancer Institute. Hospital-level cancer registry [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 10]. Available from: http://www.nci.go.th/th/th/File_download/Dindex/ptu/template.
3. Boonthum N, Suthutvoravut S. Prevalence, types, and associated factors of HPV infection among women with abnormal cervical cytology screening at Ramathibodi Hospital. *Rama Med J*. 2021; 44(3): 12-9. Thai.
4. Rueangkajorn I. Cervical cancer. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2018.
5. Laowhutanon P, Chaiweerawatana A, Imsamran W. Guidelines for screening, diagnosing, and treating cervical cancer. Bangkok: Kosit printing; 2018.
6. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Screening guidelines diagnosis and treatment of cervical cancer. Bangkok: Kosit printing; 2018.
7. Hatyai Hospital. Cervical cancer screening statistics: A retrospective review of the past 3 years. Hatyai, Thailand: Medical Records Department; 2023.
8. Intarasomwang C, Srisawad K. Competence of nurses in care over women's cervical cancer. *JKBU*. 2019; 20(1): 146-54. Thai.
9. Chotpadiwetkul T. The effect of counseling on anxiety in women with abnormal cervical cancer screening results. *J Public Health*. 2022; 15: 45-52. Thai.
10. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo JT, Petty RE, editors. *Social psychophysiology: A sourcebook*. New York: Guilford; 1983. p. 153-76.
11. Janjing S, Kerdmongkol P, Rawiworakul T. The effect of a protection motivation program on Pap smear screening among Muslim women health volunteers. *Thai J Health Educ*. 2019; 42(2): 52-61. Thai.
12. Apaipim B, Srisuriyawet R, Rattanaagreetakul S. The effects of a cervical cancer screening promoting program on cervical cancer screening behavior among village health volunteers. *Community Health Dev Q Khon Kaen Univ*. 2019; 7(3): 381-404. Thai.
13. Chansurai P, Pinchaleaw D, Keskomon T. The effects of a motivation-enhancing program with Line application on prevention behaviors and cervical cancer screening in Mueang Prachuap Khiri Khan District, Prachuap Khiri Khan Province. *Chula Univ Trop J*. 2021; 27(4): 65-76. Thai.
14. Sukkasem T, Wanaratwichit C. Effects of the program of applying protection and motivation theory and social support for cervical cancer screening among 30 to 60 year old women at Bannongkrod Health Center, Saklake District, Phichit Province. *Dis Control J*. 2021; 47(Suppl 1): 859-72. doi: <https://doi.org/10.14456/dcj.2021.75>. Thai.
15. Polit PF, Beck CT. *Nursing research: Generation and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
16. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. *Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 8th ed. New York, St. Louis; 2017.

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความวิตกกังวล
และอัตราการมาส่งกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ**

17. Hanmontri C, Kunnam N, Thumthaing A, et al. Factors influencing depression of fourth-year nursing students' families at Huachiew Chalermprakiet University during the COVID-19 pandemic. T JN. 2021; 3(3): e2693. Thai.
18. Ghasemi M, Savabi-Esfahani M, Noroozi M, et al. Prediction of cervical cancer screening: Application of the information-motivation-behavioral skills model. BMC Cancer. 2024; 24: 351. doi: 10.1186/s12885-024-04351-8.
19. Kosalvitrl T, Chareonyut N, Kanyakan K, et al. The effects of a motivation-enhancing program on the perception of cervical cancer at Dongbang Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani Province. JRIHS. 2017; 1(3): 18-30. Thai.
20. Kew S, Middleton L, Moodley J. Reducing cervical cancer fear through patient-centered education and counseling: A randomized controlled trial. Int J Women's Health. 2021; 13: 267-75. doi: 10.2147/IJWH.S291294.
21. Opad N, Kitsripisarn S, Bannaasarn B. The Effects of a motivation-enhancing program for the prevention of illness on the perceived prevention of cervical cancer and adherence to follow-up colposcopy among women with abnormal pap test results. JRTAN. 2018; 19(Suppl): 339-47. Thai.
22. Sakaew R, Thanasai J, Wannaprapan B. Effect of a health behavior promotion program for cervical cancer screening among 30 to 60 year old women at Nonglek Health Center, Sikhoraphum District, Surin Province. JBCNM. 2017; 23(1): 17-30. Thai.
23. Boonrat S, Benjakul S, Kengganpanich M, et al. Effects of a promoting program which applies a health belief model and social support on cervical cancer screening at Bungbhorn Sub-district Health Promotion Hospital, Nongsua District, Pathum Thani Province. TH J Health Edu. 2018; 41(2): 90-101. Thai.
24. Piakhanta S, Pinchaleaw D, Keskomon T. Effects of the motivation enhancing program on village health volunteers' participation in females' cervical cancer screening perceptions and prevention. J H Nsg Edu. 2022; 28(2): c258116 1-16. Thai.

การพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

ชนาภา แก้วสวย¹ พย. ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม² ปร.ด. (การพยาบาล), วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

สรยุทธ ชำนาญเวช³ พบ. วว. (ประสาทศัลยศาสตร์), ปร. ด. (วิศวกรรมชีวการแพทย์)

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (Aneurysmal subarachnoid hemorrhage, aSAH) ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 55 คน และผู้ป่วย aSAH จำนวน 5 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินความรู้และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติแบบบันทึกข้อมูลความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียนทันที และหลังใช้แนวปฏิบัติ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าแนวปฏิบัตินี้ประกอบด้วย การดูแล 4 ระยะคือระยะก่อนและหลังรักษา (ผ่าตัดหรือดูดหลอดเลือดโป่งพอง) ในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วยสามัญ และระยะวางแผนจำหน่าย พยาบาลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้เกือบครบถ้วน และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย aSAH หลังเรียนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ สูงขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 138.155, p = .001$) โดยไม่พบการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งหรือสมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่ศึกษา และมีอัตราการครองเตียงโรงพยาบาลเฉลี่ย ลดลงจาก 17.81 เป็น 16.8 วัน สรุป การมีแนวปฏิบัติทางคลินิก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ แต่ควรประเมินผลลัพธ์ในการใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 135-150

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ; การดูแล; โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

¹ผู้เข้าฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาตรี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

²รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: suchira.cha@mahidol.edu

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

วันที่รับบทความ 11 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 2 พฤศจิกายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 18 พฤศจิกายน 2567

Development and Feasibility Study the Usage of Clinical Practice Guidelines of Patients with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage

Chanapha Kaewsuay¹ M.N.S. (Adult Nursing)

Suchira Chaiviboontham² Ph.D. (Nursing), APMSN

Sorayouth Chumnanvej³ MD. (Neurosurgery), Ph.D. (Biomedical Engineering)

Abstract: This study aimed to develop and assess the feasibility of guidelines for patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage (aSAH) at a university hospital. The study included 55 nurses and 5 patients with aSAH. Data were collected using Nurse data record forms, Patient data record forms, Feasibility assessment forms for guideline implementation, Adherence record forms, and Clinical outcomes record forms. Descriptive statistics and Repeated Measures ANOVA were used for data analysis to compare the difference of knowledge score at pre, post training and after implementing a guideline at week 8. The study revealed that the guidelines covered 4 phases of care starting from pre and post treatment (operation or endovascular intervention) in the intensive care unit (ICU), recovery care in the general ward, and discharge planning. Nurses generally followed the guidelines closely and reported high satisfaction with their use. Notably, the average knowledge score of nurses regarding the care of aSAH patients significantly improved after training and guideline implementation ($F=138.155$, $p = .001$). There were no occurrences of cerebral vasospasm or ischemic stroke and reported the decrease in length of hospitalization rate from 17.81 to 16.8 days. So, implementing clinical practice guidelines would result in patients receiving care based on the standard, reducing clinical complications and the number of hospital days. However, the outcomes should be further evaluated in a larger sample size.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 135-150

Keywords: Guidelines; management; aneurysmal subarachnoid hemorrhage

¹Diplomate Candidate, Board Certified Training Program in Adult and Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok.

²Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok; Corresponding author, E-mail: suchira.cha@mahidol.edu

³Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok.

Received September 11, 2024; Revised November 2, 2024; Accepted November 18, 2024

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรชนอยด์ (aneurysmal subarachnoid hemorrhage: aSAH) เกิดจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดในสมองมีการโป่งพอง (cerebral aneurysm) ออกเป็นกระเปาะ ผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นบางลงและแตกง่าย ทำให้มีเลือดออกจากผนังของหลอดเลือดแดงที่โป่งพองอย่างฉับพลันในบริเวณใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรชนอยด์ (aneurysmal subarachnoid hemorrhage: aSAH) ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรง มีอุบัติการณ์รอบโลก 6.1 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี¹ และมีอุบัติการณ์ที่สูงมากในญี่ปุ่นและฟินแลนด์ คือ 28 และ 16.6 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปีตามลำดับ² โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราเสียชีวิตทันทีร้อยละ 26 อีกร้อยละ 13 เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล³ รวมถึงมีความพิการเนื่องจากความผิดปกติทางระบบประสาท (neurological deficits) ร้อยละ 50 ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบได้มากที่สุดและต้องการการรักษาเร็ว⁴⁻⁵ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยทำงานมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 40-60 ปี⁶ อาการแสดงที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน คลื่นไส้ อาเจียน และหมดสติ อาจพบอาการบกพร่องของระบบประสาทเฉพาะที่ร่วมด้วย หรือมีอาการของประสาทสมองคู่ที่ 3 อัมพาต (third cranial nerve palsy or oculomotor nerve palsy) ความรุนแรงของโรคในระยะแรกขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เลือดออก (duration of the bleeding) รวมถึงปริมาณของเลือดที่ออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรชนอยด์ ส่งผลต่อการบาดเจ็บระยะที่สอง (secondary injury) ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำ (re-bleeding) ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (hydrocephalus: HCP) ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: IICP) ภาวะ

หลอดเลือดแดงสมองหดเกร็ง (cerebral vasospasm) ภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง (delayed cerebral ischemia: DCI)⁷ เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากอยู่ในวัยทำงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อีกทั้งการหยุดทำงาน จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว⁸⁻⁹ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟู อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จะทำให้ลดการเกิดความพิการ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองและทำงานได้

การรักษาหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง มี 2 วิธี คือ การผ่าตัดหนีบหลอดเลือดที่โป่งพองโดยการเปิดกะโหลกศีรษะด้วยกล้องไมโครสโคป (Craniotomy and clipping aneurysm) และการฉีดสารรังสีทึบแสงเพื่อเอกซเรย์แล้วทำการอุดหลอดเลือดที่โป่งพองด้วยขดลวดหรือสารอุดหลอดเลือด (Endovascular embolization of the aneurysm)¹⁰⁻¹² ไม่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยวิธีใด โรงพยาบาลต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมประกอบด้วย การประเมินและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากตัวโรคและการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ได้แก่ หลอดเลือดแดงหดเกร็ง (Cerebral vasospasm) เป็นภาวะที่พบได้มากที่สุดโดยเกิดขึ้น ร้อยละ 60-75 เลือดออกซ้ำ (Re - Bleeding) พบได้ร้อยละ 15 - 25 ภาวะน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังคั่ง (Hydrocephalus) พบได้ร้อยละ 20 หลังจากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ภาวะชัก (Seizure) และเสียชีวิต (Dead) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia) หลอดเลือดดำลึกอุดตัน (Deep Vein Thrombosis)¹³ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูและฟื้นฟูของผู้ป่วย

จากสถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วย aSAH ของโรงพยาบาลรามาริบัติพบว่าผู้ป่วย aSAH เข้ารับการรักษาจำนวนมากขึ้นในทุก ๆ ปี จากการประมวลข้อมูลของหน่วยสถิติและเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี พ.ศ. 2561-2564 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเข้ารับการรักษาจำนวน 92, 87, 43 และ 31 ราย ตามลำดับ มีระยะวันนอนเฉลี่ย 17.81 วัน ค่ารักษา 376,814 บาท และพบการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งหรือสมองขาดเลือดร้อยละ 8.6 (งานสารสนเทศและสถิติ โรงพยาบาลรามาริบัติ ปี 2564) ซึ่งระยะวันนอนไม่ค่อยแตกต่างกับประเทศสหรัฐอเมริกา ระยะวันนอนตั้งแต่เฉลี่ย 17.3 ถึง 31.3 วัน แต่พบค่ารักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือประมาณ 373,353.94 ดอลลาร์สหรัฐ แต่จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วย aSAH พบว่าแพทย์มีแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วย aSAH แต่ยังไม่มีความชัดเจนทางคลินิกและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบชัดเจน การปฏิบัติของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติในงานประจำ (routine) ภายใต้อาณัติการรักษาของแพทย์ ปฏิบัติตามความรู้และประสบการณ์การทำงานของแต่ละคน การติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงยังมีการปฏิบัติไม่ครบถ้วน รวมถึงการให้ความรู้และข้อมูลกับผู้ป่วยหรือการสอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลพยาบาลต้องมีทักษะและความเชี่ยวชาญในการประเมินและการจัดการโดยการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีแบบแผน เท่าเทียม และเป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อการดูแลต่อเนื่องขณะรักษาและหลังจำหน่าย

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลและปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง

จึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย aSAH ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ระยะพักฟื้น และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ เป็นการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH)
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH)
3. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH)
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะวันนอนในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and development) โดยเลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชุด¹⁴ เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งมี 4 ระยะ ผู้วิจัยนำมาปรับให้เข้ากับบริบทโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered) และการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence support phase) ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำ

แนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence observed phase) ดังรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered) และการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence support phase) ประกอบด้วย

1. ทบทวนและรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) ได้แก่ การสำรวจความรู้ของพยาบาล การปฏิบัติงานของพยาบาลที่ยังไม่ถูกต้อง
2. ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Knowledge trigger) พิจารณาความรุนแรงขอปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษาได้จากการทบทวน บทความวิชาการ งานวิจัย

3. ทบทวนวรรณกรรมและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

4. จัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของการประเมินคุณภาพ และจัดระดับความเชื่อถือของหลักฐานการใช้เกณฑ์ระดับคำแนะนำและระดับของหลักฐานตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของ American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines (ACC/AHA)¹⁵ สรุปประเด็นของการวิจัยที่สืบค้น ตามกรอบของ PICO

ประชากรคือฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ และทางการพยาบาล 5 ฐาน ได้แก่ BMJ bestPractice, Pubmed, Ovid, และ Clinicalkey for Nursing และ Thaijo

กลุ่มตัวอย่าง (sample) คือ งานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ และทางการพยาบาล 5 ฐาน โดยตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ.2013 ถึงปี ค.ศ. 2023 (พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2566)

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นข้อมูลด้วย PICO มีคำสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ P (patient/population/problem): aneurysmal subarachnoid hemorrhage, aSAH, rupture cerebral aneurysm; I (intervention): craniotomy and clipping aneurysm, endovascular embolization of the aneurysm, Intervention, Management; C (comparison intervention): guideline; O (outcome): nursing knowledge, practice, feasibility, complication, length of stay ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 11 เรื่อง ผลการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามเกณฑ์ ACC/AHA พบว่ามีความน่าเชื่อถือระดับ A จำนวน 5 เรื่อง ระดับ B-NR (Nonrandomized) จำนวน 6 เรื่อง เนื้อหาของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH) ประกอบด้วยการดูแล 1) ระยะก่อนผ่าตัดหรืออุดหลอดเลือดในหลอดเลือดในหลอดเลือดได้แก่การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การประเมินระดับความรุนแรง การเตรียมพร้อมในด้านร่างกายและเอกสาร 2) ระยะหลังผ่าตัดหรืออุดหลอดเลือดในหลอดเลือดได้แก่การติดตามประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) ระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วยสามัญได้แก่การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมการฟื้นหาย 4) ระยะวางแผนจำหน่าย

2. ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติและแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence observed phase) ประกอบด้วย

1) ยกร่างแนวปฏิบัติเพื่อการการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (ยกร่างที่ 1)

2) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติและการตรวจสอบรูปแบบของ

แนวปฏิบัติฉบับร่างโดยผู้เชี่ยวชาญ ยกร่างแนวปฏิบัติฯ (ยกร่างที่ 2)

3) จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

4) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ติดตามประเมินทักษะด้านการปฏิบัติพยาบาล

5) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ โดยประเมิน ด้านกระบวนการ ประเมินจากความยุ่งยากซับซ้อน ปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน และประเมินด้านผลลัพธ์ โดยประเมินหลังจากนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้ได้แก่ 2 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล ความรู้ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง (สามัญ) ทุกคน รวมถึงผู้ป่วยเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติฯ ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 55 คน และผู้ป่วยเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH) ที่ได้รับการรักษาระหว่างในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงในช่วงดังกล่าว จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล คือผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตขึ้นไป ยินดีให้ความร่วมมือใน

การวิจัยครั้งนี้ และมีสติสัมปชัญญะ ไม่อยู่ในสภาวะที่เจ็บป่วย ไม่ได้รับประทานยาที่ทำให้วังงวม ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองหรือแตกและเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำไปทดลองใช้ ในระหว่างการศึกษาดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 55 คน ผู้ป่วย aSAH รายใหม่ที่ได้รับการรักษาในช่วงที่เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 5 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง จำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีร่วมรักษาระบบประสาท 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขา อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 ท่าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติ

โรคประจำตัว ยาประจำตัว การแพ้ยาหรืออาหาร และ 2) ข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยเป็นแบบประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วยระดับความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน ระยะวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตระยะวันนอนในโรงพยาบาล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลบุคลากร (พยาบาล) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการให้บุคลากรตอบตามแบบบันทึกที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การอบรม การดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง

1.3 แบบประเมินความรู้ของพยาบาล เพื่อประเมินความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรชนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมเนื้อหา พยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ การพยาบาลหลังอุดหลอดเลือดโป่งพองแตก การพยาบาลหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือดโป่งพองแตก การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงหดเกร็ง อาการแสดงของภาวะหลอดเลือดแดงหดเกร็ง โดยแบบประเมินนี้เป็นข้อคำถาม 10 ข้อ เลือกตอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนมารวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนมากหมายถึงมีความรู้มาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความรู้่น้อย ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ 0.89

1.4 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีข้อคำถาม 13 ข้อ

มีลักษณะคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นแบบลิเกิตสเกล (Likert scale) แต่ละข้อมีคะแนน 1-5 คะแนน โดย 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง 5 เห็นด้วยมากที่สุด โดยแปลผลจากค่าเฉลี่ยโดยรวมเป็นระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ (คะแนนสูงที่สุด คือ 5 คะแนน และคะแนนที่ต่ำที่สุด คือ 1 คะแนน) จากนั้นนำมาหาถึงกลางพิสัยโดยใช้สูตรการคำนวณช่วงกว้างของอันตรภาคชั้นเพื่อการแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.20 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.93

1.5 แบบบันทึกข้อมูลความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก สร้างโดยผู้วิจัยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนความดันในกะโหลกศีรษะสูง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดงหดเกร็ง การป้องกันภาวะติดเชื้อรวมถึงการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตัน และการจัดการภาวะไข้ โดยมีข้อคำถาม 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือก 2 แบบ คือ ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และ ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติฯ ได้ครบถ้วน ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.98

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จาก

หลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (teaching booklet) ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของหลอดเลือดที่โป่งพอง ลักษณะของหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก การรักษา และการพยาบาล ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 0.91

2. 2 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 เนื้อหาสาระแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

2.2.1 ระยะการดูแลก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จำนวน 9 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) การประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับความรุนแรงของเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์ 2) การป้องกันเลือดออกซ้ำ (RE-bleeding) 3) การป้องกันภาวะ Vasospasm & Delay cerebral ischemia (DCI) 4) การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial pressure, Hydrocephalus) 5) การประเมินและป้องกันภาวะปอดอักเสบ 6) การประเมินความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่และประเมินการทำงานของไต 7) การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 8) การประเมินการติดเชื้อ 9) ประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

2.2.2 ระยะหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การดูแลครอบคลุมการพยาบาล หัวข้อที่ 1 ถึง 8 โดยการพยาบาลข้อที่ 3) การป้องกัน

ภาวะ Vasospasm & Delay cerebral ischemia (DCI) โดยเพิ่มหัวข้อของการรักษาด้วยทฤษฎี Tripple H therapy ประกอบด้วย Hypertension keep SBP 120–160 mm.Hg, Hemodilution, Hypervolemia or Euvolemia

2.2.3 ระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยสามัญ ประกอบด้วย 3 หัวข้อย่อย ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับความรุนแรงของเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์ การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial pressure, Hydrocephalus) และการป้องกันภาวะ Vasospasm & Delay cerebral ischemia (DCI)

2.2.4 การวางแผนจำหน่ายดำเนินการตามแผนปกติ

ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในหน่วยงาน

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีติดต่อหัวหน้าหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อนำเสนอประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มทักษะของการดูแล และเกิดองค์ความรู้ใหม่เกิดขึ้น จากนั้นทำการวัดความรู้ของพยาบาลโดยใช้แบบประเมินความรู้ของพยาบาล ให้ความรู้พยาบาลโดยการสอนตามแนวทางของคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (teaching booklet) และนำเสนอแนวปฏิบัติให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย aSAH หลังให้ความรู้วัดความรู้ของพยาบาลอีกครั้งทันที จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

โดยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติข้างเตียงโดยการตรวจเย็บมทางพยาบาลหรือจับคู่ทำหัตถการแล้วบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกในระยะเวลาที่ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทุกคนได้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังจากการทดลองใช้จำนวน 8 สัปดาห์ วัดความรู้ของพยาบาลอีกครั้ง รวมถึงวิเคราะห์การใช้แนวปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย เลขที่ COA. MURA2023/536 เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้าร่วมวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และเมื่อตอบรับเข้าร่วมวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความเต็มใจ ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่สามารถสืบค้นระบุตัวผู้ตอบได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 21 มีรายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) ในการบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล และกลุ่มผู้ป่วยโดยเลือกใช้ตามลักษณะของข้อมูล ข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติและเรียงอันดับ เช่น เพศ ระดับการศึกษา ผลลัพธ์ทางคลินิก จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบอันตรภาคและสัดส่วน ได้แก่ การปฏิบัติของพยาบาล ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติมาใช้งาน ใช้การบรรยายด้วยค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนทันทีหลังให้ความรู้ และหลังใช้แนวปฏิบัติ 8 สัปดาห์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติอ้างอิง (inferential statistics) เนื่องจากเป็นการวัดซ้ำในกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน คือการวัดซ้ำในพยาบาลกลุ่มเดิมแต่ต่างเวลาขึ้นการ (Repeated Measures) ใช้สถิติวัดความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 โดยผ่านข้อตกลงเบื้องต้นคือ การกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่มเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) และเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance Matrix) ของคะแนนแต่ละกลุ่มมีความแปรปรวนเท่ากัน และความแปรปรวนร่วมเท่ากัน

ผลการศึกษา นำเสนอ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH) เนื้อหาของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH) ประกอบด้วย การดูแล 1. ระยะก่อนผ่าตัด หรืออุดหลอดเลือดในหลอดเลือดผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การประเมินระดับความรุนแรง การเตรียมพร้อมในด้านร่างกายและเอกสาร 2. ระยะ

หลังผ่าตัดหรืออุดหลอดเลือดในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การติดตามประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน 3. ระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมการฟื้นฟู 4. ระยะวางแผนจำหน่าย

2. ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH)

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 55 คน เป็นชาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 10.91) หญิง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 89.09) การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 52 คน (ร้อยละ 94.55) ปริญญาโทจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.45) ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 58.18) ไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการ

ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 41.82) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH) การทดสอบความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ การพยาบาล และ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ก่อนเรียน (pretest) หลังเรียนทันที (posttest) และหลังใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 2 เดือน โดยใช้แบบทดสอบชุดเดียวกัน จากผลการทดสอบพบว่า หลังได้เรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนเรียนโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังเรียน 8.76 (SD = .607) และค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเรียน 6.98 (SD = .828) และเมื่อเทียบคะแนนหลังเรียนทันที กับคะแนนหลังใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 2 เดือน คะแนนเฉลี่ย 8.64 (SD = .677) พบว่ามีคะแนนลดลงเล็กน้อย และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ก่อนก่อนเรียน หลังเรียนทันที และหลังใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 2 เดือน

การทดสอบ		Mean difference	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	F	df	Sig. (2-tailed)
ก่อนเรียน	หลังเรียนทันที	-1.782 [*]	.109	138.155	2	.000**
	หลังใช้แนวปฏิบัติ 2 เดือน	-1.655 [*]	.114	138.155	2	.000**
หลังเรียนทันที	หลังใช้แนวปฏิบัติ 2 เดือน	.127	.082	138.155	2	.128

**แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

3. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH)

ผลการประเมินการปฏิบัติของพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก พบว่า พยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติ ได้ครบถ้วนถูกต้อง มีบางข้อเท่านั้นที่ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน แต่ก็ปฏิบัติได้ผ่าน

เกณฑ์ได้แก่ ประเมินและจัดการภาวะไข้ได้เหมาะสม (ร้อยละ 89) จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ลำตัวตรงคอไม่พับงอ สะโพกงอไม่เกิน 90 องศา (ร้อยละ 73) ซึ่งส่วนใหญ่ลักษณะท่านอนที่พบคือ จัดศีรษะสูงได้ตามคำสั่งการรักษา แต่มีการปรับระดับเตียงยกเข้าขึ้นทำให้สะโพกงอเกิน 90 องศา ผู้วิจัยได้สอบถามถึงสาเหตุพบว่าเพื่อป้องกันผู้ป่วยไม่ให้ตัวไถลลงมา การไม่ทำหัตถการหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน (ร้อยละ 91) จากการสอบถามผู้วิจัยพบว่าต้องการทำหัตถการ

ให้เสร็จเร็ว ๆ ผู้ป่วยจะได้พักเร็วขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายให้พยาบาลเข้าใจว่าการทำหัตถการพร้อม ๆ กันเป็นการเพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วยอาจเป็นสาเหตุของความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ ในส่วนของประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

ในการศึกษานี้ ใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH) พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (n=55)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. แนวปฏิบัตินี้ทำให้ท่านมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก	4.84	0.37	เห็นด้วยมากที่สุด
2. แนวปฏิบัตินี้ช่วยให้ท่านดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์จากโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกได้อย่างครอบคลุม	4.85	0.36	เห็นด้วยมากที่สุด
3. แนวปฏิบัตินี้ช่วยให้ท่านสามารถตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว	4.85	0.23	เห็นด้วยมากที่สุด
4. คู่มือการใช้งานแนวปฏิบัติมีความชัดเจนเข้าใจง่าย	4.95 ¹	0.36	เห็นด้วยมากที่สุด
5. แนวปฏิบัติมีความทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้องตามหลักวิชาการ	4.85	0.26	เห็นด้วยมากที่สุด
6. แนวปฏิบัติช่วยในการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์พยาบาลเพื่อช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก	4.93 ²	0.26	เห็นด้วยมากที่สุด
7. แนวปฏิบัติเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก	4.93 ²	0.26	เห็นด้วยมากที่สุด
8. ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปเผยแพร่เพื่อให้เกิดประโยชน์กว้างขวางยิ่งขึ้น	4.91 ³	0.29	เห็นด้วยมากที่สุด
9. การใช้แนวปฏิบัติทำให้ฉันทเสียเวลา (-)	1.04	0.19	เห็นด้วยน้อยที่สุด
10. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทำให้ฉันทมีภาระงานมากขึ้น (-)	1.09	0.29	เห็นด้วยน้อยที่สุด
11. หากต้องการใช้แนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานต้องจัดหาบุคลากรเพิ่มเติม (-)	1.07	0.26	เห็นด้วยน้อยที่สุด
12. แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.18	0.61	เห็นด้วยมาก
13. ความพึงพอใจโดยรวมเมื่อท่านใช้แนวปฏิบัติ	4.62	0.49	เห็นด้วยมากที่สุด
รวม	4.44	0.51	เห็นด้วยมากที่สุด

4. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (ระยะวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะวันนอนในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีทั้งหมด 5 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80) ตำแหน่งที่พบการโป่งพองของหลอดเลือดและมีการแตกคือระบบไหลเวียนส่วนหน้า ruptured MCA aneurysm (ร้อยละ 60) คะแนนความรุนแรงของการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรนอยด์ ตั้งแต่แรกรับของ ฮันท์และเฮสส์ (Hunt and Hess scale) อยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 40) คะแนนความรุนแรงตามปริมาณเลือดในสมองที่พบจากการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Modified Fisher scale) ระดับ 4 (ร้อยละ 60) และความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (mWFNS) อยู่ในระดับ 4 (ร้อยละ 60) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 60) เกิดภาวะเลือดออกซ้ำ จำนวน 1 ราย ระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ระหว่าง 4-27 วัน หรือเฉลี่ยคือ 10.8 วัน ค่ามัธยฐานคือ 11 วัน ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 7-42 วัน หรือเฉลี่ยคือ 16.8 วัน ค่ามัธยฐานคือ 11 วัน เมื่อประเมินระดับ Modified Rankin Scale (mRS) วันนอนโรงพยาบาล พบว่าเป็นระดับความรุนแรงน้อย (คะแนน 1-3) มี 3 ราย แต่ระดับ mRS ในวันกลับบ้าน พบว่าระดับความรุนแรงน้อย เพิ่มขึ้นเป็น 4 ราย

อภิปรายผล

1. คุณภาพแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

จากผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เนื่องจากมีความทันสมัย เข้าใจง่าย อีกทั้ง มีการระบุการดูแลในแต่ละระยะทั้ง 4 ระยะอย่างชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เพิ่มขึ้น และช่วยในการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์พยาบาล เพื่อช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้การใช้แนวปฏิบัติฯ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีแบบแผน เท่าเทียม และเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ ส่งผลต่อการให้ความรู้และข้อมูลกับผู้ป่วย หรือการสอนทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เป็นระบบเดียวกัน ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติไปใช้จึงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

2. ความรู้ของพยาบาล

พยาบาลทุกคนมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ความรู้ของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thijs, et al¹⁶ ที่พบว่า การได้รับการสอน หรือการฝึกอบรมทำให้เพิ่มทักษะและความรู้ของพยาบาล พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมหรือพยาบาลที่มีอายุงานมากมีคะแนนความรู้ระดับค่อนข้างสูง ตรงกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Certified Registered Nurses, SCRNs) มีความรู้และสามารถใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม¹⁷ อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัตินี้ได้เพิ่มเติมส่วนสำคัญของความรู้เกี่ยวกับโรค การพยาบาล การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนมีการเฝ้าติดตามการใช้แนว

ปฏิบัติข้างเดียว ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และภายหลังเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้พยาบาลทั้งหมด มีคะแนนความรู้สูงกว่าความรู้ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ของ Phunawakul, et al¹⁸ และ Pukkungvayung and Sittipakorn¹⁹ พบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังอบรมการใช้แนวปฏิบัติมากกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญเมื่อพยาบาลมีระดับความรู้ที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความมั่นใจมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนมากขึ้นภายหลังได้รับการอบรม ทั้งนี้การศึกษอาบรมเพิ่มเติมช่วยให้พยาบาลได้รับความรู้ใหม่ ๆ บวกกับความรู้ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลที่มาจากประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง (Tacit knowledge) เพราะความสามารถทางการพยาบาลจะพัฒนาได้โดยการเรียนรู้ ฝึกฝนทั้งด้านความคิด และการปฏิบัติทำให้เกิดความเชี่ยวชาญมากขึ้นช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงบทบาทหน้าที่และได้รับความรู้มากขึ้น

3. ผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.1 ด้านพยาบาล

3.1.1 การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก

จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก พบว่าภายหลังใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้อง มีบางกิจกรรมที่

พยาบาลกลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่จะเกิดในพยาบาลที่มีอายุน้อยทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thungjaroenkul²⁰ จากการสังเกตของผู้วิจัยพบ พยาบาล 13 คน จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ลำตัวตรง คอไม่พับงอ สะโพกไม่เกิน 90 องศา ไม่ถูกต้อง จากการสอบถามของผู้วิจัยพยาบาลทุกคนทราบว่าต้องจัดทำนอนแบบไหน แต่กลัวผู้ป่วยตัวไหลลง จึงจัดทำนอนงอสะโพกและยกเข่าขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและสร้างความมั่นใจกับพยาบาลโดยทบทวนเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่สร้างจากการสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นเครื่องมือ ทั้งนี้หากพยาบาลขาดความมั่นใจสามารถปรึกษาผู้วิจัยได้

3.1.2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรชนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความเป็นไปได้เกี่ยวกับประโยชน์ต่อหน่วยงาน และนำไปใช้ได้จริงเหมาะสมกับสถานการณ์ นอกจากนี้พบว่าการใช้แนวปฏิบัตินี้ช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบความผิดปกติของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thaipakdee, et al²¹ ในการศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินและป้องกันภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ

ทำให้มีการเฝ้าติดตามอาการและสามารถพบความผิดปกติได้เร็ว รายงานแพทย์ได้เร็ว สื่อสารกับแพทย์ได้ตรงประเด็น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพิ่มเติมและแก้ไขได้ก่อนที่จะเกิดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติฯ นี้ ส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ป้องกันปัญหาและฟื้นฟูสภาพลดการกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายได้

ด้านผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง การนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา ทั้งก่อนและหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือด (Craniotomy with clipping aneurysm) หรืออุดเส้นเลือด (Cerebral angiogram with coil/ glue embolization) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสังเกตเฝ้าระวัง และติดตามอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง พยาบาลสามารถรายงานอาการเปลี่ยนแปลงต่อทีมแพทย์ได้ทันที ผู้ป่วยได้รับการตรวจและรักษาเพิ่มได้อย่างทันท่วงที เช่น ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและกำลังแขนขาตกลงจากเดิมทีมแพทย์ส่งผู้ป่วย CT-brain non contrast ภายใน 1 ชั่วโมงเมื่อได้รับการรายงาน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น จึงจัดการส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ทำให้ลดอาการแทรกที่ไม่พึงประสงค์และผู้ป่วยรอดชีวิตและฟื้นตัวได้เร็วขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้ และการศึกษาฯ นี้ พบมีอัตราการครองเตียงหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 10.8 วัน อัตราการครองเตียงโรงพยาบาล 16.8 วัน ซึ่งเป็นอัตราการครองเตียงที่ดีขึ้นจากสถิติเดิมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ (อัตราการครองเตียงโรงพยาบาล 17.81 วัน) แต่ยังคงสูงกว่าการศึกษาของ Angelika, Aslan and Elin⁹

ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการอุดหลอดเลือดด้วยขดลวด มีอัตราการครองเตียงโรงพยาบาล 14.5 วัน และการรักษาโดยการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดพบว่ามีอัตราการครองเตียงโรงพยาบาล 14.8 วัน อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจำนวน 3 ราย แต่ไม่พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งหรือสมองขาดเลือดระยะหลังเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติเดิมจากหน่วยสถิติและเวชสารสนเทศโรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี พ.ศ. 2564 ของโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งหรือสมองขาดเลือดระยะหลัง ร้อยละ 8.6 ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย aSAH ระยะวิกฤต ปัญหาที่พบบ่อยต้องได้รับการสังเกตเฝ้าระวังปัญหาและจัดการอาการอย่างเร่งด่วนจึงจะสามารถเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยได้ ควบคู่กับการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้

โดยสรุปเมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกใต้ชั้นอะแรนอยด์จากหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (aSAH) บุคลากรมีความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมถึงเป็นการศึกษาในผู้ป่วยเพียงกลุ่มเดียวในช่วงเวลาที่สั้น ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยน้อยลักษณะกลุ่มตัวอย่างไม่มีความหลากหลายในเรื่องของระดับความรุนแรง และศึกษาเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ยังไม่เห็นความแตกต่างชัดเจนของ

ผลลัพธ์ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการเกิดสมองขาดเลือดระยะหลัง และเนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนต้องกลับไปรักษากับโรงพยาบาลตามสิทธิ์ต้นสังกัดจึงไม่สามารถติดตามการรักษาต่อได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติเป็นระยะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ความรู้ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเพื่อให้มีความเป็นปัจจุบัน

2. ควรมีการติดตามประสิทธิผลที่ผู้ป่วยในระยะยาวภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน รวมทั้งการติดตามการปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่การจัดทำนอน การดูแลเสมหะ

3. ควรมีการนิเทศและกำกับติดตามผลหลังใช้แนวปฏิบัติไปแล้วมากกว่า 2 เดือน และผลลัพธ์ที่เกิดหลังจำหน่าย เช่น อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ความพิการ และค่าใช้จ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Etminan N, Chang HS, Hackenberg K, et al. Worldwide incidence of aneurysmal subarachnoid hemorrhage according to region, time period, blood pressure, and smoking prevalence in the population: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2019; 76: 588-97. doi: 10.1001/jamaneurol.2019.0006.
2. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. Heart disease and stroke statistics-2023 update: A report From the American Heart Association. *Circulation.* 2023; 147(8): e93-e621. doi: 10.1161/CIR.0000000000001123.

3. Hoh BL, Nerissa UK, Sepideh AH, et al. 2023 Guideline for the Management of Patients with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke.* 2023; 54(7): e314-70. doi: 10.1161/STR.0000000000000436.
4. Rass V, Helbok R. Early brain injury after poor-grade subarachnoid hemorrhage. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2019; 19(10): 78. doi: 10.1007/s11910-019-0990-3.
5. Neifert SN, Chapman EK, Martini ML, et al. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: The last decade. *Transl Stroke Res.* 2021; 12(3): 428-46. doi: 10.1007/s12975-020-00867-0.
6. Fuentes AM, McGuire LS, Amin-Hanjani S. Sex differences in cerebral aneurysms and subarachnoid hemorrhage. *Stroke.* 2022; 53(2): 624-33. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.037147.
7. Oezguer AO, Gereon RF, Joji BK, et al. Aneurysmatic subarachnoid hemorrhage. *Neurol Res Pract.* 2019; 29(1): 15. doi: 10.1186/s42466-019-0015-3.
8. Mualem W, Durrani S, Ghaith AK, et al. Factors associated with increased inpatient charges following aneurysmal subarachnoid hemorrhage with vasospasm: A nationwide analysis. *Clin Neurol Neurosurg.* 2022; 218: 107259. doi: 10.1016/j.clineuro.2022.107259.
9. Angelika S, Aslan L, Elin W. Return to work after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Front Neurol.* 2024; 15: 1401493. doi: 10.3389/fneur.2024.1401493.

10. Bsai S, Bsai A, Tamim H, et al. Safety of stent-assisted coiling for the treatment of wide-necked ruptured aneurysm: A systematic literature review and meta-analysis of prevalence. *Interv Neuroradiol.* 2022; 26(5): 547–56. doi: 10.1177/1591019920945059.
11. Pierot L, Barbe C, Herbreteau D, et al. Rebleeding and bleeding in the year following intracranial aneurysm coiling: Analysis of a large prospective multi center cohort of 1140 patients: Analysis of Recanalization after Endovascular Treatment of Intracranial Aneurysm (ARETA) Study. *J Neurointerv Surg.* 2020; 12(12): 1219–25. doi: 10.1136/neurintsurg-2020-015971.
12. Ten Brinck MFM, Shimanskaya VE, Aquarius R, et al. Outcomes after flow diverter treatment in subarachnoid hemorrhage: A meta-analysis and development of a clinical prediction model (OUTFLOW). *Brain Sci.* 2022; 12(3): 394. doi: 10.3390/brainsci12030394.
13. Ozlem KD, Vincent B. Management of Aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage and its Complications: A Clinical Guide. *Turk J Anaesthesiol Reanim.* 2023; 51(3): 170–8. doi: 10.4274/TJAR.2023.231205.
14. Soukup SM. Evidence-based Practice Model Promoting the Scholarship of Practice. In SM Soukup & CF Beason Eds. *Nursing Clinic of North America.* Philadelphia :WB Saunders; 2000
15. Halperin JL, Levine GN, Al-Khatib SM, et al. Further Evolution of the ACC/AHA Clinical Practice Guideline Recommendation Classification System: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. 2016; 67(13): 1572–1574. doi: 10.1016/j.jacc.2015.09.001.
16. Thijs VH, Roelof GAE, Harmieke VOM, et al. Educational intervention to increase nurses' knowledge, self-efficacy and usage of telehealth: A multi-setting pretest-posttest study. *Nurse Educ Pract.* 2021; 51: 102924. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102924.
17. Fant GN, Lakomy JM. Timeliness of Nursing Care Delivered by Stroke Certified Registered Nurses as Compared to Non-Stroke Certified Registered Nurses to Hyperacute Stroke Patients. *J Neuros Nurs.* 2019; 51(1): 54–9. doi: 10.1097/JNN.0000000000000414.
18. Phunawakul S, Reungsri N, Montarak O, et al. The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Surgery from Traumatic Brain Injury in Phichit Hospital. *J DMS.* 2017; 42(6): 102–8. Thai.
19. Pukkungvayung P, Sittipakorn S. The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Increased Intracranial Pressure in Patients with External Ventriculostomy at Roi-ed Hospital. *JNH.* 2021; 39(1): 98–107. Thai.
20. Thungjaroenkul P. Systematic Management for Patient Safety Achievement. *Nursing Journal CMU.* 2019; 45(2): 148–56. Thai.
21. Thaipakdee S, Phinitkhajorndech N, Chaiviboontham S. A Study of the Feasibility of Clinical Nursing Practice Guidelines for Assessment and Prevention of Acute Kidney Injury in Critical Surgical Patients. *JRTAN.* 2022; 23(1): 313–22. Thai.

การประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มี ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์¹ ปรด.(ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค)

พยม.,APN.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

บทคัดย่อ: ประเทศไทยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของสูงติดอันดับ 3 ของโลก กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความคล้ายคลึงกันคือ มีมุมมองปัญหาในทางลบขาดทักษะในการแก้ปัญหาอารมณ์หุนหันพลันแล่น และมีตัวเร่งสำคัญจากความคิดและการรับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มีความเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การฆ่าตัวตาย แต่การฆ่าตัวตายไม่ใช่โรคร้ายสามารถป้องกันได้ถ้ามีด่านกั้นและระบบการเฝ้าระวังที่ดี มีปัจจัยปกป้องที่เข้มแข็ง ผู้ป่วย ญาติ ผู้ใกล้ชิด ต้องรับรู้และเข้าใจในปัญหาและสาเหตุจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดและแบบแผนการบำบัดจากการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ภายใต้ตัวแบบ 5 ปัจจัย ประยุกต์ใช้ในการศึกษาโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดทุกขั้นตอนช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเป็นผู้แก้ปัญหาเองได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการระบุปัญหาและมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก เพิ่มการฝึกทักษะแก้ปัญหาซ้ำ ๆ อย่างสร้างสรรค์และมีเหตุผลให้มากขึ้นในแต่ละวัน การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่มากขึ้นที่ขั้นตอนจนสามารถกำกับตนเองได้ มีการวางแผนที่ดีและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำลงได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 151-164

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญหา; ผู้ป่วยจิตเวช; ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย; พยายามฆ่าตัวตาย

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: tu.akk@hotmail.com
วันที่รับบทความ 14 กรกฎาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 7 พฤศจิกายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 9 พฤศจิกายน 2567

Applying the Problem-Solving Therapy Program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors

Akkaradech Klinpiboon¹ Phd.(Regional Development Strategies)

M.N.S. APN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Abstract: Thailand is the 3rd highest in the global ranking of suicide rates. Furthermore, 45% of psychiatric patients were found to be at high risk of suicide. Risk factors were found to include having a negative view of the problem, inappropriate problem-solving skills, impulsive feelings, low self-worth, denial and avoidance of problems, stress and depression. Suicide is not a terrible disease and can be prevented by having a good protective and monitoring system. Patients, family and significant people must clearly perceive and understand the problems and their causes, and this will enable to provide immediate assistance. This article aims to describe the concept and therapeutic scheme innovated from research and development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS) under the 5-factor model. A case study is applied in which patients are engaged in every step of therapy, helping them to learn and solve problems effectively through the process of identifying the problems and having a positive view of them, and also increasing the problem-solving skill with creative options and logical thinking skills on a daily basis. Supporting patients to increase their problem-solving skills step-by-step until they can direct themselves, initiating a good plan, and finding ways to solve their problems effectively would help patients to gain more problem-solving skills, and this can reduce suicidal thoughts and behaviors.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 151-164

Keywords: Problem-solving therapy; psychiatric patients; suicidal ideation and behavior; attempted suicide

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Chalermsak University, Sisaket; Corresponding author, E-mail: tu.akk@hotmail.com
Received July 14, 2024; Revised November 7, 2024; Accepted November 9, 2024

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45 โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจากสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์จะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น¹ การฆ่าตัวตายสำเร็จจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น ดันกันและการเฝ้าระวังล้มเหลว มีปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนั้นมีความหลากหลายและซับซ้อนอย่างมากทั้งด้านจิตวิทยา สังคม ชีวภาพ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เช่น ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีบุคลิกภาพพุนหันพลันแล่น พฤติกรรมก้าวร้าว มองปัญหาในทางลบ หลีกเลี่ยงปัญหา ตนเองหรือครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีโรคร่วม มีบาดแผลทางใจ (PTSD) มีภาวะซึมเศร้า ถดถอยทางสังคมหรือแยกตัวเองซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ¹ และมีปัจจัยกระตุ้นที่เป็นตัวเร่งสำคัญคือปัญหาล้มพันธุระหว่างบุคคล รองลงมาคือปัญหาเศรษฐกิจ¹ เช่น สูญเสียความสัมพันธ์กับคนสำคัญในชีวิต ล้มเหลวในงาน รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังไร้คุณค่า รับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย² การกลั่นแกล้งกันในโลกออนไลน์ (cyberbullying) และการยึดติดอยู่กับกิจกรรมบางอย่างที่ยาวนานเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป³ การมีปัจจัยปกป้องที่ดี เช่น มีชุมชนเข้มแข็ง มีชมรมหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีการพัฒนาทักษะชีวิตและอาชีพ ร่วมกับมีด่านกันและมีระบบเฝ้าระวังป้องกันที่ดีจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้

ปัจจุบันมีกลยุทธ์สำคัญ เช่น จำกัดการเข้าถึงวิธีการที่เป็นอันตราย การรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม⁴ ที่มีรูปแบบและวิธีการบำบัดหลากหลายวิธี พบว่าลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵

แต่ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำและทำสำเร็จได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁶ ซึ่งมีปัจจัยสาเหตุด้านตัวบุคคล และด้านความสัมพันธ์ เช่น มีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ ขาดทักษะแก้ปัญหา ใช้วิธีการแบบพุนหันพลันแล่นหรือหลีกเลี่ยงปัญหา และเคยพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้⁷⁻⁸ สอดคล้องกับสมมติฐานของ D’Zurilla and Nezu⁶ ที่เสนอว่าบุคคลที่คิดฆ่าตัวตายก็เนื่องมาจากมีทักษะในการแก้ปัญหาไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม และไม่สามารถแก้ปัญหาได้ มักมีมุมมองต่อปัญหาของตนเองในทางลบและแก้ปัญหาแบบพุนหันพลันแล่น ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นความเสี่ยงสำคัญและมีความยุ่งยากซับซ้อนในระบบบริการสุขภาพ ที่สำคัญส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ และคนใกล้ชิดเป็นอย่างมาก ผู้ที่สูญเสียต้องมีชีวิตอยู่กับความโศกเศร้า รู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา ถ้ารอดชีวิตอาจเกิดความรู้สึกผิดถูกมองว่าสร้างปัญหาให้คนอื่น จึงพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และทำไปในทางที่รุนแรงขึ้นจนเสียชีวิตหรือเกิดความพิการ ผลต่อสังคมสามารถสร้างความสะเทือนขวัญได้และอาจเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และเมื่อต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยในปี พ.ศ. 2561 พบมูลค่าที่ประเทศต้องสูญเสียในเชิงเศรษฐศาสตร์สูงถึง 16,000 ล้านบาท⁹

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการประยุกต์ใช้แนวคิดและองค์ประกอบของ PST จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของ D’Zurilla and Nezu⁶ และ Tapinta, Sakulphan and Inthong¹⁰ ซึ่งนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁷ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ที่มาของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy: PST)

PST มีประวัติการใช้มายาวนาน ทั้งในทางคลินิกและไม่ใช่ทางคลินิก ในทุกกลุ่มประชากร และบุคคลทุกเพศทุกวัย ชื่อที่ใช้ครั้งแรกเรียกว่า “โปรแกรมการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์”⁶ ประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานสำคัญ 3 ประการคือ 1) คิดแบบสร้างสรรค์ 2) ใช้วิธีการบำบัดเชิงบวก 3) ใช้กระบวนการคิดและการควบคุมตนเอง ด้วยเทคนิคการระดมความคิดที่หลากหลายเพื่อกระตุ้นสมองให้คิดอย่างสร้างสรรค์ในประสิทธิภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง

หลังปี ค.ศ. 1970 PST ได้ถูกนำมาใช้ทางคลินิกและให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือเด็กและผู้ใหญ่ในหลากหลายรูปแบบ ที่นิยมกันแพร่หลายคือรูปแบบการแก้ปัญหของ D’Zurilla and Goldfried¹¹ ที่เน้นฝึกทักษะการสำรวจและระบุปัญหาที่แท้จริง การพิจารณาทางเลือกและลงมือปฏิบัติ การประเมินผลการแก้ปัญหา ต่อมาใช้ประเมินความผิดปกติทางจิตวิทยา พฤติกรรมและภาวะสุขภาพในกลุ่มประชากรทั้งเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบเดี่ยว ๆ และ/หรือเป็นองค์ประกอบในการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งกลยุทธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นโปรแกรมการป้องกันทางคลินิกและไม่ใช่ทางคลินิกที่หลากหลายในสถานบริการปฐมภูมิ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมมนาและหลักสูตร หรือทางวิชาการ รวมถึงการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม คู่สมรสและครอบครัว ผู้ที่มีปัญหาการปรับตัวและความผิดปกติที่หลากหลาย โรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวล ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด ปัญหาการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญญาอ่อน มะเร็งและปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ⁶

การรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ช่วยเพิ่มความสามารถและสร้างความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหของผู้ป่วย ซึ่งตามทฤษฎีใหม่ของ PST และแนวทางการรักษาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นมาในช่วงเวลานี้ต่างก็ใช้มุมมองในเชิงบวกเพื่อพัฒนาความสามารถของแต่ละคนในการเรียนรู้และการทำหน้าที่ที่ดีกว่า แม้ว่าคน ๆ นั้นจะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน¹²

ในปีค.ศ. 2007 D’Zurilla and Nezu⁶ พัฒนาการบำบัดโดยการแก้ปัญหาขึ้นอีกครั้งโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาใช้สนับสนุนกรอบแนวคิดความเครียดและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (stress-diathesis model) มีแนวคิดว่าการที่บุคคลได้ตอบโต้กับความเครียดในชีวิต มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตเวชและพัฒนาให้เป็นการบำบัดที่กระชับขึ้นใช้เวลาสั้น ๆ เพียง 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาทีโดยเน้น “การระบุปัญหา” ในขั้นตอนการแก้ปัญหาและมีการ “ฝึกทักษะแก้ปัญหาใหม่ ๆ” ในแต่ละช่วง ซึ่งเหมาะกับการบำบัดรายบุคคล แต่สามารถใช้บำบัดแบบกลุ่มได้ รวมทั้งใช้ในรูปแบบโทรศัพท์และเทคโนโลยีวิดีโอแชท ซึ่งเป็นการช่วยเหลือแบบประคับประคอง¹³

การบำบัดด้วย PST จึงไม่ต้องใช้เวลาฝึกทักษะที่ยาวนาน¹⁴ มีจุดเน้นหรือความพิเศษที่ลดการใช้ความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยลง¹⁵ และมีความยืดหยุ่นในเงื่อนไขการบำบัด รวมทั้งจำนวนครั้งที่ใช้บำบัด จึงมีประโยชน์ในดูแลและจัดการปัญหาที่มีความท้าทายที่หลากหลายทั้งปัญหาในทางจิตเวชและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำหรับใช้ในผู้สูงอายุในชุมชน ในหน่วยปฐมภูมิและการดูแลที่บ้าน สามารถใช้บำบัดเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และการรักษา ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล⁶

แนวคิดการบำบัดด้วย PST

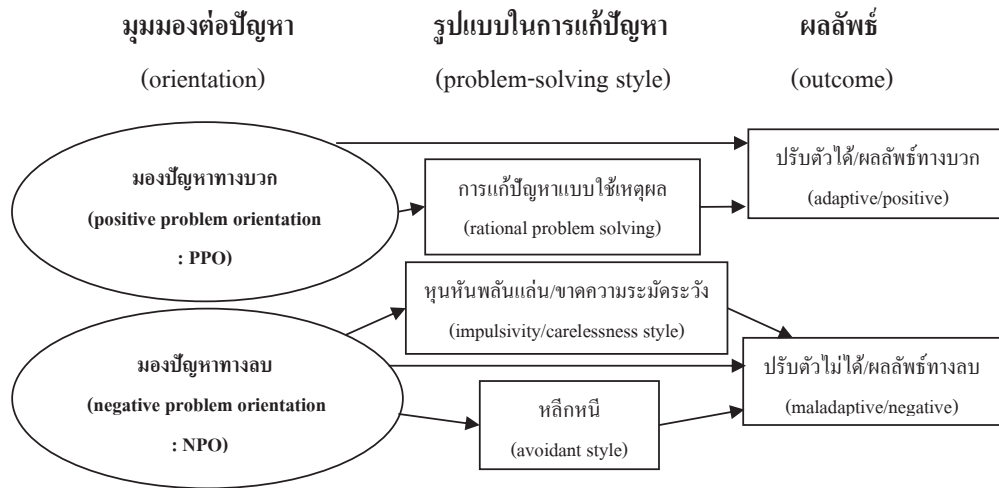
จุดเด่นของ PST คือ มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถปรับ “มุมมองต่อปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO)” ให้เป็น “มุมมองต่อปัญหาในทางบวก (positive problem orientation: PPO)” และใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ “แบบมีเหตุมีผล” และเพิ่มการฝึกทักษะแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งลดความเครียดและอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลง

บุคคลที่มี “มุมมองต่อปัญหาในทางลบ” จะทำให้รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิต มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา และรับรู้ไปในทางลบว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ทำให้รับรู้ในศักยภาพของตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์เกินกว่าจะรับไว้และมีแนวโน้ม “หลีกเลี่ยงปัญหา (avoidant)” คิดว่าปัญหาของตนเองเป็นเรื่องใหญ่และไม่มีทางออกของปัญหา จึงหลีกเลี่ยงในการแก้ปัญหา และคาดหวังว่าปัญหานั้นจะคลี่คลายด้วยตัวของมันเองเมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง แต่สุดท้ายมักพบว่าปัญหาทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุดหนึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตได้เดินมาสู่ทางตัน ปัญหายังคงอยู่ไม่ได้รับการแก้ไข และมีแนวโน้มที่แย่ลง มีความกังวลเพิ่มมากขึ้น คิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกทางเดียวของปัญหา หรืออีกทางหนึ่งใช้การแก้ปัญหาแบบ “หุนหันพลันแล่น (impulsivity)” ซึ่งเป็นวิธีการแบบร้อนรน ไม่มีระบบ ไม่มีการวางแผนอย่างระมัดระวังในการเข้าหาปัญหา ซึ่งเกิดจากการไม่ยั้งคิด ตัดสินใจเร็วโดยไม่รอคิดทบทวนหลาย ๆ ทางก่อน คิดว่าทางออกของปัญหามีเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้

กระทำไปแล้ว ใช้วิธีการไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา และใช้วิธีการฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาเหล่านั้น

ดังนั้น เมื่อทำการบำบัดด้วย PST ผู้บำบัดต้องใช้เทคนิคการมุ่งเน้นให้บุคคลมี “มุมมองต่อปัญหาในทางบวก” โดยใช้กลยุทธ์ส่งเสริมความสามารถของแต่ละบุคคล เพิ่มการมองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริงให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดมุมมองต่อปัญหาในเชิงสร้างสรรค์และส่งเสริมความคิดเชิงบวกโดยการยอมรับและรับรู้ในอารมณ์เมื่อมีปัญหาและใช้อารมณ์เชิงลบที่จะเตือนตัวเองถึงความเป็นจริงในปัญหาที่มีให้ต้องแก้ มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าจะหลีกเลี่ยงปัญหา รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและมีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และเข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและต้องใช้ความพยายาม มีความอดทนต่อความคับข้องใจ ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหา “แบบมีเหตุมีผล (rational)” จะทำให้บุคคลนั้นมองเห็นศักยภาพของตนเอง และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริง

มุมมองต่อปัญหาและรูปแบบในการแก้ปัญหา นั้นมีความแตกต่างกัน ในสถานการณ์ต่าง ๆ และในคน ๆ เดียวกันสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดสูงจะมีแนวโน้มต่อการปรับตัวและรูปแบบการแสดงออกในทางลบมากกว่าช่วงที่มีความเครียดน้อยหรือลดลง ดังนั้น สิ่งที่นักบำบัดทางคลินิกจะต้องทำให้มากที่สุดคือการประเมินการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยว่าเป็นไปในทิศทางใดและความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นไปในรูปแบบใดในช่วงเริ่มต้นการรักษา เพื่อตรวจสอบความสามารถที่เฉพาะ โดยทำความเข้าใจกับความหมายของรูปแบบการรับรู้และวิธีแก้ปัญหา ซึ่งสรุปเป็นแผนภาพได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการแก้ปัญหาตามตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 Factors Model)⁶

การบำบัดแบบ PST จะเป็นการใช้กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลให้ใช้วิธีการทางบวกในการแก้ปัญหา คือ เพิ่มการมองโลกในแง่ดีให้มากขึ้น และมีมุมมองในปัญหาว่าเป็นความท้าทายมากกว่าการที่จะไม่สามารถเอาชนะได้ กลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมความคิดในเชิงบวกกับปัญหา คือ การยอมรับและรับรู้ในอารมณ์เมื่อมีปัญหา การใช้อารมณ์เชิงลบก็เพื่อที่จะเตือนตัวเองถึงความเป็นจริงในปัญหาที่มีให้ต้องแก้ และใช้เทคนิคเพิ่มแรงจูงใจเพื่อทำความเข้าใจในปัญหา แม้กระทั่งใช้การฝึกซ้อมซ้ำ ๆ ด้วยวิธีหนึ่งใดวิธีหนึ่งที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา องค์ประกอบหลักของ PST จะเน้นที่การระบุปัญหาและใช้ขั้นตอนของการแก้ปัญหาในแบบใหม่ ๆ ของแต่ละช่วง ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับการบำบัดรายบุคคล^{6,11} รวมทั้งแก้ปัญหาในกลุ่มบุคคลและผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ¹⁶

ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจากสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตร่วมกับมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบปัจจัยสาเหตุ

ด้านบุคคลและด้านความสัมพันธ์โดยเฉพาะมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ สูญเสียความสัมพันธ์กับคนสำคัญในชีวิต รู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังขาดทักษะในการแก้ปัญหา ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นหรือยังคงมีความคิดในเชิงลบต่อปัญหา จึงนำไปสู่การมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ⁶ เมื่ออาการทางจิตและความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายทุเลาลง อยู่ในสถานะที่มีการรับรู้และมีกระบวนการคิดที่ปกติแล้วหากได้รับการบำบัดด้วย PST โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจในปัญหา (problem) วิธีการแก้ปัญหา (problem solving) ในมุมมองใหม่ที่เป็นเชิงบวกจะทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง และค้นหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่นไม่ระมัดระวัง (impulsive carelessness) ช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาด้วยการใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น โดยปรับมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (NPO) ให้เป็นมุมมองต่อปัญหาในทางบวก (PPO) และมุ่งเน้นเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ ๆ ให้มากขึ้น จะช่วยลด

ความเครียดและอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฆ่าตัวตายซ้ำได้¹⁷⁻¹⁸

ประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและการประเมิน

PST ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิผลต่อการบำบัดเพื่อบรรเทาความทุกข์และความเศร้าโศกและลดระดับความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถใช้เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาฆ่าตัวตายซ้ำ ช่วยเสริมความรู้สึกในความสามารถของตนเอง เพิ่มการพึ่งพาตนเอง¹⁷⁻¹⁸ และมีผลต่อการลดระดับความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การบำบัดแบบประคับประคอง¹⁹ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์²⁰ การบำบัดแบบสนับสนุนและแบบการทวนรำลึกถึงความทรงจำ¹³

ในการประเมินประสิทธิผลการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ปัจจุบันพบว่ามีแบบวัดหลายประเภท เพื่อประเมินทักษะความสามารถในการคิดวิธีการแก้ปัญหาและความสำเร็จในการดำเนินการแก้ปัญหา ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. Means-Ends Problem-Solving Procedure (MEPS)²¹ ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาด้านความสามารถคิดหาวิธีแก้ปัญหาและดำเนินการแก้ปัญหาได้สำเร็จโดยใช้ 5 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้คะแนนจะประเมินจากประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาและความจำเพาะในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหา แต่ละข้อมีค่าคะแนนแบบลิเคิร์ตระหว่าง 1-7 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึงการแก้ปัญหาได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพสูงแบบวัดนี้มีความเที่ยง (reliability) ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน อยู่ในระดับสูง .84-.94

2. Social Problem Solving Inventory (SPSI-R:L) เป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ต 70 ข้อ ของ D'zurilla and Goldfried⁹ พัฒนาต่อโดย D'zurilla and Nezu²¹ ใช้รายงานผลด้วยตนเองใน 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้ปัญหา (Problem Solving Scale: POS) 30 ข้อ 2) การแก้ปัญหาที่เหมาะสมหรือการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill Scale: PSSS) ประกอบด้วยกระบวนการรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรม 40 ข้อ การแปลผลแยกออกเป็น ส่วน ๆ มีค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ แยกส่วน POS และ PSSS เท่ากับ .83 และ .88 การแปลผล คะแนนตั้งแต่ 86-114 ถือว่ามี การรับรู้และแก้ปัญหาที่เหมาะสม คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาทางสังคมที่ “ดี”

3. แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) Paul Heppner²² พัฒนาการวัด 5 รูปแบบตาม Problem-Solving Model ของ D'zurilla and Goldfried¹¹ ใช้ประเมินทักษะแก้ปัญหาทางคลินิก เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า จำนวน 35 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ 6 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนกลุ่มคำถามในเชิงบวกเป็น 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 และกลุ่มคำถามในเชิงลบให้คะแนนแบบตรงกันข้าม การแปลผล คะแนนรวมที่ต่ำลง หมายถึงมีการแก้ปัญหาที่ดี การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย คือ 1) ความมั่นใจในการแก้ปัญหา (problem solving confidence) 2) ลักษณะการเผชิญ/หลบเลี่ยงปัญหา (approach avoidance style) 3) ความเชื่อว่าที่มาของปัญหาเกิดจากตนเองหรือจากปัจจัยภายนอก (personal control) คะแนนที่ต่ำบ่งชี้ถึงความสามารถในส่วนนั้นมากกว่าคะแนนที่สูง แบบประเมินนี้ Kourmoussi, et al.²²

ได้ประเมินความน่าเชื่อถือและความถูกต้องในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชาวกรีกทั่วประเทศมีค่าความสอดคล้องภายในแบบ ระหว่าง .79-.91 ในประเทศไทย Ngamtipwattana, Phasaitutawat and Chalermchainukul²³ นำมาแปลโดยมีค่าความสอดคล้องภายในแบบแอลฟา ระหว่าง .72-.85 เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงง่ายต่อการใช้

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors มีชื่อย่อว่า PST-PPS นี้ Klinpi boon, et al.⁷ พัฒนาขึ้นภายใต้ 5 Factors Model⁶ โดยดัดแปลงมาจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาโดย Tapinta, Sakulphan and Inthong¹⁰ และปรับปรุงเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า PST เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการแก้ปัญหาจนนำมาสู่พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย กระบวนการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ทำความเข้าใจในมุมมองของตนเองต่อปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาในทางลบให้เป็นมุมมองใหม่ในทางบวก คิดหาวิธีแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้นตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้นและมีการฝึกทักษะซ้ำ ๆ จะทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา

หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ปัญหาด้วยการใช้เหตุผลอย่างสร้างสรรค์ให้มากขึ้น โดยส่งเสริมความรู้สึกใน ความมีศักยภาพของตน เพิ่มการพึ่งพาตนเอง¹⁷ ถึงแม้จะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน¹² จะสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำลงได้ และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ที่มีประวัติของการทำร้ายตนเองก่อนหน้านี้^{17,24}

PST-PPS มีวิธีดำเนินการบำบัดใน 3 ระยะ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ ระยะที่ 2 ให้ความรู้เรื่องมุมมองต่อปัญหาและวิธีแก้ปัญหา 3 รูปแบบรวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีการ ระยะที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ใช้เวลาบำบัดครั้งละประมาณ 45-90 นาที จำนวน 1-6 ครั้ง ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ระยะเวลา 1-3 สัปดาห์ ระหว่างบำบัดด้วย PST ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการบำบัดใน 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหตามแนวทาง 5 factor model⁶ ฝึกกำหนดปัญหาและเป้าหมายในการแก้ปัญหา มอบหมายการบ้าน 2) ทำความเข้าใจในปัญหา แนวคิดและวิธีแก้ปัญหาย่างเข้มข้น 3) ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมอง การตั้งเป้าหมายและทางเลือก ฝึกตัดสินใจและแก้ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละวิธี 4) ฝึกแก้ปัญหาและตรวจสอบผลลัพธ์ 5) ลงมือดำเนินการแก้ปัญหา และตรวจสอบผลลัพธ์ 6) สรุปผลการแก้ปัญหา ประเมินความพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้และยุติการบำบัด

ในการบำบัดด้วย PST-PPS นี้ต้องใช้เวลา ผู้ป่วยได้ทบทวนปัญหาตามขั้นตอนการแก้ปัญหาทั้งหมดหรือบางส่วนเพื่อให้เกิดความคิดในทางบวกที่หลากหลาย เป็นการปรับปรุงความสามารถของผู้ป่วยให้เกิดความคิดในการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้

จำนวนมาก ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญ โดยผู้บำบัดจะแนะนำผู้ป่วยให้ได้ฝึกฝนซ้ำ ๆ ผ่านกระบวนการระดมความคิดในการแก้ปัญหา หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและในระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน พบว่าทำให้มีทักษะแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวอย่าง การนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา มาประยุกต์ใช้ กรณีศึกษาเป็นนักศึกษาหญิงไทยวัย 23 ปี การวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้ว มารับบริการพร้อมมารดา 1 สัปดาห์ก่อนมา พยายามฆ่าตัวตายโดยกินยาพาราเซตามอลเกินขนาด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ใช้มิดโทเกร็ดแซนตัวเอง 20 กว่าแผง ผลการประเมิน MINI suicide = 48 คะแนน ซึ่งเป็นค่าที่สูงมาก โดย MINI suicide²⁵ เป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีข้อคำถาม 12 ข้อ คะแนนเต็ม 52 คะแนน แบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ 3 ระดับ คือ 1-8 คะแนนมีความเสี่ยงน้อย 9-16 คะแนนมีความเสี่ยงปานกลางและ 17 คะแนนขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก

การดำเนินการบำบัด มี 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อความไว้วางใจ และส่งผลที่ดีต่อการเรียนรู้ในการบำบัดครั้งที่ 1 หลังสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวทั่วไปเพื่อเปิดเผยความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยบอกว่าตนเองเป็นทอมมีเพื่อนสนิทเป็นผู้ชายแต่ 2-3 เดือนก่อนทะเลาะกันเนื่องจากไปคบหากับแฟนของเพื่อนชายคนสนิท เพื่อน ๆ จึงไม่คบไม่คุยด้วย เลยโกรธโมโหปล่อยลมยางรถจักรยานยนต์ของเพื่อน ๆ รวม 4 คัน เพื่อน ๆ จึงโกรธมากขึ้นและเลิกคบผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่อยากไปเรียน แยกตัว ไม่ยุ่งกับใคร แต่บางครั้งหันไปดื่มสุรากับเพื่อนกลุ่มอื่น ๆ แต่ก็ยังถูกเพื่อน ๆ

นิินหาว่าตนเอง จึงเกิดความเครียด น้อยใจ รู้สึกแยมองตนเองไม่มีค่า นอนไม่หลับ กินอาหารได้น้อย เศร้าเบื่อหน่ายตัวเองเลยคิดทำร้ายตนเองโดยกินยาพาราเซตามอลเกินขนาดไปรักษาโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง หลังจากนั้นผู้ป่วยทะเลาะกับแม่เนื่องจากผู้ป่วยแอบหนีแม่ไปเที่ยวกับแฟน 5 วัน และคิดว่าแม่ไม่เข้าใจ ชอบมากดดันตนเอง อยากให้ตนเองเล็กกับแฟน ยอมรับว่าเครียดมาก และเมื่อไปเรียนหนังสือกลุ่มเพื่อน ๆ ก็นิินหาว่าตนเอง รู้สึกแยมองตนเองไม่มีค่าทั้ง ๆ ที่ตนเองเคยทำดีกับเพื่อน ๆ ช่วยเหลือทำให้เพื่อนทุกอย่างดูแลเพื่อนอย่างดี แต่ตนเองกลับถูกเพื่อนนิินหาจึงรู้สึกแยม มีแต่แฟนที่เข้าใจตนเอง ในช่วงหลังก็ทะเลาะกับแฟนบ่อยครั้ง กลับมาบ้านแม่ก็ไม่เข้าใจ เหมือนตนเองอยู่ตัวคนเดียวโดดเดี่ยว จึงทำร้ายตนเองโดยใช้มิดโทเกร็ดแซนตัวเอง 20 กว่าแผง ยอมรับว่าตนเองเครียดจึงดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เพื่อให้นอนหลับ ยอมรับว่าตนเองรู้สึกเจ็บปวดกับสิ่งที่เกิดขึ้นตอนนี้ไม่อยากจะพบใคร ไม่มีที่จะระบายกับใคร ผู้บำบัดให้ความรู้เรื่องการแก้ปัญหา ตาม 5 Factors Model⁶ และให้ผู้ป่วยได้ทบทวนโดยอธิบายได้ว่าตนเองมี “มุมมองต่อปัญหาในทางลบ” รู้สึกเจ็บปวดกับสิ่งที่เกิดขึ้น จึงใช้วิธีแก้ปัญหา “แบบหุนหันพลันแล่น” ดังกล่าว ผู้ป่วยยอมรับว่าครั้งนี้ตนเองตัดสินใจร้อน อยากจบปัญหาของตนเองให้เร็วที่สุดและยอมรับว่าที่ผ่านมาที่เคยใช้วิธีแก้ปัญหา “แบบหลีกเลี่ยงปัญหา” เมื่อผู้บำบัดให้สรุปถึงผลกระทบจากการแก้ปัญหาแบบนี้ ผู้ป่วยยอมรับว่าไม่ส่งผลดีกับตนเอง ไม่ได้ช่วยให้อะไรดีขึ้น ทำให้ตนเองเครียดมากขึ้นและทำร้ายตัวเอง จนต้องมารักษาที่โรงพยาบาล ระหว่างพูดคุย ผู้บำบัดชวนให้ผู้ป่วยมองหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และคิดทบทวนเพื่อพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของ

ทางเลือก และความเป็นไปได้ ผู้ป่วยเริ่มมองเห็นทางเลือกในการจัดการกับปัญหา “แบบมีเหตุมีผล” คือ 1) พูดคุยกับมารดาเพื่อช่วยหาทางแก้ปัญหา 2) เลิกกับแฟน 3) พูดคุยกับแฟนเพื่อปรับพฤติกรรม 4) ไม่ทำอะไรเลย ผู้ป่วยคิดในแต่ละทางเลือกที่มีข้อดี ข้อเสียและความเป็นไปได้ เริ่มรู้สึกดีกับตนเอง เริ่มมองเห็นทางเลือกในการจัดการกับปัญหาจะกลับไปทบทวนที่บ้านแล้วค่อยตัดสินใจว่าจะทำอะไร และคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการทำร้ายตนเอง อย่างไรก็ตามในกรณีศึกษาจำเป็นต้องเน้นการมีปัจจัยปกป้องที่ดี โดยให้ข้อมูลแก่มารดาเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลใกล้ชิดและมีระบบการเฝ้าระวังป้องกันที่ดี เช่น การสังเกตอาการและพฤติกรรมที่เสี่ยง ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง การจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นเครื่องมือในการลงมือฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น แต่มารดาบอกว่าตนเองต้องทำงานไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ผลการประเมิน MINI suicide = 48

ระยะที่ 2 ให้ความรู้เรื่องมุมมองต่อปัญหาและวิธีแก้ปัญหา ในช่วงการบำบัดครั้งที่ 2 ให้ทำความเข้าใจในปัญหา แนวคิดและวิธีแก้ปัญหาย่างเข้มข้น ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนและเรียนรู้ปัญหาของตนเองจากการบ้านที่มอบหมาย ผู้ป่วยมีความเข้าใจมารดามากขึ้น แต่ยังมีปัญหาทะเลาะกับแฟนบ่อยครั้ง บางครั้งคิดอยากตาย ผู้บำบัดช่วยลดอารมณ์ด้วยการให้เล่าระบายออก แนะนำการผ่อนคลายโดยการหายใจแบบลึกที่สามารถทำได้ง่าย ๆ สามารถใช้ขณะอยู่บ้านได้ และฝึกทักษะซ้ำ ๆ โดยทบทวนการแก้ปัญหาการทะเลาะและไม่เข้าใจกับแฟนให้ปรับมุมมองปัญหาไปในทางบวก และลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาหรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง ให้เป็น “รูปแบบมีเหตุมีผล” แนะนำ

ให้ทำการบ้านโดยให้ฝึกซ้ำ ๆ ผลการประเมิน MINI suicide=24

ระยะที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา จำนวน 3 ครั้งอย่างต่อเนื่อง ในช่วงการบำบัดครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกการตัดสินใจ และฝึกแก้ปัญหาโดยประเมินวิธีแก้ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละวิธี ผู้ป่วยบอกว่าเข้าใจแม่มากขึ้น พูดคุยกันมากขึ้น ให้ผู้ป่วยอธิบายการแก้ปัญหาในทางบวกอย่างเหมาะสม บอกว่า ตอนนี้เลิกกับแฟนแล้วเพราะมองแล้วว่าทะเลาะกันบ่อย ส่งผลกระทบต่อการเรียน มีผลทำให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ถึงแม้ว่าบางครั้งรู้สึกเศร้า แต่จะพยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุด ผู้บำบัดตอกย้ำให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคทางจิตเวช การรักษา การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง และแนะนำให้ฝึกการปรับมุมมองทางบวกและการแก้ปัญหาที่ไม่เข้าใจกันให้เป็นไปในรูปแบบของการมีเหตุมีผล ฝึกการตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผลและนำไปเป็นการบ้านโดยให้ฝึกซ้ำ ๆ ผลการประเมิน MINI suicide=4 และในช่วงการบำบัดครั้งที่ 4 เป็นการฝึกแก้ปัญหา และคิดทบทวนเพื่อพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของทางเลือก ความเป็นไปได้ตามทางเลือกที่วางแผนไว้และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ผู้ป่วยบอกว่าคุยกับแม่มากขึ้น รู้สึกดีขึ้นแต่ยังคงมีปัญหากับเพื่อน ๆ แต่คงต้องทำให้ได้ เพื่อน ๆ น่าจะเข้าใจและเลิกกับแฟนแล้ว แนะนำให้ไปฝึกซ้ำ ๆ เป็นการบ้าน MINI suicide=4 การบำบัดครั้งที่ 5 ขึ้นลงมือปฏิบัติ ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส เดินมากับมารดาและเจ้าหน้าที่ และเล่าถึงประสบการณ์การตัดสินใจนำทางเลือกไปปฏิบัติจริงและทบทวนการเปลี่ยนมุมมอง ผู้ป่วยอธิบายว่าการเปลี่ยนมุมมอง

ปัญหาไปในทางบวกทำให้สามารถใช้วิธีแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ทำให้มีความสบายใจขึ้นบ้าง แต่บางครั้งยังหงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวนง่าย แต่ลดลงมาก ไม่คิดอยากตาย ไม่มีการทำร้ายตนเองอีก มีความเข้าใจกับมารดามากขึ้น สบายใจขึ้นบ้าง ไม่เครียดมาก ผู้ป่วยอธิบายถึงการดูแลตนเอง โดยพยายามหากิจกรรมทำ ช่วยแม่บ้าง ไปเรียนบ้าง เวลาที่เครียดหงุดหงิดก็จะเดินหนีไปที่ดีขึ้นบ้าง เมื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองหลังจากปรับเปลี่ยนตนเอง รู้สึกสบายใจขึ้น เครียดน้อยลง มองเห็นว่าตนเองก็สามารถจัดการกับปัญหาได้ ถึงแม้ยังไม่ดีพอ แต่ก็พยายามดูแลตัวเองให้มากขึ้น เมื่อนึกถึงเรื่องราวในอดีตก็จะรู้สึกเศร้าและร้องไห้ วิธีที่ทำให้ไม่คิดถึงอดีตคือการฟังเพลง ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในอนาคต ผู้ป่วยอยากเรียนหนังสือให้ได้เหมือนก่อนหน้านี้นี้ เดิมเป็นคนเรียนดีมาตลอด อยากเรียนสูง ๆ เพื่อมาต่อยอดธุรกิจ เพื่อเติมเต็มความคาดหวังของมารดาและตนเอง เมื่อให้ประเมินถึงความพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ป่วยให้คะแนนตนเอง 60-70 จาก 100 คะแนน ในเรื่องของการดูแลรักษาตนเองมีมารดาและครอบครัวช่วยเหลืดูแล ผู้บำบัดให้กำลังใจในการดูแลตนเองและการรับประทานยา ชื่นชมและให้กำลังใจ และตอกย้ำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลใกล้ชิดโดยได้ให้ความรู้และคำแนะนำกับมารดา ในเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัว โดยเน้นเรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ควรขาดยา และเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง การสังเกตอาการและพฤติกรรมที่เสี่ยง การไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง การจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้เป็นเครื่องมือในการลงมือฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น และแนะนำให้ทำการฝึกการแก้ปัญหา

และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ผลการประเมิน MINI suicide=4

สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษาที่มีการนำโปรแกรมบำบัดไปประยุกต์ใช้

สัมพันธภาพที่ดีทำให้เกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเล่าระบายความในใจที่ซ่อนอยู่พร้อมที่จะรับฟังสิ่งที่เป็นความรู้และแนวทางใหม่ ๆ ที่จะช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเองและช่วยทำให้การบำบัดดำเนินไปได้ตาม 6 ขั้นตอน ที่ดำเนินการตามระยะของการบำบัด 3 ระยะดังกล่าว จุดเน้นที่สำคัญที่สุดของการบำบัดด้วย PST-PPS คือ การปรับเปลี่ยน “มุมมองปัญหาในทางบวก” และแก้ปัญหา “แบบมีเหตุผล” กลยุทธ์สำคัญคือต้องทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะการแก้ปัญหาใหม่ ๆ ด้วยตนเองและสามารถกำหนดปัญหาและเป้าหมายของตนเองได้ และต้องทำความเข้าใจในวิธีแก้ปัญหาอย่างเข้มข้นและรอบด้านเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผลที่ดีที่สุดที่จะช่วยทำให้ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายได้ตระหนักในความต้องการมีชีวิตอยู่ต่อของตนเองได้ ซึ่งสามารถใช้กับผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และกลุ่มที่มีปัญหาความสัมพันธ์ ผู้ที่มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย มักจะคิดว่าปัญหาของตนเองไม่มีทางออกหรือไม่มีศักยภาพเพียงพอจะรับมือกับปัญหาได้ อยากให้ปัญหาจบลงโดยเร็วซึ่งเป็น “มุมมองต่อปัญหาในทางลบ”

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตใจเช่นนี้ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจเพราะยังมีห่วงทางใจหรือยังมีความกลัวตายอยู่ จิตใจจึงว้าวุ่นและสับสน เกิดความลังเลภายในใจ ดังนั้น ญาติที่สำคัญที่ผู้บำบัดจะต้องให้ความช่วยเหลือโดยมีการฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกการตั้งเป้าหมาย

ประเมินวิธีแก้ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละวิธี พร้อมวางแผนแก้ปัญหาจะช่วยทำให้มองเห็นศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ทำให้มีความเข้าใจว่าทุกปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการปรับแก้ และมีโอกาสพิจารณาทางเลือกอื่นให้รอบด้านมากขึ้น เพื่อให้มีความหวังในการที่จะตัดสินใจแก้ปัญหาของตนได้ โดยใช้เวลาในขั้นตอนที่ 4 และ 5 ที่จะต้องมุ่งเน้นฝึกทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ ๆ เพื่อช่วยให้ได้รับประสบการณ์ที่มากที่สุดและต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่เกิดจากการแก้ปัญหา ในขั้นตอนที่ 6 หรือสุดท้าย จะสรุปผลการแก้ปัญหาและยุติการบำบัด เป็นการประเมินความพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองว่า “สามารถจัดการกับปัญหาได้” ซึ่งอาจรวบรวมในขั้นตอนที่ 5 และสิ่งที่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนการบำบัดคือการชื่นชมและให้กำลังใจสนับสนุนการแก้ปัญหาในแนวทางบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลใกล้ชิด มีการเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญอย่างยิ่ง

บทสรุป

การที่บุคคลฆ่าตัวตายเป็นการกระทำเพื่อแก้ปัญหาของตนเองวิธีหนึ่ง แต่เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่มีทักษะไม่เพียงพอหรือขาดประสิทธิภาพ และใช้วิธีการแบบหุนหันพลันแล่นในการแก้ปัญหา จึงส่งผลทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำ อย่างไรก็ตามการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ โดยเน้นการบำบัดที่ลงรายละเอียดลึกถึงขั้นการฝึกทักษะการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หรือสอนให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด มีความเข้มแข็ง

ด้วยตนเองแทนการสอนให้ไปยึดเหนี่ยวกับบุคคลอื่นหรือพึ่งพาคนอื่น ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วยที่ยากแก่การควบคุม เพราะปัจจัยหนึ่งของการเกิดอาการกำเริบมักเกิดจากปัญหาสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกับคนสำคัญหรือคนในครอบครัว โปรแกรมบำบัด PST-PPS นี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเป็นผู้แก้ปัญหาเองได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการระบุปัญหาและปรับวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน โดยปรับมุมมองปัญหาในทางลบมาเป็นการมีมุมมองปัญหาในทางบวกและเพิ่มการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และมีเหตุผลให้มากขึ้น จึงมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ และมีความคงทนในประสิทธิผลของการบำบัด ดังนั้นแนวคิดนี้สามารถนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชเพื่อเพิ่มทางเลือกและเติมเต็มในประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญคือจะต้องวิเคราะห์ ประเมินปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเฉพาะเจาะจง

ข้อเสนอแนะ

PST-PPS เป็นแนวทางการบำบัดทางคลินิกโดยการแก้ปัญหาในเชิงบวกที่มุ่งเน้นการฝึกปรับทัศนคติและทักษะการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลดอาการทางจิต และเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ทางจิตสังคม ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตสูงสุดและช่วยให้บุคคลรับมือกับปัญหาความเครียดในการดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรนำแนวคิดการบำบัดนี้ไปทดลองใช้กลุ่มบุคคลหรือผู้ป่วยอื่น ๆ ทั้งด้านกายและจิตใจเพื่อขยายผลการ

บำบัดให้เพิ่มมากขึ้น และทักษะการแก้ปัญหาที่มีคุณค่าหลาย ๆ ประการที่นำมาใช้ส่วนใหญ่เกิดจากประสบการณ์ที่ได้พัฒนามาจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองภายในใจ ดังนั้นผู้บำบัดจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาที่มีอยู่ของตนเอง และจำเป็นต้องได้รับฝึกอบรมและเรียนรู้เกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) เพื่อสกัด (refining) และมุ่งเน้นให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วย อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะว่าการใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหามีความเหมาะสมกับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่สูงไม่แนะนำให้ใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายหรือเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะใกล้ถึงอันตรายหรือต้องเพิ่มมาตรการความปลอดภัย และการบำบัดทางคลินิกกับผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องทำอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายด้านอื่น ๆ เช่น การมีปัจจัยปกป้องที่ดี มีด่านกั้นที่เข้มแข็ง มีระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Word Health Organization, Mental health: Suicide data [Internet]. 2018 [cited 27 Aug 2024]. Geneva: WHO; 2018. Available from: <http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/suicideprevent/en>
2. Carballo JJ, García-Nieto R, Harkavy-Friedman J, et al. Aggressiveness across development and suicidal behavior in depressed patients. Archives of Suicide Research. 2014; 18(1): 39-49.
3. Park S, Lee Y, Youn T, et al. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters. BMC Public Health. 2018; 18: 477
4. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016; 3: 646-59.
5. Riblet NB, Shiner B, Young-Xu Y, et al. Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. The British Journal of Psychiatry. 2017; 210(6): 396-402.
6. D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. In Dobson KS (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies. 3rd ed. Guilford Press. 2010; p.197-225.
7. Klinpi boon A, Yodklang O, Kanachai V, et al. The development of problem-solving therapy programs for psychiatric patients with suicide ideations and behaviors who received the services at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital (PST-PPS). J Ment Health Thai. 2020; 28(1): 86-98. Thai.
8. Khon Kaen Psychiatric Hospital. Annual Report of Khon Kaen Psychiatric Hospital. Khon Kaen: Department of Mental Health; 2018
9. Department of Mental Health. Annual Report Department of Mental Health, Fiscal Year 2018. Department of Mental Health. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/188.pdf>.
10. Tapinta D, Sakulphan S, Inthong S. Effectiveness of problem-solving therapy for depression in Thai depressed patients: A randomized controlled study. Chiang Mai: Faculty of Nursing; 2014. Thai.
11. Vlachou A, Stavroussi P, Didaskalou E. Problem-solving training: An intervention program for enhancing international problem-solving skill in children with intellectual disabilities. Hellenic Journal of Psychology. 2017; 14: 114-38.
12. Beaudreau SA, Gould CE, Sakai E, et al. Problem-Solving Therapy. In: Pachana N, editors. Encyclopedia of Geropsychology. Singapore: Springer; 2017; 1874-83.

13. Kiosses DN, Alexopoulos GS. Problem solving therapy in the elderly. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2014; 1(1): 15–26. doi: 10.1007/s40501-013-0003-0.
14. Zhang A, Park S, Sullivan JE, et al. The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Am Board Fam Med*. 2018; 31(1): 139–50. doi: 10.3122/jabfm.2018.01.170270.
15. Simon SS, Cordás TA, Bottino CM. Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015; 30(3): 223–33. doi: 10.1002/gps. 4239.
16. Liu Z, Yang F, Lou Y, et al. The effectiveness of reminiscence therapy on alleviating depressive symptoms in older adults: A systematic review. *Front Psychol*. 2021; 12: 709853. doi: 10.3389/fpsyg. 2021.709853.
17. Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 47(3): S186–S194.
18. National Registry of Evidence Based Practices and Programs (NREPP). Substance abuse mental health services administration. Problem solving therapy: Program description [Internet]. 2018 [cite May 19]. Available from: <https://nrepp.samhsa.gov/ProgramProfile.aspx?id=108>.
19. Gustavson KA, Alexopoulos GS, Niu GC, et al. Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016; 24(1): 11–7.
20. Choi NG, Marti CN, Conwell Y. Effect of problem-solving therapy on depressed low income homebound older adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2016; 46(3): 323–36.
21. Goetz DB. An Evaluation of different measures of social problem-solving: Using ecological momentary assessment [dissertation]. Michigan: Western Michigan University; 2020. 86 p.
22. Kourmousi N, Xythali V, Theologitou M, et al. Validity and reliability of the problem solving inventory (PSI) in a Nationwide Sample of Greek Educators. *Soc. Sci.* 2016; 5(2): 25. doi:10.3390/socsci 020025.
23. Ngamtipwattana T, Phasaitutawat S, Chalermchainukul M. Stress and problem-solving patterns of medical students 3rd year, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2000; 45(1): 59–69. Thai.
24. Hawton K, Witt KG, Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(8): 740–50. doi: 10.1016/S2215-0366(16) 30070-0.
25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, et al. Reliability and validity of the MINI International neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12: 232–41.

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

ชัยณรงค์ เลขราบ¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
จินพิชญา สาธิยมาส² วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์), ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)
เบญญพร บรรณสาร³ ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ: กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มักมีประสบการณ์การเผชิญกับปัญหาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมากมาย โดยมีสาเหตุหรือปัจจัยจากความพร่องของความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการปฏิบัติตน การตัดสินใจรับการรักษา การประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของโรค บทความนี้เป็นการนำเสนอกรณีศึกษา ที่ใช้รูปแบบการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดโรค โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ครอบคลุมขั้นตอนการประเมินประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดและสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลนี้พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2567; 11(2): 165-180

คำสำคัญ: การพยาบาล; ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย; การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน; ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี; ผู้รับผิดชอบหลัก, jinpitcha@nurse.tu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

วันที่รับบทความ 23 เมษายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 25 กรกฎาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 6 สิงหาคม 2567

A Nursing Model for Managing Uncertainty in Illness and Enhancing Self-Efficacy Among Older Adult Patients with Ischemic Stroke: A case study

Chainarong Lakrab¹ M.N.S. (Adult and Older adult)

Jinpitcha Sathiyamas² Dip.APMSN, PhD (Nursing)

Banyaporn Bannaasan³ PhD (Nursing)

Abstract: Older people experiencing their first stroke must cope with the issue of illness uncertainty, which has far-reaching consequences for both patient and family. The causes are often from a lack of understanding about the ailment, behavioral patterns, therapy choices, and determining the severity of affliction. This article presents an application of nursing model for managing uncertainty in illness combined with enhancing self-efficacy in a case study of geriatric stroke patients who had issues of health status perception and health behaviors which could delay post-illness rehabilitation. A self-efficacy framework was used as a guide which included verbal persuasion, viewing examples and experiences from others, assessing one's own successful experiences, and addressing physical and emotional environments throughout hospitalization phase. After application of this nursing model, it was shown to assist patients to set the goal for modifying health behaviors to prevent stroke recurrence with the engagement of family members. Patients were able to adopt appropriate health behaviors and felt confidence in self-care at home. This improves the patient's quality of life and helps prevent stroke recurrence.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2024; 11(2): 00-00

Keywords: Nursing care; Uncertainty in illness; Enhancing self-efficacy; Older patients with stroke

¹Master of Nursing Student, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani; Corresponding author, E-mail: jinpitcha@nurse.tu.ac.th

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani

Received April 23, 2024; Revised July 25, 2024; Accepted August 6, 2024

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประชากรโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความพิการอย่างถาวร¹ ในแต่ละปีมีข้อมูลทางสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณ 5 ล้านคนเสียชีวิตและอีกประมาณ 5 ล้านคนมีความพิการอย่างถาวร ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ว่าอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง และทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน² ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเสียชีวิตมากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สอง และเป็นสาเหตุการเกิดความพิการอันดับที่สาม ซึ่งประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 มีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้³

ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะพบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุได้ร้อยละ 2.3 โดยมีอายุระหว่าง 60-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.7⁴ โอกาสการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 2.9⁴ ทั้งนี้มักมีความพิการหลงเหลืออยู่⁵ และส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมถึงด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยฟื้นหายจากสภาวะของโรคแล้วมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁶⁻⁷ และยังคงมีความต้องการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในจำนวนนี้ผู้ป่วย

ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้⁸ มีความต้องการการดูแลจากผู้อื่น เกิดภาวะพึ่งพาเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ทำให้เป็นภาระของผู้ดูแล รวมทั้งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองยังมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ดังนั้นเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองเนื่องมาจากภาวะการอ่อนแรงของแขนขา ความสามารถในการรู้คิดลดลง สภาวะการของโรคจัดอยู่ในระดับรุนแรง ส่งผลต่อความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และจากการที่ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรค วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ขั้นตอนการตัดสินใจรับการรักษา การประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองบวม สภาวะการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ตามแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel⁹ ซึ่งผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมากที่สุดในเรื่อง ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รองลงมาคือ การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ และความซับซ้อนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล⁹ หากความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมตามมา มีโอกาสทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยควรมุ่งเน้นกิจกรรมด้านการให้ข้อมูลความรู้

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค ขั้นตอนการรักษา การพยากรณ์โรค ความรุนแรงของโรค วิธีการรักษา ผลลัพธ์จากการรักษา¹⁰ รวมทั้งการจัดการความเครียด

หากผู้ป่วยได้รับการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากหลักทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹¹ ได้อธิบายแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองที่เริ่มจากการประเมินประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติอันที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยสูงอายุที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness)

แนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พัฒนาโดย Mishel⁸ ให้ความหมายว่า

เป็นการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ ได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 4 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) 2) ความซับซ้อนหรือความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (complexity) 3) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ (lack of information) และ 4) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (unpredictability) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังกล่าวยังเป็นที่มาของความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹²⁻¹³

แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ ได้กล่าวถึงว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคลจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพล 3 ปัจจัย ประกอบด้วย 1. ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) 2. ปัจจัยด้านความสามารถทางสติปัญญา (cognitive capacity) และ 3. ปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุน (structure providers) โดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งเร้ามี 3 องค์ประกอบ คือ 1) รูปแบบของอาการ ลักษณะ ความชัดเจนของอาการที่เกิดขึ้นที่จะทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีอาการ 2) ความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น^{8,12-13}

โดยสรุปความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ของบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีเหตุการณ์เจ็บป่วยรุนแรง อาการแสดงของโรคที่มาระตุ้น โดยที่ไม่สามารถระบุความหมายของการเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ อาจเกิดจากการพร่องความรู้และได้รับคำแนะนำที่

ไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วนโดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด ความวิตกกังวล โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเครียดระดับรุนแรง ส่งผลให้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้นด้วย¹⁴ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนให้เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย^{8,12-13,15-16}

เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้ของบุคคลว่ามีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อน/ไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้³ โดยตัวอย่างเครื่องมือในการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่

1. แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel Uncertainty Inventory Scale: MUIS) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลการรักษา คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 32-160 คะแนน โดย ระดับต่ำ คือ 32-75 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 76-119 คะแนน และระดับสูง คือ 120-160 คะแนน และคะแนนด้านใดมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านนั้นสูง

2. แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับชุมชน (Mishel Uncertainty in Illness Scale: Community Version: MUIS-C)¹⁵ ซึ่งแปลจากแบบสอบถามของ Mishel⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบไปด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลง และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและผลการรักษา ซึ่งคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 23-115 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูง หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง โดยระดับคะแนนต่ำ คือ 35-53 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 54-72 คะแนน ระดับสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 73 คะแนน ข้อคำถามมีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเครื่องมือนี้เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยในกลุ่มโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคมะเร็ง

3. แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับย่อ (SF-MUIS) โดยแบบประเมินฉบับย่อนี้ พัฒนาขึ้นโดยการนำแบบประเมินต้นฉบับของ Mishel⁸ มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ มีปรับให้เหลือ 5 ข้อ และสะท้อนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อน/ไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ 3) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และ 4) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ซึ่งค่าคะแนนรวมสูงหมายถึงผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบประเมินนี้เป็นการประเมินที่สั้น กระชับ มีค่าความเชื่อมั่นที่น่าเชื่อถือ และสะดวกต่อการนำไปใช้

ในการศึกษานี้ผู้เขียนเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับย่อ (SF-

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

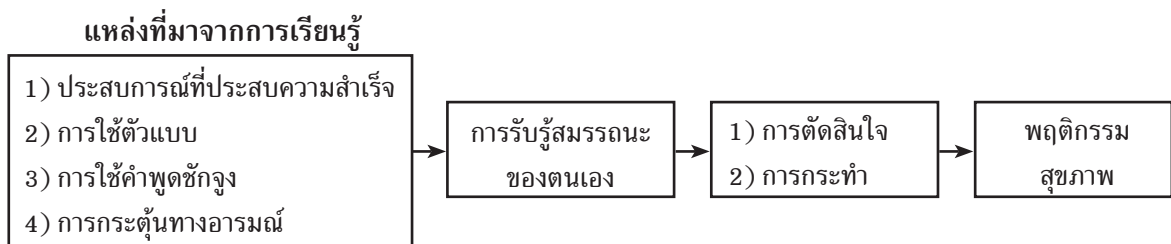
MUIS) เนื่องจากข้อคำถามมีความกระชับ เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุในการตอบข้อคำถาม และสามารถสะท้อนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura¹¹ ได้อธิบายแนวคิดที่สำคัญคือการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือการเพิ่มความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ การช่วยให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแบบดูราเชื่อว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับที่สูง จะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล โดยการ

ทำให้บุคคลกล้าเผชิญต่อปัญหาต่าง ๆ แม้เป็นสิ่งที่ยากและมีความพยายามทำให้สำเร็จโดยมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง สำหรับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถต่ำ จะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตนเองเพื่อให้เกิดผลสำเร็จได้ จะพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อปัญหา คิดว่าสิ่งที่เป็นปัญหาหรือสิ่งที่ตนจะทํานั้นยาก ซึ่งจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่ำหรือปานกลาง¹¹

โดยสรุปคือบุคคลจะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง



ภาพที่ 1 แสดงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งที่มาจากการเรียนรู้

ข้อมูลกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี สถานภาพ หม้าย ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ข้าราชการบำนาญ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือ ศาสนาพุทธ มีบุตรในวัยทำงาน 2 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรสาว รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567

ประวัติการเจ็บป่วย:

โรคประจำตัว ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เมื่อ 11 ปีที่แล้ว มีภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยแรกเริ่ม 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง ไม่พูด ไม่ทำตามสิ่ง ญาติจึงพามารักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง แรกเริ่มผู้ป่วย Glasgow Coma Scale (GCS) E₂ V₂ M₅ pupil 2 mm RTL BE. Motor power right side grade 0, left side grade 5 NIHSS 19 คะแนน แพทย์วินิจฉัยโรค Acute Ischemic Stroke ผลการตรวจรังสีวิทยา CT brain non contrast พบ Hypodensity lesion at left caudate, left lentiform and left insular cortex. (ASPECT 7) ผลการตรวจรังสีวิทยา CTA brain พบ Occlusion of distal left ICA. ในที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และส่งตัวผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลที่รับไว้ในความดูแลเพื่อรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) ณ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาทภายหลังได้รับการรักษา 24 ชั่วโมงผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale (GCS) E₄ V₅ M₆ pupil 2 mm RTL BE. Motor power right side grade 4⁺, left side grade 5 NIHSS 9 คะแนน mRS 2 คะแนน ผู้ป่วยหายใจ Room air ไม่มีหายใจ หอบเหนื่อย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและตอบคำถามรู้เรื่อง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขณะนอนโรงพยาบาล EKG monitor show Atrial Fibrillation with RVR HR= 152 bpm. ได้รับการรักษาด้วยยา Metoprolol 100 mg ¼ tab oral bid pc, Warfarin 3 mg 1 tab oral hs, Aspirin 325 mg 1 tab oral bid pc ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้ป่วยมีอาการซึมลง มีอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง GCS E₃ V₁ M₆ pupil 2 mm RTL BE. Motor power right side grade 1, left side grade 5 NIHSS 21 คะแนน ส่งตรวจ CTA brain

พบ left ICA occlusion ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) ครั้งที่ 2 ภายหลังการรักษาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E₄ V₅ M₆ pupil 2 mm RTL BE. Motor power right side grade 5, left side grade 5 NIHSS 0 คะแนน mRS 0 คะแนน ซึ่งแบบประเมิน NIHSS เป็นการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0-42 คะแนนมาก หมายถึงผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรง มีโอกาสเสียชีวิต และแบบประเมิน The Modified Rankin Scale (mRS) เป็นการประเมินความพิการ (Disability) ของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนนน้อยกว่า 3 คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการประกอบชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง¹⁷

ผลการตรวจร่างกาย:

General Appearance: Thai male, older adult, not pale, good consciousness

Glasgow Coma Scale (GCS): E₄ V₅ M₆ pupil 2 mm RTL BE.

Vital sign: T= 36.9 °c, PR= 54 bpm, RR= 20 bpm, BP= 150/72 mmHg, SpO₂ = 98 %

HHENT: Global aphasia, mild right facial palsy, dysarthria

Cardiovascular: Normal S1S2, no murmur

Extremities: No pitting edema, motor power right side grade 4⁺, left side grade 5, full EOM

Chest X-rays: Normal, no infiltration

EKG 12 lead แรกเริ่ม: Normal sinus rhythm

Echocardiography: Not seen intracardiac clot

การประเมินผู้ป่วยจากการซักประวัติแบบแผน สุขภาพและการใช้แบบประเมิน

จากการซักประวัติแบบแผนสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่ได้รับประทานยาที่แพทย์สั่ง เพราะกลัวว่าจะมีผลต่อหัวใจ และผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล บอกว่าไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้เขียนได้ใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับย่อ (SF-MUIS) มาประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยมีคะแนน 16 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อน/ไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ 3) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และ 4) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจตามมา นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ โดยแปลความหมายคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-7 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (8-10 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (11-13 คะแนน) หมายถึง ระดับความรู้มาก ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนเท่ากับ 7 คะแนน ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยมีความรู้ในระดับน้อยหรือต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ยังขาด

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ในการพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทราบทั้งอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่สามารถปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วยได้

การประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง¹⁹ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานยา 2) การรับประทานอาหาร 3) การออกกำลังกาย 4) การจัดการอารมณ์ 5) การงดสูบบุหรี่ และ 6) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษามีพฤติกรรม 3 ด้านที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นภายหลังการให้การพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยตามแนวคิดของBandura¹¹ เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม

ผู้สูงอายุรายนี้มีประวัติเป็นโรคเส้นหัวใจ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง หลังจากนั้นมีความสุขแข็งแรงดี ภายหลังเกษียณอายุราชการยังสามารถช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ในชีวิตประจำวันผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด เป็นส่วนใหญ่ และมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่

รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งหยุดรับประทานยาเอง โดยมีความเชื่อว่ายาที่แพทย์ให้จะมีผลต่อโรคหัวใจเดิม จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การมีพฤติกรรมดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง¹⁷

กิจกรรมทางการพยาบาลที่สำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการประยุกต์ใช้กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นการให้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	การพยาบาลในกรณีศึกษา
1.ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Ambiguity) อาการของโรคมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือ ต้องคาดเดาว่าสาเหตุเกิดจากอะไร บรรเทาได้หรือไม่	1. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูสภาพ (ใช้สื่อการสอน) การสังเกตอาการเตือนของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง ^{8,18-20} 2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องยาที่ได้รับ ซึ่งกรณีศึกษารายนี้ได้รับยา Oral Anticoagulant (Warfarin) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้อง ²¹ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถามข้อสงสัย ^{8,18-20}
2.ความซับซ้อน/ไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ (Complexity) ความซับซ้อนของพยาธิสภาพและการรักษา ทำให้ยากแก่การเข้าใจ	1. อธิบายวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการรักษาเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การสวนหลอดเลือดสมอง การทำกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพอาการอ่อนแรงแขนขา ¹⁷ และยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ^{8,18-20} 2. ยกตัวอย่างวิธีการรักษาแต่ละวิธีการให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของผู้ป่วย ^{8,18} เช่น การให้ยาด้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดแบบรับประทาน ^{17,21}
3.การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (Lack of information) การขาดข้อมูลหรือได้รับข้อมูลแต่ละแหล่งไม่ตรงกัน รวมทั้งความรู้สึกไม่คุ้นเคย	1. อธิบายแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันให้ทราบ เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การสวนหลอดเลือดสมอง การทำกายภาพบำบัด ¹⁷ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแบบรับประทาน ²¹ และให้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง ^{8,18}

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (ต่อ)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	การพยาบาลในกรณีศึกษา
4. การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (Unpredictability) ผู้ป่วยไม่สามารถลำดับขั้นตอนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนได้ ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ของการรักษาได้	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และแหล่งขอความช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจ มั่นใจในผลลัพธ์จากการรักษาที่ถูกต้อง และวางแผนการดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ^{8,18-20} เช่น การสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การโทรขอความช่วยเหลือ 1669 เมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ¹⁷

การจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสำคัญ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะนำมาซึ่งผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลมากกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก้าวผ่านปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังการให้การพยาบาลตามแนวทางการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำการประเมินระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี²²

นอกจากนี้ จากการประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง จากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ดังนั้นในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงมีความสำคัญ เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	การพยาบาลในกรณีศึกษา
1. การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) การประสบผลสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเองและเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้สำเร็จ และนำทักษะไปใช้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน	1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยและญาติในกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการส่งเสริมตามคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ฝึกการเลือกอาหาร ลดหวาน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด ขนมหวาน ลดมัน จำกัดปริมาณคอเรสเตอรอลในอาหาร ไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม และลดเค็ม จำกัดการรับประทานโซเดียม ไม่เกินวันละ 2,300 มิลลิกรัม ²³ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง ^{18-19,22,24-25}

ตารางที่ 2 ตารางแสดงกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ต่อ)

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	การพยาบาลในกรณีศึกษา
2. การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) ให้ผู้ป่วยได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1. ใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model) ประกอบด้วย VDO โรคหลอดเลือดสมอง ตัวแบบบุคคลโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติตัวได้ดี และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงใจ และเสริมแรงทางบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ^{18,22,24-26}
3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) กระตุ้นให้กำลังใจเพื่อให้เกิดแรงใจในการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติทบทวนประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนเองที่เคยปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จ กล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ^{18,22,24-26}
4. การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional Arousal) ให้ผู้ป่วยฝึกการจัดการตนเองในความเครียดด้วยการทำสมาธิ และกระตุ้นเตือนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	1. พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง การสร้างเสริมพลัง เพื่อกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก ^{18,22,24-26} 2. พูดคุยร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการค้นหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยา การรับประทานอาหารส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ^{18-19,22,24-26}

ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้แล้ว ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น เข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และได้รับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ มีทักษะการเลือกการบริโภคอาหารถูกต้อง มีทักษะการเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม รับรู้ผลดีและผลเสียของการไม่รับประทานยาตามคำสั่งการรักษา รวมถึงมีทักษะการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา

จากการวิเคราะห์การเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของกรณีศึกษาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาใน

รายวิชา พ.ย. 622 ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่าสาเหตุสำคัญของกรณีศึกษารายนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับสภาวะของโรค การปฏิบัติตัวและความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้มีความเครียด ความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)²⁷ จากการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญของชีวิต ลักษณะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยผู้ป่วยไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เป็นผลจากความบกพร่องทางระบบประสาท ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกายหรือความพิการ สูญเสียการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วย

ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ และทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุตามมา เช่น ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปได้ รวมถึงการแสดงบทบาทในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป²⁸ เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและไม่ได้รับการแก้ไขตามความเหมาะสม จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง และความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะการณ์ต่างๆ ลดลง อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁹ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาเหล่านี้ยิ่งนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้าลง และส่งผลต่อเนื่องทำให้การดูแลของญาติสูงขึ้นในระยะยาว จากกรณีศึกษาพบว่าสาเหตุหลักมาจากการพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการไม่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม รวมทั้งมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาในส่วนของผู้ป่วยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ จึงทำให้กรณีศึกษารายนี้พร่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³⁰ พบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรค

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สิ่งชักนำสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การจัดรูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการและอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง การส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม และเข้ารับการรักษารวดเร็ว รวมถึงการส่งเสริมการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างครบถ้วน เหมาะสมและต่อเนื่องจะช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง ขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่เนื่องจากกรณีศึกษารายนี้มีปัญหาที่พบคือสมาชิกในครอบครัวมีงานประจำ ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลสามารถให้การดูแลในบทบาทอิสระที่สามารถปฏิบัติได้ตามพระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และบทบาทพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีทางการพยาบาลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness Theory) ของ Mishel⁸ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura¹² เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับ

ผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสังเกตอาการเตือน การปรับพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยและให้ข้อมูลในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผลลัพธ์กิจกรรมการพยาบาล

รูปแบบการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้นำสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยตามตารางกิจกรรมการพยาบาลข้างต้นต่อเนื่องกัน ตั้งแต่ครั้งที่ 1 จนถึงครั้งที่ 3 ด้วยการที่พยาบาลใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยฉบับย่อ (SF-MUIS) ทำการประเมินผล 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน เท่ากับ 16 14 และ 13 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุอาการแสดง และอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองถูกต้อง ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากการประเมินผล 3 ครั้ง เท่ากับ 7, 10 และ 13 คะแนน ตามลำดับ

ขณะเดียวกันเมื่อการประเมินผลด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ละด้านโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้นจากเดิม (คะแนน 2 เป็น 3.33) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง-สูง สรุปผลการติดตามการรับรู้และพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ตามปกติ ผู้ป่วยมีการปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมโรคได้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความเชื่อที่ถูกต้องในการหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ ผู้ป่วยได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเอง สะท้อนการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ วางแผนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยมาแล้วจะเห็นภาพและเข้าใจสภาพของความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน รับรู้ได้ว่าต้องใช้เวลายาวนานในการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้และให้ความหมายกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจึงมีการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามคำแนะนำที่ได้รับได้ในที่สุด¹⁹

สรุปและอภิปราย

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นับเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแขนขา ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตในด้านลบ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การตัดสินใจรับการรักษา การประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของโรค เป็นสาเหตุของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ด้วยตนเองได้ ส่งผลให้มีปัญหาด้านจิตใจขึ้นในระยะยาว ซึ่งจะเห็นได้ว่ารูปแบบการพยาบาลในการจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่ผู้เขียนได้จัดกระทำขึ้นเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เข้าใจแผนการรักษาที่ได้รับการพยากรณ์โรค การรับมือกับความรู้สึกไม่แน่นอนอย่างเหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล รวมถึงต้องใช้ประสบการณ์วิชาชีพทางคลินิกร่วมกับการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีการประเมินปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ความรู้เกี่ยวกับเจ็บป่วย ความบกพร่องทางด้านการร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อปรับกิจกรรมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Collaborators GBDS. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021; 20(10): 795–820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
2. World Stroke Organization. Up again after stroke [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 15]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/>.
3. Division of Non Communicable Disease Department of Disease Control. Stroke disease and sign of stroke [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 6]. Available from <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14331&tid=&gid=1-015-004>.
4. Sansuk S, Phonmeesak J, Arrirak N, et al. The development of community health system to health care service system for stroke among elderly, Yasothon province. *AJCPH.* 2022; 8(4): 195–204. Thai.

5. Hirunkhro B. Care management model for elderly stroke patient at home. *EAU Heritage*. 2017; 11(3): 11–21. Thai.
6. Mamom J, Daovisan H. How buddhist religious care is incorporated for end-of-life stroke patients receiving palliative care at home during the COVID-19 pandemic: Revisiting constructivist grounded theory. *Religions*. 2020; 13(10): 1000. doi: 10.3390/rel13101000.
7. Mamom J, Daovisan H. Listening to caregivers' voices: The informal family caregiver burden of caring for chronically ill bedridden elderly patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(1): 567. doi: 10.3390/ijerph19010567.
8. Mishel MH. Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarship*. 1988; 20(4): 225–32. doi: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x.
9. Pimpava A, Leelahakul V, Toskulkao T. The uncertainty in illness of caregivers in ischemic stroke patients. *CUTJ*. 2016; 22(3): 329–39. Thai.
10. Arammuang S, Toskulkao T, Leelahakul V. The effects of information and emotional support program on uncertainty of illness and stress coping among caregivers of traumatic brain injury patients. *Songklanagarind J Nurs*. 2019; 39(3): 77–89. Thai.
11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
12. Matchim Y, editors. Palliative care: Application of knowledge to practice. Pathum Thani: Thammasat University Press; 2022. Thai.
13. Alligood MR. Nursing theorists and their work. 10th ed. India; 2022.
14. Zhou Y, Zhou Y. Non-adaptive cognitive emotion regulation mediates the relationship between disease uncertainty and acute stress disorder in patients with ischaemic stroke. *Front. Psychiatry*. 2024; 15: 1319848. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1319848.
15. Hancharoenkun S, Wongsunpharat B, Wonghongkul T. Factor influencing uncertainty in illness among children with cancer receiving chemotherapy. *TJN*. 1991; 40(1): 11–26. Thai.
16. Hagen KB, Aas T, Lode K, et al. Illness uncertainty in breast cancer patients: validation of the 5-item short form of the mishel uncertainty in illness scale. *Eur J Oncol Nurs*. 2015; 19(2): 113–9.
17. Neurological Institute of Thailand. Clinical nursing practice guideline for stroke [Internet]. 2024 [cited 2024 June 28]. Available from: https://nit.go.th/cpg_cnpng
18. Jittanoon P, Buapetch A, Saksornngmuang P, et al. Cerebrovascular knowledge and preventive behaviors of cerebrovascular risk group: A case study of huinang sub-district, Trang province. *Songklanagarind J Nurs*. 2021; 41(2): 13–25. Thai.
19. Kongkaew O, Naka K, Kritpracha C. Illness representation and recurrence prevention behaviors in elderly with stroke. *JRN-MHS*. 2020; 40(1): 115–28. Thai.
20. Choengsa-ard N, Banglu W. Effectiveness of intermediate care for stroke patients through case management of Atsamat district health service network Roi Et province. *Public Health Innov R&D*. 2024; 5(1): 17–26. Thai.
21. Jandee G. Nursing care of patients with atrial fibrillation treated with warfarin: Case study. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2020; 4(8): 244–65. Thai.
22. Ketvatimart M. The roles of professional nurses in the management of stroke patients. *J Hlth Sci Res*. 2017; 11(2): 71–80. Thai.

รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

23. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. Nutrition in the stroke patient [Internet]. 2017 [cited 2024 June 28]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1298>
24. Pinkaeol T, Thiangthum W, Pichayapinyo P. The effects of the application of the health belief model and family support program on recurrence stroke prevention among first episode stroke survivors swelling in a rural community. NJPH. 2022; 32(3): 36–51. Thai.
25. Kunyodying T, Pothiban L, Khampolsiri T. Dependency of the elderly with stroke, caregiver burden, social support, and quality of life among older caregivers. TJN. 2015; 42(Supply): 107–17. Thai.
26. Piyahirun C, Kasiphol T, Prasertsong C. Effects of a self-efficacy promotion program for stroke caregivers. HCU Journal. 2018; 22(43–44): 130–42. Thai.
27. Wattradu D, Shanapa N, Tawongpea N, et al. Effects of health promotion program on self care knowledge, anxiety and behavioral change in stroke patients and caregivers. Thai J. Cardio–Thorac Nurs. 2010; 21(2): 18–33. Thai.
28. Jullamate P. Nurse care for older adult with stroke. 2nd ed. Faculty of Nursing, Burapha University; 2023. Thai.
29. Naklan S, Thongni M. Health status, health access and the quality of life in stroke patients in Muang district, Phetchabun province. J Hlth Sci Res. 2016; 10(1): 62–9. Thai.
30. Khumsa-ard S, Thiangtham W, Suwan-ampai P. Behavior factor related to recurrent stroke. J. Public Health Nursing. 2017; 31(Suppl): 13–26. Thai.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาคุณภาพบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ เป็นวารสารที่มีการควบคุมคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากหลายสถาบัน จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประเมินคุณภาพบทความในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2564-2567) ดังรายชื่อต่อไปนี้

- | | |
|--|---|
| 1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา คุณทรงเกียรติ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3 รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลลวิ ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 6 รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7 รองศาสตราจารย์ ดร.ซังคเนศ์ แพรขาว | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8 นางสมจิตร ห่องบุตรศรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 9 รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 10 รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข ศิริพูล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 11 รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นันทบุตร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 12 รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
(เกษียณ) | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 13 รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 14 รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปริสัณณกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 15 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล นันทชัยพันธ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 16 รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 17 รองศาสตราจารย์ ดร.จิตติณัฐ อัครเดชอนันต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 18 รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี วรกิจพูนผล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 19 ศาสตราจารย์ ดร.ภัทรภรณ์ ภัทรสกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 20 รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 21 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิยา นารินทร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 22 รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 23 รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 24 อาจารย์ ดร.हरषा เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 25 รองศาสตราจารย์ ดร.จินพิชญ์ษา (มะम्म) สาธิยมาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์ |
| 26 รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 27 รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรณัฐ ห้านิวัติชัย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |

- 28 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุไรรัตน์ กีบาง
 - 29 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุณพริกา ชาทรีวัฒนกุล
 - 30 รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์
 - 31 รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
 - 32 ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ตะปันทา
 - 33 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย รัตนกริฑากุล
 - 34 รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์
 - 35 รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ
 - 36 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี
 - 37 รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์
 - 38 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภัก เภตราสุวรรณ
 - 39 รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาวรรณ หนูคง
 - 40 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม
 - 41 รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน
 - 42 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม
 - 43 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แว่ววิรุคูปต์
 - 44 รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ
 - 45 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์
 - 46 รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน
 - 47 รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษี
 - 48 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์
 - 49 รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต
 - 50 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา
 - 51 รองศาสตราจารย์ ดร.กัณฑพร ยอดไชย
 - 52 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์
 - 53 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ
 - 54 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย
 - 55 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตใจ เวชประสิทธิ์
 - 56 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี คำจันทร์
 - 57 รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกานต์ กาละ
 - 58 รองศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย
 - 59 รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ชัชเวช
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(เกษียณ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(เกษียณ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

60 รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
61 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมัลย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
62 รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
63 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
64 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	นักวิชาการอิสระ
65 ดร.กฤษดา แสงดี	นักวิชาการอิสระ
66 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ	นักวิชาการอิสระ
67 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
68 รองศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง อีระทองคำ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
69 รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
70 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสริมศรี สันตติ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
71 รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
72 ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
73 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อินทรา รูปสว่าง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
74 รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
75 รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
76 ดร.มารีสา สุวรรณราช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
77 รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
78 รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
79 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชิตชนก มยุรภักดิ์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
80 คุณกัญญา ปุกคำ	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช



สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
Advanced Practice Nurse Association (Thailand)

อาคารนครินทร์ศรี กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0 2596 7576 โทรสาร 0 2951 0150

คำสั่งสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
ที่ 001/2567

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 78 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประกอบกับข้อบังคับของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) พ.ศ. 2552 หมวด 3 คณะกรรมการและหน้าที่รับผิดชอบ กำหนดจำนวนกรรมการ คุณสมบัติ หลักเกณฑ์ วิธีการสรรหา การเลือกนายกสมาคมและกรรมการ วาระการดำรงตำแหน่ง และการพ้นจากตำแหน่งของคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ 2/2567 วันที่ 18 มีนาคม 2567 จึงแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการอำนวยการสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

คณะกรรมการอำนวยการ

1. รศ.ดร.ประณีต	สงวัฒนา	นายกสมาคม
2. ผศ.ดร.จริยา	วิหะศุภกร	อุปนายก
3. พว.จินตนา	พรรณเนตร	เลขานุการ
4. รศ.ดร.ปิยะนุช	ชูโต	วิชาการ
5. รศ.ดร.ยาใจ	สิทธิมงคล	วิชาการ
6. พว.กัญจนา	ปุกคำ	วิชาการ
7. ศ.ดร.นพวรรณ	เปี่ยมชื่อ	วารสาร
8. รศ.ดร.จินพิชญชา	สาธิตมาส	วารสาร
9. พว. บำเหน็จ	แสงรัตน์	วารสาร
10. พว. สุทธิพันธ์	ณอมพันธ์	วารสาร
11. พว.พัชร	ประไพพิณ	เหรียญก
12. พว.ศิริทิพย์	สงวนวงศ์วาน	ปฏิคม
13. พว. เนาวนิตย์	พลพินิจ	นายทะเบียน
14. พว.อรทัย	บัวคำ	ประชาสัมพันธ์
15. พว. ศุภมาส	บำรุงรัตน์	สวัสดิการ
16. พว. คมเนตร	สกุลธนะศักดิ์	จัดหาทุน
17. พว.พิมพ์นิภา	ศรีนพคุณ	ผู้จัดการสำนักงาน

คณะกรรมการมีหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2570

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต สงวัฒนา)

นายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย (Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice: tjnmp) เป็นวารสารวิชาการฉบับภาษาไทย ดำเนินการโดย สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย โดยการสนับสนุนของสภาการพยาบาล เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา นวัตกรรมและการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” กรุณาศึกษาแนวทางการเขียนตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ดังนี้

(หมายเหตุ: คำแนะนำฉบับนี้ให้เริ่มใช้กับบทความที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2567 เป็นต้นไป)

1. เงื่อนไขในการตีพิมพ์บทความ

1.1 ผู้พิมพ์จะต้องเตรียมต้นฉบับบทความ การอ้างอิงให้เป็นไปตามรูปแบบที่วารสารฯ กำหนด และผู้พิมพ์จะต้องนำส่งบทความ (Submit) ด้วยบัญชี (ThaiJO User Account) ของผู้พิมพ์ผ่านระบบ ThaiJO ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/about/submissions>

1.2 บทความต้นฉบับที่ส่งมารับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ จะต้องไม่เคยเผยแพร่หรือกำลังอยู่ในระหว่างการประเมินของวารสารอื่น

1.3 บทความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง (แล้วแต่กรณี) ให้ผู้เขียนแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองมาพร้อมกับบทความที่ส่งมารับการพิจารณาตีพิมพ์

1.4 ผู้พิมพ์จะต้องส่งผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมบทความจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Turn-It-In หรือโปรแกรม Copy Catch หรือโปรแกรมอื่นที่เป็นที่ยอมรับ

1.5 มีรายการอ้างอิงทั้งในเนื้อหาและท้ายบทความครบถ้วน ตรงกัน และถูกต้องตามรูปแบบ Vancouver ที่วารสารฯ กำหนด

1.6 หากบทความได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ผู้เขียนจะมีค่าใช้จ่ายตามอัตราค่าตีพิมพ์ โดยชำระเงินค่าธรรมเนียมหลังจากได้รับแจ้งจากทางวารสารฯ แล้วเท่านั้น

1.7 บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ จะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาของบทความ จากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่าน โดยในกระบวนการประเมินคุณภาพจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด (Double Blind Peer Review)

1.8 บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นและเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนและคณะฯ เท่านั้น ทางวารสารฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย หรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมด้วยแต่อย่างใด

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟท์ เวิร์ด (Microsoft Word) ใช้ตัวอักษร AngsanaUPC ขนาดหน้ากระดาษ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 12 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ตามที่วารสารกำหนด

2.2 ประเภทบทความ (เช่น บทความวิจัย (research article) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (capstone project) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (development of practice guidelines) รายงานกรณีศึกษา (case report) บทความวิชาการ (academic article) บทความปกิณกะ (miscellaneous) และอื่น ๆ) ให้พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาด 18 point และจัดให้ชิดขวา (Align Right) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2.3 ชื่อบทความ ใช้ตัวหนา ขนาด 18 point โดยจัดให้อยู่กลาง (Center) หน้ากระดาษ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2.4 ชื่อผู้เขียนและคุณวุฒิ (สาขา ถ้ามี) ใช้ตัวเอียง ขนาด 16 point มีเลขอารบิกยกเป็นเชิงบรรทัดหน้าชื่อผู้แต่ง โดยให้อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และจัดชิดขวา (Align Right)

2.5 ตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงาน/สังกัดของผู้เขียน อีเมลของผู้รับผิดชอบหลัก (Corresponding Author) และสถานะของรายงานการวิจัย (กรณีเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์) ใช้ตัวเอียง ขนาด 16 point ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัดในหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.6 บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งไทยและอังกฤษ ใช้ตัวปกติ ขนาด 16 point มีจำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

2.7 คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีจำนวน 3-5 คำ คั่นคำสำคัญด้วย ; (กรณีเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวอักษรพิมพ์เล็ก) คำสำคัญให้เรียงลำดับตามเนื้อหา

2.8 เนื้อหา พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาด 16 pt และให้เรียงหัวข้อ ตามลำดับ ดังนี้

1) บทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

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

- ข้อเสนอแนะ
 - เอกสารอ้างอิง
- 2) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (Capstone project) ประกอบด้วย
- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
 - ความเป็นมาและความสำคัญ
 - วัตถุประสงค์
 - วิธีการดำเนินโครงการ
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - ผลการดำเนินโครงการ
 - อภิปรายผล (ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินโครงการ)
 - ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้
 - เอกสารอ้างอิง
- 3) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ประกอบด้วย
- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
 - ความเป็นมาและความสำคัญ
 - วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม
 - วิธีการทบทวนวรรณกรรม
 - การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
 - การประเมินคุณภาพและคัดเลือกวรรณกรรม
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - การนำเสนอผล
 - ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรม
 - ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้
 - เอกสารอ้างอิง
- 4) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Development of clinical practice guidelines) ประกอบด้วย
- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
 - ความเป็นมาและความสำคัญ
 - วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
 - การประเมินคุณภาพและคัดเลือกหลักฐาน

- แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
- ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
- ข้อจำกัดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- เอกสารอ้างอิง

5) รายงานกรณีศึกษา (Case study/report) ประกอบด้วย

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

6) บทความวิชาการ (Academic article) ประกอบด้วย

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

2.9 เอกสารอ้างอิง ไม่ควรเกิน 25 รายการ (เขียนเป็นภาษาอังกฤษ) และต้องมีอายุไม่เกิน 10 ปี และในกรณีที่มีความจำเป็นบรรณธิการฯ จะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

2.10 ตาราง ภาพประกอบ หรือแผนภูมิ (ถ้ามี) ตารางให้มีจำนวนไม่เกิน 3 ตาราง ภาพ หรือ แผนภูมิให้มีจำนวนไม่เกิน 2 ตาราง โดยระบุในเนื้อเรื่อง ไม่ต้องพิมพ์แยก (กรณีคัดลอกจากแหล่งอื่นที่อาจมีลิขสิทธิ์และการอ้างอิงหรือขออนุญาตด้วย)

ตัวอย่างภาษาไทย

ประเภทบทความภาษาไทย ขนาด 18pt

ชื่อบทความภาษาไทย ขนาด 18pt

ชื่อผู้แต่งภาษาไทยคนที่ 1¹ ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาไทย (ชื่อสาขาภาษาไทย ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

ชื่อผู้แต่งภาษาไทยคนที่ 2² ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาไทย (ชื่อสาขาภาษาไทย ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

บทคัดย่อ: เนื้อหาให้เขียนบรรยายประกอบไปด้วยองค์ประกอบของวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และ ข้อเสนอแนะ จำนวนไม่เกิน 300 คำ (ขนาด 16 pt)

.....

.....

คำสำคัญ: คำที่ 1; คำที่ 2; คำที่ 3; คำที่ 4; คำที่ 5 (จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามเนื้อหา)

¹ตำแหน่งทางวิชาการภาษาไทย (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 1 จังหวัด

²ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 2 จังหวัด

ตัวอย่าง เช่น

- กรณีผู้พิมพ์เป็นนักศึกษา

¹นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

- กรณีผู้พิมพ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

- กรณีผู้พิมพ์เป็นอาจารย์

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

⁴ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

- หากผู้พิมพ์ท่านใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้ระบุอีเมลที่ผู้พิมพ์ ตัวอย่างเช่น

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: praneed.s@psu.ac.th

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ

ประเภทบทความภาษาอังกฤษ ขนาด 18pt

ชื่อบทความภาษาอังกฤษขนาด 18pt

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษคนที่ 1¹ ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาอังกฤษ (ชื่อสาขาภาษาอังกฤษ ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษคนที่ 2² ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาอังกฤษ (ชื่อสาขาภาษาอังกฤษ ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

Abstract: เนื้อหาให้เขียนบรรยายประกอบไปด้วยองค์ประกอบของวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และ ข้อเสนอแนะ จำนวนไม่เกิน 300 คำ ให้สอดคล้องกับภาษาไทย (ขนาด 16 pt)

Keywords: คำที่ 1; คำที่ 2; คำที่ 3; คำที่ 4; คำที่ 5 (จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามเนื้อหา ให้สอดคล้องกับภาษาไทย)

¹ ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 1 จังหวัด

² ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 2 จังหวัด

ตัวอย่าง เช่น

- กรณีผู้พิมพ์เป็นนักศึกษา

¹ Master of Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

- กรณีผู้พิมพ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ

¹ Registered nurse, Professional Level, Songklanagarind Hospital, Songkhla

¹ Registered nurse, Senior Professional Level, Songklanagarind Hospital, Songkhla

- กรณีผู้พิมพ์เป็นอาจารย์

² Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla,

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

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

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

- หากผู้พิมพ์ท่านใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้ระบุอีเมลที่ผู้พิมพ์ที่ ดังนี้

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla; Corresponding author,
E-mail: praneed.s@psu.ac.th

เนื้อหา (เรียงลำดับหัวข้อตามประเภทของบทความนั้น ๆ ที่วารสารฯ กำหนด) เช่น
ความเป็นมาและความสำคัญ

วัตถุประสงค์

ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือในการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล)
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย (กรณีเป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

อภิปรายผล

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง (ไม่ควรเกินจำนวน 25 รายการ และเขียนเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ)

1.
2.
3.

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การอ้างอิงในเนื้อหา (In – Text Citation) และการอ้างอิงท้ายบท (Reference) ดังนี้

1. การอ้างอิงเนื้อหา (In – Text Citation)

1.1 แบบเน้นผู้เขียน ให้ใส่เลขอารบิกกหลังชื่อผู้เขียน เช่น

...คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูป ของ Polit and Beck²⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20....

...เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wang, et al.²² ซึ่งรายงานว่า การมีแหล่งสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้านช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นและช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย...

โปรดสังเกต

- 1) หากผู้เขียนมีจำนวน 2 คน ให้เชื่อมนามสกุลผู้แต่งด้วย and เช่น Boonsanu and Yunibhand
- 2) หากผู้เขียนมีจำนวน 3 คน ให้เชื่อมนามสกุลผู้แต่งด้วย , และ and เช่น Sangkaew, Nukaew and Suttharangsee
- 3) หากผู้เขียนมีจำนวนมากกว่า 3 คน ให้ลงนามสกุลผู้แต่งเพียง 1 คนแล้วตามด้วย , et al เช่น Punja, et al.

1.2 แบบเน้นเนื้อหา ให้ใส่เลขอารบิกกหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น

...โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มและมีความชุกสูงขึ้นพบว่าเกือบ 700 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 8 ของประชากรทั่วโลกเป็นโรคไตเรื้อรัง¹....

....ซึ่งโทรศัพท์มือถือเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับคามนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ ¹⁴⁻¹⁶....

....จากปัญหาความไม่เพียงพอของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นอุปสรรคหนึ่งของกระบวนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง^{8,12}...

โปรดสังเกต: การอ้างอิงในเนื้อหาแบบหลายรายการ หากเลขอ้างอิงมีลำดับที่เรียงกันอย่างต่อเนื่อง ให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างเลข เช่น ^{11- 16} หรือ ⁶⁻⁷ แต่ถ้าเลขอ้างอิงไม่เรียงกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างเลข เช่น ^{8,11,25}

2. การอ้างอิงท้ายบท (Reference) มีหลักการเขียนดังนี้

2.1 พิมพ์รายการอ้างอิงตามลำดับที่ได้อ้างอิงไว้ในเนื้อหาเป็นภาษาอังกฤษ

2.2 พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย หากรายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัดให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก

2.3 รูปแบบการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงท้ายบท (Reference) ตามประเภทของเอกสาร

1. หนังสือ (Book)

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

¹Pornnoppadol C. Attention deficit hyperactivity disorder. Bangkok: Siriraj Book; 2018. Thai.

²Sitdhiraksa N, Wansawak K, Wanrit K, et al. Psychiatry Siriraj DSM-V. 2nd ed. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing; 2015. Thai.

³Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. Multivariate data analysis. 7th ed. New Jersey: Pearson Education; 2010.

นามสกุลบรรณาธิการ อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี), editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

2. หนังสือที่มีเฉพาะบรรณาธิการเป็นผู้รวบรวม (Edited Book)

ตัวอย่าง

¹Norasan S, Saibai P, editors. Trauma nursing. Bangkok: Ramathibodi Hospital; 2016. Thai.

3. บทที่อยู่ในหนังสือ (Chapter in Book)

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อบท. In: นามสกุลบรรณาธิการ อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี), editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. บทความในวารสาร (Journal/E-journal) ตัวอย่าง

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกกลาง (ถ้ามี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีพิมพ์; ปีที่ (ฉบับที่): เลขหน้าแรก – หน้าสุดท้าย. doi: (ถ้ามี).

ตัวอย่าง

¹Paiva ED, Zanchetta MS, Londoño C. Innovation in thinking and scientific action: The method of design thinking for nursing. Escola Anna Nery. 2020; 24(4): 1–5. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0304.

5. การอ้างอิงจากเว็บไซต์ (Internet/Website) ตัวอย่าง

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกกลาง (ถ้ามี) หรือชื่อหน่วยงาน หรือชื่อเว็บไซต์ [internet]. ปีที่เผยแพร่ [cited ปี เดือน วัน]. Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

¹Cox M. Design thinking in healthcare [Internet]. 2015 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281408556_Design_Thinking_in_Healthcare.

²Department of Disease Control, Division of Communicable Disease. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation: Public health measures and barriers to disease prevention among traveler [Internet]. 2021 [cited 2022 May 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.

³Wood-database.com. Balsa [Internet]. [date unknown] [cited 2023 Feb 3]. Available from: <https://www.wood-database.com/balsa>.

6. วิทยานิพนธ์ตัวอย่าง

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกกลาง (ถ้ามี). ชื่อเรื่อง [dissertation]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์. จำนวนหน้าทั้งหมด.

ตัวอย่าง

¹Balthip Q. Achieving harmony of mind: A grounded theory study of people living with HIV/AIDS in the Thai context [dissertation]. New Zealand: Massey, Palmerton North, University; 2010. 301p.

7. บทความที่นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ (Conference Paper)

ตัวอย่าง

¹Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182–91.

โปรดสังเกต

- 1) หากผู้เขียนมีจำนวนไม่เกิน 3 คน ให้ลงนามสกุลผู้แต่งทุกคน เช่น
Nukaew O.
Sangkaew T, Nukaew O, Suttharangsee W.
Boonsanu K, Yunibhand J.
- 2) หากผู้เขียนมีจำนวนมากกว่า 3 คน ให้ลงนามสกุลผู้แต่งเพียง 3 คนแล้วตามด้วย , et al เช่น
Punja S, Shamseer L, Hartling L, et al.
- 3) ชื่อหนังสือให้ใช้อักษรพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกของชื่อเรื่อง/บทความ อักษรตัวแรกที่อยู่หลังเครื่องหมาย : และชื่อเฉพาะ เช่น
Interpersonal relations in nursing. (I คือ อักษรแรกของชื่อเรื่อง/บทความ)
Data and statistics of child psychiatry report: Southern Institute of Child and Adolescent Psychiatry (ชื่อหน่วยงานเป็นชื่อเฉพาะ)
Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? (อักษรตัวแรกที่อยู่หลังเครื่องหมาย :)
- 4) หากปรากฏผู้แต่งที่เป็นนิติบุคคล เช่น ชื่อหน่วยงาน ชื่อเว็บไซต์ ให้ลงชื่อหน่วยงาน ชื่อหนังสือชื่อหนังสือ หรือชื่อเว็บไซต์นั้น ๆ หากมีหน่วยงานย่อยให้ค้นด้วย , เช่น
¹Ministry of Interior, Center for COVID-19 Situation Admiration (CCSA)
- 5) ครั้งที่พิมพ์ ให้ระบุเฉพาะหนังสือที่ตีพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป เช่น
2nd ed. (โดย nd ไม่ต้องเป็นตัวยก และเขียนติดกับตัวเลข)
- 6) สถานที่พิมพ์ ให้ใช้ชื่อจังหวัด หรือเมืองที่พิมพ์ เช่น New Jersey New York หากเป็นเมืองที่ยังไม่ได้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ให้ระบุชื่อย่อของรัฐ เช่น
Boca Raton (FL):
Hartford (CN):
- 7) สำนักพิมพ์ ให้ตัดส่วนอื่น ๆ ออก เช่น Publisher, Publishing, Limited, Company, Co. เป็นต้น ให้เหลือไว้เพียงชื่อของสำนักพิมพ์ และในกรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ชื่อสถาบันที่ผู้แต่งสังกัดแทน แต่ถ้าไม่สามารถระบุสังกัดของผู้แต่งได้ ให้เขียนว่า [publisher unknown]

- 8) ปีที่พิมพ์ให้ใช้เป็น ค.ศ. หากไม่สามารถระบุปีพิมพ์ได้ให้เขียนว่า [date unknown]
- 9) เดือนที่อ้างถึง (cited) ให้ใช้แบบย่อ และเรียงจาก ปี เดือน วันที่ เช่น [cited 2023 Sep 13]
- 10) ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อโดยสามารถค้นหาชื่อย่อของวารสารภาษาไทยที่อยู่ในฐาน TCI ได้ที่ <https://tci-thailand.org/list%20journal.php> หากไม่ได้อยู่ในฐาน TCI ให้ใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษของวารสารนั้น ๆ สำหรับการค้นหาชื่อย่อของวารสารภาษาอังกฤษ ได้จาก <https://www.nlm.nih.gov> ทั้งนี้หากวารสารไม่มีชื่อย่อให้ใช้ชื่อเต็มภาษาอังกฤษของวารสาร
- 11) วารสารที่มีฉบับเพิ่มเติม (Volume with Supplement) หรือเป็นฉบับพิเศษของฉบับที่ (Issue with Supplement) ให้ใช้คำย่อเป็น Suppl เช่น
 - 40(Suppl) (เป็นฉบับเพิ่มเติมของ Volume 40)
 - 25(7Suppl) (เป็นฉบับพิเศษของ Issue 7)
- 12) เลขหน้า ให้ใช้แบบย่อ เช่น
 - หน้า 320 – 380 ให้เขียนเป็น p. 320–80.
 - หน้า 120 – 129 ให้เขียนเป็น p. 120–9.
- 13) เลข doi บทความใดที่มี doi ให้ใส่ด้วย และเขียนแบบสั้น โดยการตัด <https://doi.org/> ออก เช่น doi: <https://doi.org/10.1007/BF0098859322> เขียนเป็น doi: 10.1007/BF0098859322
- 14) หนังสือ/บทความภาษาไทย ให้ลงท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย Thai.
- 15) การอ้างอิงข้อมูลแต่ละส่วนให้เว้น 1 บรรทัด

การส่งบทความและการตีพิมพ์ในวารสาร

ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” กรุณาศึกษาแนวทางการเขียนตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน [Author Guidelines]” ทางระบบออนไลน์ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/apij/information/authors> ก่อนการเตรียมต้นฉบับ แล้วดำเนินการลงทะเบียนโดยกดเลือก (register) และดำเนินการลงทะเบียนให้เรียบร้อยจึงจะสามารถ log in เพื่อส่งบทความทางระบบออนไลน์เข้ารับการพิจารณาตามกระบวนการของวารสารฯ โดยบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ จะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรงกับสาขาอย่างน้อย 3 ท่าน และบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นและเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนและคณะฯ เท่านั้น ทางวารสารฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย หรือไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมด้วยแต่อย่างใด

เงื่อนไขการตีพิมพ์บทความ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ตระหนักถึง “จริยธรรมในการตีพิมพ์บทความ โดยเฉพาะในการป้องปรามมิให้มีกรกระทำอันเป็นกรลอกเลียนงานวรรณกรรมของบุคคลอื่น” จึงขอให้ผู้ที่จะเสนอบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ส่งผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมบทความของท่านจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ “Turn-It-In” หรือโปรแกรม Copy Catch หรือโปรแกรมอื่นที่เป็นที่ยอมรับ แนบส่งมาพร้อมกับบทความที่นำเสนอด้วย โดยทางวารสารจะนำผลการตรวจสอบไปกับบทความประกอบการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ