พยาบาลสาร: Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



วารสาร พยาบาลสาร Nursing Journal

ISSN 0125-5118

ปีที่ 48 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2564 • Nursing Journal Volume 48 No.2 April-June 2021

ที่ปรึกษา (Consultant)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมนุกูล	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Thanee Kaewthummanukul, PhD, RN	Dean Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ มีสุขโข	รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Jutarat Mesukko, PhD, RN	Associate Dean Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Wichit Srisuphan, DrPH, RN	Professor
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์	ศาสตราจารย์
Pranom Othagnont, RN, M.E.D.,Ed.D.	Professor
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	ศาสตราจารย์
Somchit Hanucharurnkul, PhD, RN	Professor

บรรณาธิการ (Editor)

ศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Areewan Klunklin, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nantaporn Sansiriphun, PhD, RN, APN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภู่ไพบูลย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Rutja Phuphaibul, DNS, RN	Faculty of Nursing, Mahidol University
ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Veena Jirapaet, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Warunee Fongkaew, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
Phechnoi Singchugcha, PhD, RN	Faculty of Nursing, Christian University
ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Darawan Thapinta, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Aranya Chaowalit, PhD, RN	Faculty of Nursing, Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Ampornpan Teeranud, PhD, RN	Faculty of Nursing, Khon kaen University

รองศาสตราจารย์. ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Kannika Kantaruksa, PhD, RN	Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
รองศาสตราจารย์. ดร. นัทธมน วุทธานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nuttamon Vuttanon, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช ชูโต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Piyanut Xuto, PhD, RN, APN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pimpaporn Klunklin, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Wanchai Lertwatthanawilat, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี วรกิจพูนผล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Patcharee Woragidpoonpol, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Apiradee Nantsupawat, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Weeraporn Suthakorn, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Kwaunpanomporn Thummathai, MSC, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรนุช กิตสัมบันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Varanut Kitsumban, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nattaya Suwankruhasn Ph.D, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Benjamas Suksatit, PhD, RN, APN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Waruntorn Jongrungrotsakul, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา มีชำนาญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chutima Meechamnan, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Piyaporn Prasitwattanaseree, MP.H., RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN	The University of Alabama at Birmingham, School of Nursing
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN	University of Washington, Seattle, USA
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA	National Taiwan University Department of Nursing, College of Medicine National Taiwan University Hospital, Taiwan
Tonda Hughes, Ph.D, RN, FAAN	University of Illinois at Chicago (UIC), College of Nursing, Department of Health Systems Science, USA
Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN	WMU Bronson School of Nursing, USA
Mari Kondo, Ph.D	Faculty of Nursing, Toho University, Japan
Karry Liu Ming, PhD, RN	School of Health Science, Macao Polytechnic Institute, Hong Kong
Pamela H. Mitchell PhD, RN, FAHA, FAAN	Biobehavioral Nursing @ Health Systems, School of Nursing University of Washington, USA

Alan Pearson, PhD, RN, FRCNA, FCN, FAAG,FRCN	The Joanna Briggs InstituteSchool of Translational Health Science Faculty of Health Sciences The University of Adelaide, Australia
Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN	The University of North Carolina at Chapel Hill, School of Nursing, USA
Josefina A. Tuazon, DPH, RN,	College of Nursing, University of Philippines Manilla, The Philippines
Lynda Wilson, PhD, RN, FAAN	School of Nursing The University of Alabama at Birmingham, USA
Nancy Fugate Woods, PhD, RN, FAAN	Biobehavioral Nursing and Health Systems University of Washington Seattle, USA
Hu Yan, PhD, RN	School of Nursing, Fudan University, China

บรรณาธิการการจัดการ (Managing Editor)

อาจารย์ ดร. รุจาธร อินทรตุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Rujadhorn Indratula, PhD, RN,	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ ดร. กาญจนา ธานะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Kanjana Thana, PhD, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ วรรณิตา สอนกองแดง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Wannita Sonkongdang, RN	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางอนุสรา ต๊ะพรหม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Anusra Thaprom	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวชลลดา กองสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chonlada Kongsook	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาววริษา วิกะศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Warisa Wikasillp	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางมาริสา คุปตารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Marisa Guptarak	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นายสุพจน์ เชี่ยวชาญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Supoj Cheiwchan	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวพรธิดา คำมงคล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pornthida Kummongkol	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Editorial office) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
http://www.TCI-Thaijo.org/index.php/cmunursing

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับวารสารพยาบาลสาร สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์

วารสารพยาบาลสาร ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นการเผยแพร่ผลงานวิชาการของนักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา ผู้ที่สนใจในวิชาชีพการพยาบาล และผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการวารสารพยาบาลสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไปโดยพยาบาลสารเปิดรับ บทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องที่กองบรรณาธิการฯ มีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะตีพิมพ์ในพยาบาลสาร

วัตถุประสงค์และขอบเขต

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของพยาบาล นักวิจัย นักศึกษา และ นักวิชาการในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างบุคลากรที่อยู่ในวงการวิชาชีพการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความวิชาการ (Academic article)
3. บทความพิเศษ

กำหนดการออกวารสารปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม
ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน
ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน
ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

การพิจารณาบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณา และตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

จริยธรรมของการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าของผู้เขียน(Duties of Author)

1. บทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และจะต้องแน่ใจว่าผลงาน ดังกล่าวนั้นไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น

2. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ

3. ตรวจสอบการเขียนบทความ ให้ถูกต้องตามรูปแบบตามข้อกำหนดของวาสาร

4. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมด ที่ปรากฏในบทความวิจัยทุกคนต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยจริง

5. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยจะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว

2. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน

3. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้นเป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือ ทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่นผู้ทรงคุณวุฒิต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันทีเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่

4. ต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่กำหนด

5. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. พิจารณาคุณภาพของบทความให้มีความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร

2. ตรวจสอบคุณภาพบทความในทุกกระบวนการประเมินก่อนการเผยแพร่

3. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และ ไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

4. ไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความที่ผู้วิจัยได้ส่งมายังวารสาร และผลประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำบรรณาธิการมีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้นๆ

ขั้นตอนการประเมินบทความ

การดำเนินการพิจารณาบทความทั้งหมด จะดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของวารสารพยาบาลสาร เป็นไปตามมาตรฐานสากลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนมีหน้าที่ส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของวารสารพยาบาลสารในเว็ปไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: https://www.tci-thaijo.org

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อย

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจสอบ เนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (Plagiarism) ความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของวารสารรวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. กองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรตีพิมพ์ จะดำเนินการจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความ ว่าเหมาะสมที่จะลงตีพิมพ์หรือไม่ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่น ทราบเช่นกัน

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินผลคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วกองบรรณาธิการจะดำเนินการดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบและดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require) ทางกองบรรณาธิการจะส่งคำแนะนำให้ผู้เขียน แก้ไขบทความ และเมื่อแก้ไขเสร็จแล้วให้ ส่งกลับคืนมายังบรรณาธิการ เพื่อพิจารณาใหม่อีกครั้งโดยอาจส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการแก้ไข หรือ บรรณาธิการตรวจสอบ ด้วยตนเอง ซึ่งหากต้องมีการแก้ไขในรอบที่ 2 จะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข และตรวจสอบผลการแก้ไข จนกว่าจะมีเนื้อหาบทความครบถ้วนสมบูรณ์

5.3 กรณีมีความเห็นให้ ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) กองบรรณาธิการ จะส่งจดหมายแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธ

6. หลังจากกองบรรณาธิการได้ส่งข้อมูลการแก้ไขจากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียนบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเอกสาร และจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1และ 2 ทุกข้อตามแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขของวารสารและส่งกลับกองบรรณาธิการ ภายใน 1 สัปดาห์

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในพยาบาลสารนี้จะต้องเป็นสมาชิกของพยาบาลสารจึงจะได้รับการตีพิมพ์ และกองบรรณาธิการ ใคร่ขอความร่วมมือท่านผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 3.81 ซม. ขอบขวา 2.54 ซม. และขอบซ้าย 3.81 ซม. รวมอ้างอิงทั้งหมดต้องไม่เกิน 15 หน้า การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน คำสะกดและคำแปลความหมายใช้ภาษาไทยเป็นหลักและใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การใช้ อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนในครั้งแรกก่อนและไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐานยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยให้เขียนทับศัพท์โดยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความสำหรับวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ e-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) นำดอกจันทร์ไปต่อคำสำคัญส่วนท้ายกระดาษ

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และการอภิปรายผล โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมเป็นประโยคสมบูรณ์และสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 250 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำสำคัญในแต่ละภาษาให้ใช้คำที่สื่อความหมายกับเนื้อหาของงานวิจัย จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามตัวอักษร

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของ<u>บทความวิจัย</u>

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
วัตถุประสงค์การวิจัย
คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
วิธีดำเนินการวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย
การอภิปรายผล
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ส่วนที่ 3 ส่วนเนื้อหาของ<u>บทความวิชาการ</u>

บทนำ (Introduction)
เนื้อหา
บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA6) โดยมีหลักเกณฑ์การลงรายการการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในรายชื่อเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม

2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการแล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ

4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 20 รายการ

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) อย่างเคร่งครัด

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์วารสารฯ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียน ใน ThaiJo ได้บนหน้าเว็บไซต์ของวารสาร

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอนำส่งบทความผ่านทางหน้าเว็ปไซต์ ThaiJo ของวารสารพยาบาลสาร URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing กรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.4 สำเนาใบเสร็จสมาชิก วารสารพยาบาลสาร

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เลขที่ 110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
เบอร์ติดต่อ 053-949100

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสำหรับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต **1**
Factors Related to Practices for Ventilator-Associated Pneumonia Prevention Among Registered Nurses, Neonatal Intensive Care Units

จุฬามณี สมใจ **Churamanee Somjai**
พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น **Pimpaporn Klunklin**
อะเคื้อ อุณหเลขกะ **Akeau Unahalekhaka**

ผลของการให้ความรู้ ข้อมูลย้อนกลับและอุปกรณ์ต่อการปฏิบัติและประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป **13**
Effects of Knowledge, Feedback and Equipment Provision on Practices and Efficiency of Environmental Cleaning Among Personnel in General Hospital

ทัศนีย์ นวลคำ **Tussanee Nuankum**
อะเคื้อ อุณหเลขกะ **Akeau Unahalekhaka**
จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ **Jittaporn Chitreecheur**

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ **26**
Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Central Line-Associated Bloodstream Infection Prevention Among Registered Nurses

พรพิมล อรรถพรกุศล **Pornpimol Attapornkusol**
นงค์คราญ วิเศษกุล **Nongkran Viseskul**
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล **Nongyao Kasatpibal**

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย **37**
Web Application Development for Postdischarge Surgical Site Infection Surveillance

ไพลิน มูลจันทร์ **Pailin Moonchan**
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล **Nongyao Kasatpibal**
วราภรณ์ บุญเชียง **Waraporn Boonchieng**

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ผลของการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน **51**
Effect of Self-Regulation Enhancement on Aseptic Technique Practices of Wound Management Among Registered Nurses in Accident and Emergency Department

รัตนาภรณ์ กองแก้ว **Ruttanaporn Kongkaew**
วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ **Wanchai Lertwatthanawilat**
นงค์คราญ วิเศษกุล **Nongkran Viseskul**

การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน **63**
Development of Smartphone Application in Preventing Infection for School-age Children

รุ่งทิพย์ กันทะวงค์ **Rungthip Kanthawong**
วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ **Wanchai Lertwatthanawilat**
เอกรัฐ บุญเชียง **Ekkarat Boonchieng**
วราภรณ์ บุญเชียง **Waraporn Boonchieng**

การปฏิบัติตามบทบาทและอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลชุมชน **75**
Role Practices and Barriers to Practice Among Infection Control Nurses in Community Hospitals

วารุณี สุวรรณรัตน์ **Warunee Suwanrat**
อะเคื้อ อุณหเลขกะ **Akeau Unahalekhaka**
พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น **Pimpaporn Klunklin**

การปฏิบัติและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต **84**
Practices and Obstacles in Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia Among Registered Nurses in Intensive Care Units

ศรีสุภา เรืองแข **Srisupa Ruangkhae**
อะเคื้อ อุณหเลขกะ **Akeau Unahalekhaka**
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล **Nongyao Kasatpibal**

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน ของโรงพยาบาลชุมชน **95**

Implementation and Barriers in Prevention of Multidrug-Resistant Organisms Transmission Among Community Hospitals

จุไร บาระมี Jurai Baramee
อะเคื้อ อุณหเลขกะ Akeau Unahalekhaka
พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น Pimpaporn Klunklin

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง **107**

Development of Video Media for Preventing Infections in Cancer Patients

นฤมล ผลดี Narumon Pholdee
นงค์คราญ วิเศษกุล Nongkran Viseskul
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล Nongyao Kasatpibal

ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง **119**

Caregiving Burdens and Quality of Life Among Caregivers of Older Adults Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

คมกริช สุทธศรี Khomgrich Suttasri
ภารดี นานาศิลป์ Paradee Nanasilp
วณิชา พึ่งชมพู Wanicha Pungchompoo

ผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง **132**

Effect of the Family Centered Care Program on Anxiety Among Caregivers of Stroke Patients

ปวีณา ยศสุรินทร์ Paweena Yotsurin
จินดารัตน์ ชัยอาจ Jindarat Chaiard
ชมพูนุท ศรีรัตน์ Chomphoonut Srirat

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต **146**
Factors Predicting Self-Management Among Older Persons with Benign Prostatic Hyperplasia

อภินภัส	**ประจวบ**	**Aphinphus**	**Prajuab**
โรจนี	**จินตนาวัฒน์**	**Rojanee**	**Chintanawat**
กนกพร	**สุคำวัง**	**Khanokporn**	**Sucamvang**

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ **158**
Knowledge, Attitudes, and Practice in Caring for Diabetic Patients with Sexual Dysfunction

ชยธิดา	**ไชยวงษ์**	**Chayatida**	**Chaiwong**
จิราภรณ์	**เตชะอุดมเดช**	**Chiraporn**	**Tachaudomdach**
ประทุม	**สร้อยวงค์**	**Pratum**	**Soivong**

ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง **170**
Effect of Preparation for Discharge Readiness on Post-Discharge Coping Difficulties Among Caregivers of Older People with Stroke

สุพจน์	**ดีไทย**	**Supot**	**Deethai**
ศิริรัตน์	**ปานอุทัย**	**Sirirat**	**Panuthai**
ทศพร	**คำผลศิริ**	**Totsaporn**	**Khampolsiri**

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย **181**
The Relationship Between Social Support and Burden Among Caregivers of Children with Thalassemia

กนกวรรณ	**ภัทรมัย**	**Kanokwan**	**Pattaramai**
จุฑารัตน์	**มีสุขโข**	**Jutarat**	**Mesukko**
สุธิศา	**ล่ามช้าง**	**Suthisa**	**Lamchang**

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ **193**

Health Literacy and Care Behaviors of Parents in Preventing Respiratory Infection in Children with Congenital Heart Disease Prior to Cardiac Surgery

คนึงนิจ วิชา Khanuengnit Wicha
อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet
สุธิศา ล่ามช้าง Suthisa Lamchang

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ **206**

Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Cardiac Surgery

จิราพร มิตรมาตย์ Chirapon Mitmat
อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet
ศรีมนา นิยมค้า Srimana Niyomkar

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย **220**

Factors Related to Nurses' Practice for a Good Death for End of life Pediatric Cases

ณิศาพิชญาภัค มีสมศักดิ์ Nisapichayapak Meesomsak
จุฑารัตน์ มีสุขโข Jutarat Mesukko
ศรีมนา นิยมค้า Srimana Niyomkar

สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด **232**

Self-efficacy, Social Support, and Caregiving Burden Among Caregivers of Children with Cancer Receiving Chemotherapy

ชวิศา รัตนกมลกานต์ Chawisa Rattanakamonkarn
ศรีมนา นิยมค้า Srimana Niyomkar
อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 **246**
Factors Related to Self-Management Behaviors in Adolescent with Type 1 Diabetes

ณัฐพร ออนตะไคร้ Nattaporn Ontrakrai
อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet
จุฑามาศ โชติบาง Jutamas Chotibang

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น **259**
Developing Breastfeeding Support Model for Adolescent Mothers

สุสัณหา ยิ้มแย้ม Susanha Yimyam
สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์ Sunisa Pattamapornpong
อัมพิกา สุวรรณบุตร Ampika Suwannabut

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ **273**
The Relationship Between Personal Factors, Psychosocial Factors, and Environmental Factors Among Repeated Methamphetamine Recurrence in Thanyarak Hospital

ศิริลักษณ์ ปัญญา Siriluck Panya
เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง Saowaluk Thajang
นภาจันทร์ ชาปลิก Naprajan Chapik
สุกัญญา กาญจนบัตร Sukunya Kanchanabut
จริยา มงคลสวัสดิ์ Jariya Mongkolsawad

สารบัญ

บทความวิชาการ **หน้า**

ความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ **283**
Stress in First-time Fathers: Role of Nurse-Midwife

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ Punpilai Sriarporn
ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี Piyaporn Prasitwatanasare
นิศาชล รักสกุล Nisachon Ruksakul
กาญจนา ไชยตีฆะ Karnjana Chaiteeka

สารสนเทศทางการพยาบาล: แนวโน้ม และการประยุกต์ใช้ **295**
Nursing Informatics: Trends and Application

อรจิรา วรรธนะพงษ์ Onchira Vadtanapong

บทบรรณาธิการ

พยาบาลสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 48 วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอเนื้อหาผลงานวิจัยที่หลากหลายประเด็นมากขึ้น ตัวอย่างเช่น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุและ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก และผลงานวิจัยที่หลากหลายประเด็นมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสำหรับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ ผลของการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในโรงพยาบาลธัญญารักษ์นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับ ความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์สารสนเทศทางการพยาบาล: แนวโน้ม และการประยุกต์ใช้

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความวิจัยและบทความวิชาการจะเป็นประโยชน์สำหรับทุกท่าน ขอขอบคุณทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์กับพยาบาลสารของเราและทางกองบรรณาธิการจะยังคงมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่องตลอดไป

ศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ กลั่นกลิ่น
บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาร


อาคารเรียนคณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสำหรับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

Factors Related to Practices for Ventilator-Associated Pneumonia Prevention Among Registered Nurses, Neonatal Intensive Care Units

จุฬามณี	สมใจ *	Churamanee	Somjai *
พิมพาภรณ์	กลั่นกลิ่น **	Pimpaporn	Klunklin **
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ ***	Akeau	Unahalekhaka ***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการสนับสนุนจากองค์กรต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 6 แห่ง จำนวน 87 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ การสนับสนุนจากองค์กรและการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 70.2 มีความรู้ระดับปานกลางและระดับสูงร้อยละ 28.7 และ 1.1 ตามลำดับ ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางร้อยละ 82.8 และ 17.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.6 มีการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับดี ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ($r = .034$, $p = .753$) การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .456$, $p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการปรับปรุงการสนับสนุนจากองค์กรจะช่วยให้การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความยั่งยืน

คำสำคัญ: *ความรู้ การสนับสนุนจากองค์กร การปฏิบัติ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต*

---

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Khon Kaen Hospital. katukkatuk2121@gmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 15 พฤศจิกายน 2562 วันที่แก้ไขบทความ 9 ธันวาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 18 ธันวาคม 2562

Abstract

This descriptive correlational study aimed to document current practices in the prevention of ventilator-associated pneumonia (VAP), and the relationship between knowledge and organizational support toward VAP prevention practices of registered nurses. The study sample included 87 registered nurses who worked in the neonatal intensive care units in six tertiary care hospitals. The research instrument was a questionnaire to collect demographic data and to assess knowledge, organizational support and current practices in VAP prevention. The study duration was between June 2018 and October 2019. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank correlation coefficient.

The research findings showed that 70.2% of the participants had a low level of knowledge in VAP prevention, with 28.7% and 1.1% with moderate and high levels of knowledge, respectively. Eighty-two point eight and 17.2% received high and moderate levels of organizational support in VAP prevention, respectively. Ninety-six point six percent of samples had a good level of VAP prevention practices. Knowledge did not correlate with VAP prevention practices ($r = .034$, $p = .753$). Organizational support correlated positively and significantly with VAP prevention practices at a moderate level ($r = .456$, $p < .01$).

The results of this research indicated the necessity of promoting correct knowledge in VAP prevention among registered nurses and improving organizational support to help maintain existing practices in VAP prevention.

Keywords: *Knowledge, Organizational support, Practices, Ventilator-associated pneumonia, Neonatal Intensive Care Units*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia [VAP]) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อย จากรายงานการศึกษาการติดเชื้อในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตใน 43 ประเทศ จาก 4 ทวีป คือ ทวีปแอฟริกา อเมริกา เอเชีย และยุโรป ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007-2012 ของสมาพันธ์ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลนานาชาติ (International Nosocomial Infection Control Consortium: INICC) พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 8.4 - 13.4 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Rosenthal et al., 2014) ในประเทศกำลังพัฒนาพบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตอยู่ระหว่าง 11.6 - 37.2 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Afjeh, Sabzehei, Karimi, Shiva, & Shamshiri, 2012; Tripathi, Malik, Jain, & Kohli, 2010) โรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ในปี พ.ศ. 2550 - 2554 อยู่ระหว่าง 7.3 - 19.6 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Apichatboonchock, 2013; Sombut, & Kirdpole, 2013)

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจส่งผลให้ทารกต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ดังการศึกษาในประเทศอียิปต์ พบว่า ทารกแรกเกิดที่เกิดปอดอักเสบ

จากการใช้เครื่องช่วยหายใจต้องอยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเฉลี่ย 40.3 วัน ส่วนทารกแรกเกิดที่ไม่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเฉลี่ย 21.4 วัน (Soliman, Khattab, & El-Lahony, 2014) การศึกษาในประเทศนิการากัวพบว่าการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 9,686 เหรียญสหรัฐต่อครั้ง หรือประมาณ 339,010 บาทต่อครั้ง ในขณะที่ทารกแรกเกิดที่ไม่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 3,779 เหรียญสหรัฐต่อครั้ง หรือประมาณ 132,256 บาทต่อครั้ง (Broughton et al., 2012) นอกจากนี้บิดามารดายังมีภาวะเครียด วิตกกังวล เนื่องจากไม่ทราบเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และความไม่แน่นอนในการรักษา (Jongkae, Thaiyapirom, & Soontornchai, 2008)

ปัจจุบันมีแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจขององค์กรต่างๆ อาทิเช่น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2003) สมาคมระบาดวิทยาทางการดูแลสุขภาพประเทศสหรัฐอเมริกา (The Society for Healthcare Epidemiology of America [SHEA], 2014) และแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของเวเบอร์ (Weber, 2016) ที่ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ การทำความสะอาดมือ การดูแลท่อช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูดเสมหะ การจัดท่านอน การดูแลช่องปาก การดูแลอุปกรณ์ทางเดินหายใจ และการป้องกันการรับรู้ความไวต่อการสัมผัสภายในช่องปาก แต่พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังมีการปฏิบัติที่ไม่ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติในทุกด้าน จากการสังเกตในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม พบกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพยังปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนคือ การทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ 11.7-52.2 การทำความสะอาดมือร้อยละ 25.6-36.0 การดูด gastric content ก่อนใส่ท่อหลอดลมคอร้อยละ 33.3 - 46.7 (Piromyoo, Chomsuwan, & Jossabucha, 2011; Kamolabutra, & Khamlamloed, 2013)

การปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้และการสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ การอบรมให้ความรู้มีผลกระตุ้นให้การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพถูกต้องเพิ่มขึ้น (Danchaivijitr, et al., 2005; Kraibut, 2008) และการสนับสนุนจากองค์กรเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญดังการศึกษาของจันทร์นภา คำวัจนัง (Kamwatchanang, 2010) ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการให้ความรู้และฝึกทักษะ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับและด้านบทบาทหน้าที่อยู่ระดับปานกลาง และการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .36$, $p < .05$) องค์กรที่มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ (Sawasrak, Unahalekhaka, & Lertwatthanawilat, 2015)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย ความรู้ และการสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การส่งเสริมการปฏิบัติและการสนับสนุนเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตมีการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และการสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ กับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นอย่างไร

2. ความรู้ และการสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดส่งผลให้อัตราการตายของทารกเพิ่มขึ้น ทารกต้องอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนั้นการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพื่อลดปัญหาและผลกระทบตามแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของเวเบอร์ (Weber, 2016) และจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ การทำความสะอาดมือ การดูแลท่อช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูดเสมหะ การจัดท่านอน การดูแลช่องปาก การดูแลอุปกรณ์ทางเดินหายใจ และการป้องกันการรับรู้ความไวต่อการสัมผัสภายในช่องปาก ซึ่งการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพจะขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความรู้ และการสนับสนุนจากองค์กร ด้านการให้ความรู้และฝึกทักษะ ด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ด้านการส่งเสริมบทบาทหน้าที่และด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการสนับสนุนจากองค์กร กับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 28 แห่ง จำนวน 546 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดโดยวิธีการเปิดตาราง ประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าหาขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ที่สามารถใช้ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาล ได้เหมาะสม (Polit, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit, 2010) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 106 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ปฏิบัติงานเวร เช้า บ่าย ดึก

2. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย

2. อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อ ลาฝึกอบรม และลาคลอด ในช่วงที่มีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล และการทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต การได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การมีแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัย การวินิจฉัย อาการและอาการแสดงของปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด และการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจใน 8 กิจกรรม ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การดูแลท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การดูแลช่องปาก การให้อาหารทางสายให้อาหาร การจัดท่านอน การดูแลอุปกรณ์ทางเดินหายใจ และการป้องกันการรับรู้ความไวต่อการสัมผัสภายในช่องปาก รวมทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นแบบปรนัยให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนนวิเคราะห์โดยแบ่งคะแนนอิงตามเกณฑ์การประเมิน (Bloom, 1968) ดังนี้

คะแนน 0-12 มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนน 13-15 มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน 16-20 มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การสนับสนุนด้านการให้ความรู้และฝึกทักษะ ด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ด้านการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ และด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งหมด 58 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิกเคริท (Likert scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ การสนับสนุนจากองค์กรระดับมาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การให้คะแนน คือ การสนับสนุนจากองค์กรมาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การสนับสนุนจากองค์กระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

คะแนน 58-116 มีการสนันสนุนระดับต่ำ

คะแนน 117-174 มีการสนับสนุนระดับปานกลาง

คะแนน 175-232 มีการสนับสนุนระดับสูง

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการป้องการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของเวเบอร์ (Weber, 2016) และจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ การทำความสะอาดมือ การดูแลท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายให้อาหาร การจัดท่านอน การดูแลช่องปาก การดูแลอุปกรณ์ทางเดินหายใจ และการป้องกันการรับรู้ความไวต่อการสัมผัสภายในช่องปาก รวมทั้งหมด 90 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิกเคริท (Likert scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติไม่ได้คะแนน การแปลผลระดับการปฏิบัติโดยการแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการปฏิบัติระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับดี ดังนี้

คะแนน 0-90 มีการปฏิบัติระดับต่ำ
คะแนน 91-180 มีการปฏิบัติระดับปานกลาง
คะแนน 181-270 มีการปฏิบัติระดับดี

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 ไปทดสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90, .95 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 15 คน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson formula 20) ได้ค่าเท่ากับ .70 ส่วนแบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กร และแบบสอบถามการปฏิบัติใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ .95 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และของโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ที่สมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและการนำผลงานการวิจัยไปใช้ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่ศึกษาแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าการพยาบาลด้านวิชาการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองพร้อมชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมลงในกล่องซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้โดยแยกใส่แต่ละกล่อง ภายใน 2 สัปดาห์ และเนื่องจากโรงพยาบาล 1 แห่งมีข้อจำกัดเรื่องการเก็บข้อมูล จึงได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์คืน จำนวน 87 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 82.1 จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย

2. ความรู้ การสนับสนุนจากองค์กร และการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟ สเมอรนอฟ (Kolmogorov- Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ การสนับสนุนจากองค์กร และการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยการนำข้อมูลมาทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลใช้สถิติโคโมโกรอฟ สเมอรนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) ในการทดสอบ พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติวิเคราะห์สเปียร์แมน (Spearman rank

correlation coefficient) และผู้วิจัยได้กำหนดระดับของความสัมพันธ์ ดังนี้ (Thato, 2008)

>.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.30 - .70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
< .30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คนทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 23 ถึง 54 ปี ค่ามัธยฐาน 33 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 98.9 ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตนานกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.5 เคยได้รับความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 95.4 โดยได้รับความรู้จากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 80.5 รองลงมาคือการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน และจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล ร้อยละ 63.2 และ 54.0 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.2 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับต่ำ มีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับสูงร้อยละ 28.7 และ 1.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (n=87)

คะแนนความรู้	จำนวน (n=87)	ร้อยละ	ระดับความรู้
16 - 20	1	1.1	สูง
13 - 15	25	28.7	ปานกลาง
0 - 12	61	70.2	ต่ำ
Range = 7-16 Median = 11.0			ต่ำ
Mean = 11.5 SD = 2.0			

การสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.8 มีการสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับสูง มีการสนับสนุนจากองค์กรระดับปานกลาง ร้อยละ 17.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (n=87)

คะแนนการสนับสนุน	จำนวน (n=87)	ร้อยละ	ระดับการสนับสนุน
175 - 232	72	82.8	สูง
117 - 174	15	17.2	ปานกลาง
58 - 116	0	0.0	ต่ำ
Range = 136-232 Median = 208.0			สูง
Mean = 201.7 SD = 20.5			

การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.6 มีการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับดี มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (n=87)

คะแนนการปฏิบัติ	จำนวน (n=87)	ร้อยละ	ระดับการปฏิบัติ
181 - 270	84	96.6	ดี
91 - 180	3	3.4	ปานกลาง
0 - 90	0	0.0	ต่ำ
Median = 248.0 Range = 147-270 Mean = 240.0 SD = 24.4			ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากองค์กรและการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความรู้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (r= .034, p = .753) และการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .456, p = .000) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากองค์กรและการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่าง (n=87)

ตัวแปร	ความรู้	การสนับสนุนจากองค์กร	การปฏิบัติ
ความรู้	1.00	.154	.034
การสนับสนุนจากองค์กร	.154	1.00	.456*
การปฏิบัติ	.034	.456*	1.00

หมายเหตุ. * p < .01

การอภิปรายผล

การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี และร้อยละ 96.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี มีเพียง ร้อยละ 3.4 เท่านั้นที่การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3) การที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระดับดี อาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากโรงพยาบาลและหน่วยงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการให้ความรู้และฝึกทักษะ ด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ด้านการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ และด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ซึ่งการสนับสนุนทุกด้านกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี นาประดิษฐ์ (Napradit, 2016) ที่พบว่า การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรอยู่ในระดับมาก เป็นผลมาจากการติดตามผลการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน การสอนงาน ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ป้องกัน การจัดอาคารสถานที่เหมาะสม

ความสัมพันธ์ของความรู้ การสนับสนุนจากองค์กร และการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด (r=.034, p= .753) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสะรานี และคณะ (Sarani, Balouchi, Masinaeinezhad, & Ebrahimitabas, 2015) ที่พบว่า ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (r = .080, p= .300) และการศึกษาของอรุณี นาประดิษฐ์ (Napradit, 2016) ที่พบว่า ความรู้เรื่องหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากร (r = .094, p= .504) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.2 มีความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระดับต่ำ (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติที่พบว่าพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีความรู้ในระดับต่ำ (Ab Manap, 2019) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จะมีความรู้ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับต่ำ แต่สามารถปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ในระดับดี ถึงร้อยละ 96.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดมานานกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.5 ได้รับการนิเทศการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และความรู้ไม่ใช่เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของ ชวาร์ท (Schwartz, 1975) ที่กล่าวว่าความรู้ไม่มีผลโดยตรงกับการปฏิบัติแต่มีทัศนคติทำหน้าที่เป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

การสนับสนุนจากองค์กรกับการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .456, p< .01) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ปลัดศรีช่วย (Paladseechuy, 2017) ที่พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .361, p< .01) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรัญญา กุลวงค์ (Kulawong, 2009) ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .467, p < .01) และการศึกษาของรัชนีกร กุญแจทอง และ ชนะพล ศรีฤๅชา (Koonjatong, & Sriruecha, 2012) พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .812, p < .001) การศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาล ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรที่สำคัญ ได้แก่ การจัดอัตรากำลังและภาระงาน การมีทรัพยากรที่เพียงพอ และการจัดอบรมให้ความรู้ (Abrahamson, Fox, & Doebbeling, 2012) และจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับองค์กร พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การจัดอัตรากำลังและภาระงาน การมีทรัพยากรที่เหมาะสมและการเข้าถึงทรัพยากรเหล่านั้น

การจัดอบรมให้ความรู้ และการมีแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ (Zingg et al., 2015) ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 65 ได้รับการสนับสนุนด้านการให้ความรู้และฝึกทักษะ ด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้านการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ และด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับสูง

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสำคัญต่อการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การปฏิบัติงานของบุคคลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ผู้ปฏิบัติงานจะไม่สามารถปฏิบัติงานได้ดีหากมีข้อจำกัด เช่น ขาดงบประมาณ ขาดเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และขาดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน หากพยาบาลวิชาชีพได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่ดี ก็จะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดได้ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิด

2. นำเสนอข้อมูลกับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อติดตามและประเมินความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการปฏิบัติการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยการสุ่มสังเกตการปฏิบัติ

2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

Ab Manap, N. (2019). Critical care nurses knowledge in prevention of ventilator-associated pneumonia. *ILKKM Journal of Medical and Health Sciences, 1*(1), 25-30.

Abrahamson, K. A., Fox, R. L., & Doebbeling, B. N. (2012). Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses. *The American Journal of Nursing, 112*(7), 26-35. doi:10.1097/01.NAJ.0000415957.46932.bf

Afjeh, S. A., Sabzehei, M. K., Karimi, A., Shiva, F., & Shamshiri, A. R. (2012). Surveillance of ventilator-associated pneumonia in a neonatal intensive care unit: Characteristics, risk factors, and outcome. *Archives of Iranian medicine, 15*(9), 568.

Apichatboonchock, S (2013). Quality management, nursing practices to prevent ventilator associated pneumonia, patient outcomes, and caregiver' s satisfaction in pediatric critical care wards. *Journal of Nursing Science & Health, 36*(2), 114-123. (in Thai)

Bloom, B. S. (1968). *Learning mastery.* Los Angeles: University of California at Los Angeles.

Broughton, E. I., Lopez, S. R., Aguilar, M. N., Somarriba, M. M., Perez, M., & Sanchez, N. (2012). Economic analysis of a pediatric ventilator-associated pneumonia prevention initiative in Nicaragua. *International Journal of Pediatrics.* doi:10.1155/2012/359430

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2003). *Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003.* Retrieved From: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/pneumonia/index.html

Danchaivijitr, S., Chakpaiwong, S., Jaturatramrong, U., Wachiraporntip, A., Cherdrungsi, R., & Sripalakij, S. (2005). Program on nosocomial infection in the curricula of medicine, dentistry, nursing and medical technology in Thailand. *Journal of The Medical Association of Thailand, 88*(Suppl 10), S150-S154.

Jongkae, J, Thaiyapirom, N, & Soontornchai, P. (2008). Effect of information and emotional support on uncertainty in illness of mothers with premature infants. *Nursing Journal, 35*(1), 56-67. (in Thai)

Kamolabutra, M., & Khamlamloed, A. (2013). Developing nursing practice guidelines for ventilator associated pneumonia prevention in neonates at Samutsakhon Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 28*(1), 53-68. (in Thai)

Kamwatchanang, C. (2010). *Factors predicting compliance with nursing practice guideline for prevention ventilator associated pneumonia of registered nurses at Nakhonnayok Hospital.* (Master of Nursing Science). Graduate School, Burapha University. (in Thai)

Koonjatong, R., & Sriruecha, C. (2012). Organizational support affecting the performance of committee members of the strong and sustainable disease and health hazard prevention and control district in Khon Kaen Province. *Journal of the Office DPC 7 Khon kaen, 19*(2), 17-26. (in Thai)

Kraibut, K. (2008). *Effects of promoting clinical practice guideline implementation on nurses' practices and incidence of ventilator-associated pneumonia in a general hospital.* (Master of Nursing Science). Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)

Kulawong, S. (2009). *Factors affecting behaviors of professional nurses in self-protection of infective diseases in hospitals in Ubon Ratchathani Province.* (Master of Public Health). Graduate School, Ubon Ratchathani Rajabhat University. (in Thai)

Napradit, A. (2016). Knowledge, attitudes, and performance according to personnel transmission principle. *Journal of Clinical Medicine Education Center King Prajadhipok, 33*(1), 6-19. (in Thai)

Paladseechuy, J. (2017). *Factors related to central line-associated bloodstream infection prevention practices among registered nurses.* (Master of Nursing Science). Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)

Piromyoo, M., Chomsuwan, R., & Jossabucha, C. (2011). The development of a guideline group for prevention of pneumonia associated with mechanical in pediatric patients. Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. *Journal of Nursing Division, 38*(3), 6-21. (in Thai)

Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.

Rosenthal, V. D., Maki, D. G., Mehta, Y., Leblebicioglu, H., Memish, Z. A., Al-Mousa, H. H., & Apisarnthanarak, A. (2014). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries for 2007-2012. Device-associated module. *American Journal of Infection Control, 42*(9), 942-956.

Sarani, H., Balouchi, A., Masinaeinezhad, N., & Ebrahimitabas, E. (2015). Knowledge, attitude and practice of nurses about standard precautions for hospital-acquired infection in teaching hospitals affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014). *Global Journal of Health Science, 8*(3), 193-198.

Sawasrak, K., Unahalekhaka, A., & Lertwatthanawilat, W. (2015). Barriers to and facilitators of infection prevention practices among professional nurses in tertiary care hospitals. *Nursing Journal, 42*(4), 25-35. (in Thai)

Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitude, and practices of high school graduated. *Journal of the American Dietetic Association, 66*(1), 28-31.

Soliman, W., Khattab, A., & El-Lahony, D. (2014). Ventilator-associated pneumonia in the neonatal intensive care unit. *Menoufia Medical Journal, 27*(1), 73. doi:10.4103/1110-2098.132753

Sombut, N., & Kirdpole, W. (2013). Effect of clinical nursing practice guideline for preventing ventilator - associated pneumonia in neonatal intensive care Unit. *Journal of Nursing Science & Health, 36*(3), 39 - 48. (in Thai)

Thato, R. (2008). *Nursing research: Concepts to application.* Bangkok: Chulalongkorn.

The Society for Healthcare Epidemiology of America. (2014). *Healthcare-Associated Infections Guidelines pocket card.* Retrieved from: https://www.guidelinecentral.com/share/pocketcard

Tripathi, S., Malik, G. K., Jain, A., & Kohli, N. (2010). Study of ventilator associated pneumonia in neonatal intensive care unit: Characteristics, risk factors and outcome. *Internet Journal of Medical Update-EJOURNAL, 5*(1). 12-19.

Weber, C. D. (2016). Applying adult ventilator-associated pneumonia bundle evidence to the ventilated neonate. *Advances in Neonatal Care, 16*(3), 178-190.

Zingg, W., Holmes, A., Dettenkofer, M., Goetting, T., Secci, F., Clack, L., & Pittet, D. (2015). Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: A systematic review and expert consensus. *The Lancet Infectious Diseases, 15*(2), 212-224. doi:10.1016/S1473-3099(14)70854-0.

ผลของการให้ความรู้ ข้อมูลย้อนกลับ และอุปกรณ์ ต่อการปฏิบัติและประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป

Effects of Knowledge, Feedback and Equipment Provision on Practices and Efficiency of Environmental Cleaning Among Personnel in General Hospital

ทัศนีย์	นวลคำ *	Tussanee	Nuankum *
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ **	Akeau	Unahalekhaka **
จิตตาภรณ์	จิตรีเชื้อ ***	Jittaporn	Chitreecheur ***

บทคัดย่อ

การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์ ต่อการปฏิบัติและประสิทธิภาพการทำความสะอาดของพนักงานช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 16 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 โดยการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการบรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ มอบคู่มือการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลและสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำความสะอาด รวบรวมข้อมูลทั่วไปโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สังเกตการปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมแบบไม่มีส่วนร่วมและประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดด้วยการป้ายสารเรืองแสงบนพื้นผิวสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 20 - 54 ปี อายุเฉลี่ย 28.75 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.75 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 68.75 มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 เดือน - 14 ปี เฉลี่ย 3.96 ปี ร้อยละ 87.5 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำความสะอาด หลังการส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในภาพรวมถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 41.30 เป็นร้อยละ 82.83 ($p < .001$) ประสิทธิภาพการทำความสะอาดในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 32.34 เป็นร้อยละ 75.18 ($p < .001$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการปฏิบัติแก่ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาด โดยการใช้วิธีการที่หลากหลายส่งผลให้การปฏิบัติและประสิทธิภาพในการทำความสะอาดของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น จึงควรมีการให้ความรู้ ให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดแก่ผู้ปฏิบัติงานให้เพียงพอ

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Maesot Hospital, Tak, aofabfab@hotmail.com*

** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 23 พฤษภาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 30 กันยายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 26 มกราคม 2560

คำสำคัญ: *การให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การสนับสนุนอุปกรณ์ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม*

Abstract

Cleaning the hospital environment is an important activity in preventing microorganism transmission within the hospital. This quasi-experimental research, one group pre and post-test design, aimed to determine the effects of educating, giving feedback and providing support for cleaning equipment on the cleaning practices and the efficiency of environmental cleaning of 16 nursing assistants and patient care personnel working in a general hospital. The study was conducted from November 2015 to January 2016. Study activities included educating the sample, demonstration and return demonstration, provision of a hospital environmental cleaning manual, giving feedback and providing support for environmental cleaning equipment. Sample general information was collected using a self-administered questionnaire. Researcher observed cleaning practices and assessed the efficiency of cleaning using a fluorescent dye. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-Square Test.

Participants were between 20-54 years old with a mean age of 28.75 years and mainly female (93.75%) and most were high school graduates (68.75%). Most (87.5%) had received training on environmental cleaning and had worked at the hospital from two months to fourteen years with a mean working time of 3.96 years. The study results revealed that after the intervention, overall correct cleaning practices within the sample increased significantly from 41.30% to 82.83% ($p < .001$). The overall efficiency of cleaning increased significantly from 32.34% to 75.18% ($p < .001$).

The study results show that promoting practices using a multimodal intervention can increase correct practices and the efficiency of environmental cleaning. Educating, giving feedback and adequate cleaning equipment should be provided for responsible personnel.

Keywords: *Education, Feedback, Supporting equipment, Environmental cleaning*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกใน ปี ค.ศ. 2011 พบว่าประเทศกำลังพัฒนามีความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 5.7 - 19.1 (WHO, 2011) ในทวีปยุโรปพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 6 เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม (ECDC, 2013) ในประเทศไทยพบการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล 20 แห่ง เมื่อปี พ.ศ. 2549 พบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 6.5 (Danchaivijitr, Judaeng, Sripalakij, Naksawas, & Plipat, 2007) ในปี พ.ศ. 2554 การสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล 47 แห่ง พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.3 (Rongrungruang et al., 2013) ซึ่งการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นหรืออาจ

เสียชีวิตได้ (WHO, 2011)

สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล พื้นผิวสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อหรือการระบาดของเชื้อต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น เชื้อ Clostridium difficile เชื้อ Acinetobacter baumannii เชื้อ Vancomycin-Resistant Enterococci (VRE) และเชื้อ Methicillin resistance Staphylococcus aureus (MRSA) (Otter, Yezli, Salkeld, & French, 2013) เชื้อก่อโรคเหล่านี้ยังสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้เป็นเวลานาน (Kramer, Schwebke, & Kampf, 2006) การปนเปื้อนเชื้อส่วนมากพบบริเวณพื้นผิวหรืออุปกรณ์ที่มีการสัมผัสบ่อยภายในหอผู้ป่วย (Thom, Johnson, Lee, & Harris, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าเตียงหรือห้องที่เคยมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพพักมาก่อนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ามาพักรักษาเกิดการติดเชื้อชนิดเดียวกันกับผู้ป่วยรายเดิม (Nseir et al., 2011) และพบผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อ A. baumannii ที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายขนาน จากการปนเปื้อนเชื้อบริเวณราวกั้นเตียง ผ้าม่าน และเครื่องดูดเสมหะ (El Shafie, Alishaq, & Leni Garcia, 2004)

การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อสิ่งแวดล้อมเป็นหนึ่งในมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทำความสะอาดอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดการปนเปื้อนเชื้อบนพื้นผิวสิ่งแวดล้อมส่งผลให้สามารถลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ (Strassle et al., 2012) ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติตามแนวทางการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมอย่างเคร่งครัด จากการทบทวนแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลของสมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งเอเชียแปซิฟิก (The APSIC, 2013) และของคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านโรคติดเชื้อระดับภูมิภาค ประเทศแคนาดา (PIDAC, 2012) พบว่าการกำหนดเป็นนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน กำหนดพื้นที่รับผิดชอบ จัดบุคลากรให้เพียงพอ การอบรมให้ความรู้ ประเมินผลการปฏิบัติและการตรวจสอบการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจกรรมสำคัญที่โรงพยาบาลควรดำเนินการเพื่อให้การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าแต่ละโรงพยาบาลจะมีแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม แต่ยังคงพบปัญหา เช่น พบการปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อมหลังการทำความสะอาดเนื่องจากการทำความสะอาดที่ไม่ถูกวิธี หรือไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดไม่ได้รับการอบรมหรือปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงาน (Denton et al., 2004) ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดบริเวณเตียงผู้ป่วยประจำวัน (Dumigan et al., 2010) ระยะเวลาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดไม่เพียงพอ (Jennings, Sitzlar, & Jury, 2013) ดังผลการสอบสวนการระบาดของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการระบาดมีสาเหตุจากผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดไม่ปฏิบัติตามแนวทางการทำความสะอาดของโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมการปฏิบัติแก่ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดหอผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลจากการวิจัยพบว่าการใช้หลากหลายวิธีในการส่งเสริมการปฏิบัติได้ผลดีกว่าการใช้วิธีการเดียว (Bero et al., 1998) การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมส่งผลให้มีการปฏิบัติในการทำความสะอาดที่ดีขึ้นและช่วยให้การติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลงได้ (Ramphal, Suzuki, McCracken, & Addai, 2014; Trajtman, Manickam, Macrae, Bruning, & Alfa, 2013) การวิจัยนี้จึงดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติแก่พนักงานช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ที่มีหน้าที่ในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยใช้หลายวิธีการร่วมกันประกอบด้วย การให้ความรู้ตามแนวคิดของโนลส์ (Knowles, 1980) การให้ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์ โดย

หวังว่าจะมีส่วนช่วยให้การปฏิบัติงานในการทำความสะอาดของผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์

2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังได้รับความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์

สมมติฐานการวิจัย

1. ร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับความรู้ ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติ

2. ประสิทธิภาพในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับความรู้ ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อมสู่ผู้ป่วยได้ ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมจึงจำเป็นต้องมีความรู้และมีการปฏิบัติในการทำความสะอาดที่ถูกต้อง การส่งเสริมการปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลายวิธีร่วมกันตามแนวคิดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการให้ความรู้ตามแนวคิดของโนลส์ (Knowles, 1980) การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติและประสิทธิภาพการทำความสะอาด การสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน และการประเมินประสิทธิภาพในการทำความสะอาดโดยใช้สารเรืองแสงจะส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการทำความสะอาดได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์ต่อการปฏิบัติและประสิทธิภาพการทำความสะอาดของพนักงานช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ในโรงพยาบาลทั่วไป ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ที่มีหน้าที่ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ที่ทำหน้าที่ทำความสะอาดในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 2 แห่ง และแผนกศัลยกรรม 2 แห่งในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จำนวนทั้งหมด 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลขององค์กรต่างๆ เนื้อหาประกอบด้วย การปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อม การแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อม การติดเชื้อในโรงพยาบาลจากสิ่งแวดล้อม และขั้นตอนการทำความสะอาดบริเวณที่ให้การดูแลผู้ป่วย

1.2 แผนการให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

1.3 อุปกรณ์สาธิตการทำความสะอาด ประกอบด้วย ผ้าปิดปากและจมูก ถุงมือยางอย่างหนา

ผ้ากันเปื้อน ผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาด ถังใส่ผ้าที่ใช้แล้ว ขวดสำหรับผสมน้ำยาทำลายเชื้อ สารขัดล้าง น้ำยาทำลายเชื้อ

1.4 อุปกรณ์ในการทำความสะอาด ผู้วิจัยสนับสนุนอุปกรณ์แก่หอผู้ป่วยแต่ละแห่ง ดังนี้ ผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาดขนาด 30x30 เซนติเมตร หอผู้ป่วยละ 400 ผืน ถังน้ำ 3 ใบ สำหรับใส่ผ้าชุบน้ำยาทำลายเชื้อ ผ้าชุบสารขัดล้าง และผ้าที่ใช้แล้ว ขวดสำหรับผสมน้ำยาทำลายเชื้อ และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ผ้าปิดปากและจมูก ถุงมือยางอย่างหนา ผ้ากันเปื้อน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำความสะอาด ความต้องการสิ่งสนับสนุนและอุปสรรคในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม

2.2 แบบสังเกตการปฏิบัติการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการตามขั้นตอนและกิจกรรมในการทำความสะอาด โดยใช้วิธีการกาเครื่องหมาย √ ลงในช่องการปฏิบัติที่พบจากการสังเกต แบ่งออกเป็น ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติ

2.3 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ โดยกาเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ผ่าน กรณีการตรวจสอบไม่พบสารเรืองแสงบนพื้นผิวสิ่งแวดล้อม และช่อง ไม่ผ่าน กรณีตรวจพบสารเรืองแสงบนพื้นผิว

2.4 อุปกรณ์ในการประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สารเรืองแสงฟลูออเรสเซนต์ (Fluorescent marker) และ ไฟฉายยูวี (Ultraviolet Light)

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) คู่มือการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล แผนการให้ความรู้ แบบสังเกตการปฏิบัติ และแบบบันทึกประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบสังเกตการปฏิบัติการทำความสะอาดและแบบบันทึกประสิทธิภาพการทำความสะอาดได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแผนการให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลไปทดลองให้ความรู้พนักงานช่วยเหลือคนไข้ของโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ศึกษา จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของเนื้อหาและวิธีการให้ความรู้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงวิธีการก่อนนำไปใช้จริง การหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของพนักงานช่วยเหลือคนไข้พร้อมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่มีประสบการณ์การสังเกต ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และของโรงพยาบาลทั่วไปที่ศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - 5 ดังนี้

1. ผู้วิจัยนัดประชุมกลุ่มตัวอย่างในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะมีการสังเกตการปฏิบัติการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการ

วิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแก่กลุ่มตัวอย่างและขอรับคืนทันที

2. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 โดยไม่มีการบันทึกข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคย เริ่มบันทึกผลการสังเกตและประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 - 5 โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมวันละหอผู้ป่วย วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 - 11.00 น. โดยสังเกตตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การทำความสะอาดและการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาด กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดพร้อมกันมากกว่า 1 คน ผู้วิจัยสุ่มสังเกตทีละคนจนเสร็จกิจกรรม จึงสังเกตคนถัดไป และบันทึกผลการสังเกตลงในแบบบันทึกการสังเกตทันที โดยใช้รหัสแทนชื่อ การประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดผู้วิจัยสุ่มหมายเลขเตียงวันละ 10 เตียง เพื่อป้ายสารเรืองแสง เตียงละ 6 จุด คือ ราวกั้นเตียงซ้ายและขวา โต๊ะหัวเตียง เสาน้ำเกลือ มือจับปรับระดับเตียงซ้ายและขวา ก่อนที่จะมีการทำความสะอาด และหลังการทำความสะอาดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยใช้ไฟฉายยูวีส่องบริเวณพื้นผิวที่ป้ายสารเรืองแสงไว้เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดและบันทึกผลการตรวจสอบในแบบประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาด

ระยะที่ 2 ระยะส่งเสริมการปฏิบัติการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 - 8 ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนในสัปดาห์ที่ 6 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองและให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคย ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการให้ความรู้และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้ เล่าประสบการณ์ วิธีการ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมตามแผนการให้ความรู้ โดยใช้โปรแกรมพาวเวอร์พอยท์และนำเสนอผลการสังเกตการปฏิบัติและผลการประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในระยะก่อนการส่งเสริมเป็นภาพรวม พร้อมทั้งสาธิตการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมบริเวณเตียงผู้ป่วย ตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ การสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล วิธีการทำความสะอาดและการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และมอบคู่มือการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคน

2. ผู้วิจัยมอบอุปกรณ์ในการทำความสะอาดที่จัดเตรียมเป็นชุดแก่หอผู้ป่วยที่ศึกษาอย่างเพียงพอตลอดระยะเวลาการวิจัยตั้งแต่เริ่มการส่งเสริมการปฏิบัติ

3. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 - 8 เช่นเดียวกับการปฏิบัติในระยะที่ 1 และนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับแบบไม่เป็นทางการทันทีที่กลุ่มตัวอย่างทำความสะอาดเสร็จสิ้น โดยแจ้งกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และตำแหน่งที่ไม่สามารถกำจัดสารเรืองแสงออกได้หมด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลย้อนกลับอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการส่งเสริมการปฏิบัติ ดำเนินการตั้งแต่สัปดาห์ที่ 9-12 โดยสังเกตการปฏิบัติและประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับระยะที่ 1 โดยไม่มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 20 - 54 ปี อายุเฉลี่ย 28.75 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 68.75 ระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 เดือน - 14 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 3.96 ปี ใน 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.50 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ

การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ร้อยละ 25 เคยอ่านคู่มือหรือแนวปฏิบัติการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 พบอุปสรรคในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย อุปสรรคที่พบมากสุดคือ สิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยมีจำนวนมากยากต่อการทำความสะอาด (ร้อยละ 75) รองลงมาคือ ขาดความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 41.67) สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการสนับสนุนมากที่สุด คือ การอบรมเกี่ยวกับการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา (ร้อยละ 56.25) รองลงมาคือ ถุงมือยางอย่างหนา (ร้อยละ 43.75)

หลังดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในภาพรวมถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.30 เป็นร้อยละ 82.83 แตกต่างจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นในขั้นตอน การเตรียมอุปกรณ์ การทำความสะอาด และการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การสวมอุปกรณ์ร่างกายป้องกันส่วนบุคคลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งและร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับความรู้ ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์ จำแนกตามขั้นตอนการปฏิบัติการทำความสะอาด (n=16)

การทำความสะอาด	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			P - value
	จำนวนครั้งที่สังเกต	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง	ร้อยละ	จำนวนครั้งที่สังเกต	จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง	ร้อยละ	
1. การเตรียมอุปกรณ์	158	64	40.50	165	159	96.36	<.001
2. การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล	352	167	47.44	324	172	53.09	0.218
3. การทำความสะอาด	630	269	42.70	605	580	95.87	< .001
4. การจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาด	245	72	29.39	234	189	80.77	< .001
รวม	1,385	572	41.30	1,328	1,100	82.83	< .001

หลังดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติ ประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.34 เป็นร้อยละ 75.18 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยร้อยละของการตรวจไม่พบสารเรืองแสงเพิ่มขึ้นในทุกตำแหน่งที่ตรวจสอบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งและร้อยละของการตรวจพบสารเรืองแสงหลังการทำความสะอาด ก่อนและหลังได้รับ ความรู้ ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนอุปกรณ์ จำแนกตามตำแหน่งที่ตรวจสอบ

ตำแหน่งที่ตรวจสอบ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			P - value
	ตรวจพบสารเรืองแสง	ตรวจไม่พบสารเรืองแสง	ร้อยละ	ตรวจพบสารเรืองแสง	ตรวจไม่พบสารเรืองแสง	ร้อยละ	
1. ราวกั้นเตียงขวา	230	96	41.74	240	187	77.92	< .001
2. ราวกั้นเตียงซ้าย	230	74	32.17	240	192	80.00	< .001
3. โต๊ะหัวเตียง	225	84	37.33	240	152	63.33	< .001
4. มือจับปรับระดับเตียงขวา	230	61	26.52	240	196	81.67	< .001
5. มือจับปรับระดับเตียงซ้าย	230	53	23.04	240	200	83.33	< .001
6. เสาน้ำเกลือ	163	55	33.74	194	121	62.37	< .001
รวม	1,308	423	32.34	1,394	1,048	75.18	< .001

การอภิปรายผล

การปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 41.30 หลังการส่งเสริมโดยการใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำความสะอาด กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.83 แตกต่างจากก่อนการส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับแนวคิดของเบอโรและคณะ (Bero et al., 1998) ที่พบว่าการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องใช้หลายวิธีการร่วมกันได้ผลดีกว่าการใช้วิธีการเดียว และสอดคล้องกับผลการศึกษาของประจวบ ทองเจริญ วันชัย มุ้งตุ้ย และอเคื้อ อุณหเลขกะ (Thongcharoen, Moongtui, & Unahalekhaka, 2015) ที่พบว่าการใช้วิธีการอบรม ติดโปสเตอร์ ให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุนอุปกรณ์ส่งผลให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายขนานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.71 เป็นร้อยละ 88.96

การให้ความรู้ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ควรเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม เป้าหมายที่จะให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้ใหญ่มีอายุระหว่าง 20-54 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานมาแล้ว และร้อยละ 68.75 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการให้ความรู้แบบผู้ใหญ่ตามแนวคิดของโนลส์ (Knowles, 1980) วิธีการให้ความรู้ในการวิจัยนี้เริ่มตั้งแต่การสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ สร้างความคุ้นเคยซึ่งมีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างกล้าแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องและผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งมีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการทำความสะอาด และจากการสังเกตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ การอธิบายรายละเอียดของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการทำความสะอาดตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การทำ

ความสะอาดและการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาด รวมทั้งการสาธิตวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างจดจำแต่ละขั้นตอนของการทำความสะอาดได้ ซึ่งผู้วิจัยประเมินได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคลและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.50 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำความสะอาดและเคยได้รับการอบรมอย่างน้อย 2 ครั้งถึงร้อยละ 43.75 มาแล้ว แต่สิ่งที่ได้รับจากการวิจัยนี้ เน้นวิธีการปฏิบัติการทำความสะอาดที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติงานประจำวัน จึงทำให้เกิดความสนใจและความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสดับพร เกษชนก (Ketchanok, 2007) ที่พบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งผลให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งผลให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติให้ดีขึ้น (Tappen, Weiss, & Whitehead, 2004) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและตำแหน่งที่ไม่สามารถกำจัดสารเรืองแสงบนพื้นผิวสิ่งแวดล้อมออกได้หมดทันที หลังการทำความสะอาดเสร็จสิ้น ซึ่งการให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันทีจะทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ลืมพฤติกรรมและทำให้ทราบถึงการปฏิบัติของตน ก่อให้เกิดความตระหนักส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำความสะอาดของตนเองให้ถูกต้องเพิ่มขึ้น จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าหลังให้ข้อมูลย้อนกลับกลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นที่จะทำความสะอาดในบริเวณที่ไม่สามารถกำจัดสารเรืองแสงออกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการดำเนินการตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับสามารถเพิ่มการปฏิบัติในการทำความสะอาดพื้นผิวสิ่งแวดล้อมได้ (Ragan et al., 2012) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นประกอบด้วยอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าอุปกรณ์เหล่านี้มีไม่เพียงพอและเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ โดยจัดให้เป็นชุดเพื่อสะดวกต่อการปฏิบัติงาน การมีอุปกรณ์ที่จำเป็นและสามารถเข้าถึงได้สะดวกเป็นสิ่งที่จะส่งเสริมให้บุคลากรมีการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ยกเว้นการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อแยกเป็นกิจกรรมย่อยพบว่าการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องก่อนการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 4.49 จากเดิมที่ไม่เคยมีการปฏิบัติเลย เนื่องจากอ่างล้างมือไม่อยู่ในบริเวณที่สามารถเข้าถึงได้สะดวกและความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างล้างมือที่ถูกต้องน้อย การสวมถุงมือยางอย่างหนาพบว่าก่อนการดำเนินการมีการสวมถุงมือยางอย่างหนาเพียงร้อยละ 13.64 และหลังการส่งเสริมการปฏิบัติเพิ่มเพียงร้อยละ 22.22 จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่าถุงมือยางอย่างหนามีขนาดใหญ่ไม่พอดีกับขนาดมือทำให้เกิดความไม่สะดวกในการปฏิบัติงานจึงเลือกสวมถุงมือสะอาดแทน

ประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างสามารถทำความสะอาดบริเวณที่ป้ายสารเรืองแสงได้หมดจดเพียงร้อยละ 32.34 แต่หลังการดำเนินการพบว่าประสิทธิภาพในการทำความสะอาดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.18 ซึ่งแตกต่างจากก่อนการส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ประสิทธิภาพการทำความสะอาดที่ดีขึ้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาด การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและตำแหน่งที่ไม่สามารถกำจัดสารเรืองแสงออกได้หมด รวมทั้งการรับรู้ว่าการทำความสะอาดที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดการปนเปื้อนเชื้อบนพื้นผิวสิ่งแวดล้อมได้ และการได้เห็นตำแหน่งที่ไม่สามารถกำจัดสารเรืองแสงออกได้ รวมทั้งการมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดที่เพียงพอทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้นที่จะเช็ดทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น สอดคล้อง

กับการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศแคนาดา พบว่าการใช้โปรแกรมการตรวจสอบการทำความสะอาดโดยการใช้สารเรืองแสงฟลูออเรสเซนต์และการให้ข้อมูลย้อนกลับส่งผลให้พนักงานทำความสะอาดมีการปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นและสามารถลดการติดเชื้อ Clostridium difficile ในโรงพยาบาลได้ (Smith et al., 2016) และการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่าการให้ความรู้ การตรวจสอบประสิทธิภาพการทำความสะอาดและการสนับสนุนผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาดส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำความสะอาดของบุคลากรเพิ่มขึ้น สามารถลดการปนเปื้อนเชื้อ MRSA และเชื้อ VRE ในสิ่งแวดล้อมได้ (Goodman et al., 2008) และการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการชี้ให้เห็นตำแหน่งที่ไม่สามารถกำจัดสารเรืองแสงออกได้ ทำให้ผู้ทำหน้าที่ทำความสะอาดมีการปรับปรุงการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมจนสามารถกำจัดสารเรืองแสงได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ (Trajtman et al., 2013)

แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าการทำความสะอาดบริเวณโต๊ะหัวเตียงและเสาน้ำเกลือเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากบริเวณโต๊ะหัวเตียงของผู้ป่วยมีสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยจำนวนมากและบริเวณเสาน้ำเกลือมีเครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและอยู่ในบริเวณที่ยากต่อการเข้าถึง ทำให้ไม่สะดวกต่อการเช็ดทำความสะอาดบริเวณนั้น จึงทำให้สองตำแหน่งนี้ได้รับการทำความสะอาดน้อย และจากการสังเกตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระงานมาก กลุ่มตัวอย่างหนึ่งคนต้องทำความสะอาดเตียงผู้ป่วยและบริเวณรอบเตียงอย่างน้อย 15 เตียงต่อวัน รวมทั้งต้องปฏิบัติงานอื่นระหว่างการทำความสะอาด เช่น การเตรียมรับผู้ป่วยใหม่ การรับยา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ ทำให้ไม่ได้ทำความสะอาดในบางตำแหน่งหรือทำความสะอาดได้ไม่ดีเท่าที่ควร

การส่งเสริมการปฏิบัติแก่ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ นอกจากการให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก การให้ข้อมูลย้อนกลับรวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นแล้ว ควรพิจารณากำหนดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน เพื่อให้ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้มีการปฐมนิเทศผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย ส่งเสริมการทำความสะอาดมือ สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลและอุปกรณ์ทำความสะอาดให้มีลักษณะเหมาะสมและมีจำนวนเพียงพอ

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรกำกับดูแลให้ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดปฏิบัติตามแนวทางการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง รวมทั้งประเมินการปฏิบัติและประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะบริเวณที่มีการสัมผัสบ่อยเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความยั่งยืนของการปฏิบัติของผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดหลังการส่งเสริมการปฏิบัติโดยการสังเกตและประเมินประสิทธิภาพการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม

2. ควรศึกษาผลการส่งเสริมการปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วย

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมโดยศึกษากลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม

4. ควรพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมแก่ผู้มีหน้าที่ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับ

เอกสารอ้างอิง

Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Ann, M. (1998). Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal, 317,* 465-468.

Danchaivijitr, S., Judaeng, T., Sripalakij, S, Naksawas, K., & Plipat, T. (2007). Prevalence of nosocomial infection in Thailand 2006. *Journal of the Medical Association of Thailand, 90*(8), 1524-1529.

Denton, M., Wilcox, M. H., Parnell, P., Green, D., Keer, V., Hawkey, P. M., Murphy, P. (2004). Role of environmental cleaning in controlling an outbreak of Acinetobacter baumannii on aneurosurgical intensive care unit. *Journal of Hospital Infection, 56*(2), 106-110. doi10.1016/j.jhin.2003.10.017

Dumigan, D. G., Boyce, J. M., Havill, N. L., Golebiewski, M., Balogun, O., & Rizvani, R. (2010). Who is really caring for your environment of care? Developing standardized cleaning procedures and effective monitoring techniques. *American Journal of Infection Control, 38*(5), 387-392.

El Shafie, S., Alishaq, M., & Leni Garcia, M. (2004). Investigation of an outbreak of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii in trauma intensive care unit. *Journal of Hospital Infection, 56*(2), 101-105.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2013). *Point prevalence survey of Health care associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012.* Retrieved from www.ecdc.europa.eu/.../healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-...

Goodman, E. R., Platt, R., Bass, R., Onderdonk, A. B., Yokoe, D. S., & Huang, S. S. (2008). Impact of an environmental cleaning intervention on the presence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and vancomycin-resistant enterococci on surfaces in intensive care unit rooms. *Infection control and hospital epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America, 29*(7), 593-599. doi: 10.1086/588566

Jennings, A., Sitzlar, B., & Jury, L. (2013). A survey of environmental service workers' knowledge and opinions regarding environmental cleaning. *American Journal of Infection Control, 41*(2), 177-179. doi: 10.1016/j.ajic.2012.03.012

Ketchanok, S. (2007). *Effects of education provision and feedback on aseptic technique practices among operating room personnel.* (Master of Nursing Science). Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)

Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy.* New York: Cambridge, The Adult Education Company.

Kramer, A., Schwebke, I., & Kampf, G. (2006). How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BioMed Central Infectious Diseases, 6*(1), 130-137.

Nseir, S., Blazejewski, C., Lubret, R., Wallet, F., Courcol, R., & Durocher, A. (2011). Risk of acquiring multidrug-resistant Gram-negative bacilli from prior room occupants in the intensive care unit. *Clinical Microbiology and Infection, 17*(8), 1201-1208.

Otter, J. A., Yezli, S., Salkeld, J. A. G., & French, G. L. (2013). Evidence that contaminated surfaces contribute to the transmission of hospital pathogens and an overview of strategies to address contaminated surfaces in hospital settings. *American Journal of Infection Control, 41*(5), S6-S11. doi: 10.1016/j.ajic.2012.12.004

PIDAC. (2012). *Best practices for environmental cleaning for prevention and control of infection in all health care setting (2nd ed.).* Retrieved from www.publichealthontario.ca/.../Best_Practices_Environmental_Cleaning_...

Ragan, K., Khan, A., Zeynalova, N., McKernan, P., Baser, K., & Muller, M. P. (2012). Use of audit and feedback with fluorescent targeting to achieve rapid improvements in room cleaning in the intensive care unit and ward settings. *American Journal of Infection Control, 40*(3), 284-286.

Ramphal, L., Suzuki, S., McCracken, I. M., & Addai, A. (2014). Improving hospital staff compliance with environmental cleaning behavior. *Proceedings (Baylor University Medical Center), 27*(2), 88-91.

Rongrungruang, Y., Sawanpanyalert, N., Chomdacha, P., Surasarang, K., Wiruchkul, N., Kachintorn, K., Danchaivijitr, S. (2013). Health-care associated infections in Thailand 2011. *Journal of the Medical Association of Thailand Chotmaihet thangphaet, 96,* S117-123.

Smith, A., Taggart L.R., Lebovic G., Zeynalova N., Khan A., & Muller M. P. (2016). Clostridium difficile infection incidence: Impact of audit and feedback programme to improve room cleaning. *Journal of Hospital Infection, 92,* 161-166. doi.org/10.1016/j.jhin.2015.11.001

Strassle, P., Thom, K. A., Johnson, J. K., Leekha, S., Lissauer, M., Zhu, J., & Harris, A. D. (2012). The effect of terminal cleaning on environmental contamination rates of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii. *American Journal of Infection Control, 40*(10), 1005-1007.

Tappen, R. M., Weiss, S. A., & Whitehead, D, K. (2004). Giving and receiving feedback. In *Essentials of nursing leadership and management* (3rd ed., pp. 34-45). Philadelphia: F. A. Davis.

The APSIC. (2013). *APSIC guidelines for environmental cleaning and decontamination.* Retrieved from http://apsic.info/documents/Environmental-Cleaning-APSIC-Guideline-14-Jan-2013.pdf.

Thom, K. A., Johnson, J. K., Lee, M. S., & Harris, A. D. (2011). Environmental contamination because of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii surrounding colonized or infected patients. *American Journal of Infection Control, 39*(9), 711-715. doi: 10.1016/j.ajic.2010.09.005

Thongcharoen, P., Moongtui, W., & Unahalekhaka, A. (2015). Effects of multi-modal intervention on the practices of healthcare workers on the prevention of multidrug resistant. *Nursing Journal, 42*(1), 61-73.

Trajtman, A. N., Manickam, K., Macrae, M., Bruning, N. S., & Alfa, M. J. (2013). Continuing performance feedback and use of the ultraviolet visible marker to assess cleaning compliance in the healthcare environment. *Journal of Hospital Infection, 84*(2), 166-172.

World Health Organization. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection.* Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Central Line-Associated Bloodstream Infection Prevention Among Registered Nurses

พรพิมล	อรรถพรกุศล *	Pornpimol	Attapornkusol *
นงค์คราญ	วิเศษกุล **	Nongkran	Viseskul **
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล ***	Nongyao	Kasatpibal ***

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 268 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ .81, .70 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 17 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวน

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Nopparatrajathanee Hospital, Bangkok, poo.pornpimol@gmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 30 พฤศจิกายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 18 ธันวาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 10 มกราคม 2561

หลอดเลือดดำส่วนกลางโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยค่าคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 52 คะแนน จากคะแนนเต็ม 64 คะแนน และมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 45 คะแนน จากคะแนนเต็ม 51 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้กับทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .258) ความรู้กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .191) และทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .332)

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ: *ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การป้องกัน การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง พยาบาลวิชาชีพ*

Abstract

Central line-associated bloodstream infection (CLABSI) is a leading cause of death in patients. The practices of registered nurses are very important in preventing CLABSI. This descriptive correlational study aimed to examine the knowledge, attitudes, and practices of registered nurses regarding CLABSI prevention, and to study the relationship between knowledge, attitudes, and practices of registered nurses regarding CLABSI prevention. The participants were 268 registered nurses who were working in the intensive care unit, medical wards, and surgical wards in three tertiary hospitals under the Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Data were collected between June and September 2017. The Research instrument was a questionnaire that consisted of four parts: demographic data, knowledge of CLABSI prevention, attitudes towards CLABSI prevention, and practices of CLABSI prevention. The content validity of questionnaire was examined by five experts. The content validity index was 1.0. The reliability of the knowledge, attitudes, and practices questionnaire were .81, .70 and .93 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics. The relationship between knowledge, attitudes, and practices of registered nurses regarding CLABSI prevention was analyzed by using the Spearman Correlation Coefficients.

The research findings showed that the participants had knowledge of CLABSI prevention at a moderate level with a median score of 11 out of 17 points. The participants had attitudes regarding CLABSI prevention at a high level with a median score of 52 out of 64 points, and practice was at a high level with a median score of 45 out of 51 points. It was also found that the participants' knowledge of and attitudes regarding CLABSI prevention were positively correlated

at with a statistical significance of .01 (r = .258). The knowledge and practices of the participants' regarding CLABSI prevention were positively correlated at with a statistical significance of .01 (r = .191). The attitudes and practices of the participants' regarding CLABSI prevention were positively correlated at with a statistical significance of .01 (r = .332).

The results of this research can be used as baseline information and guidance on planning to promote knowledge, attitudes, and practices regarding CLABSI prevention among registered nurses in hospitals under the Department of Medical Services, Ministry of Public Health.

Keywords: *Knowledge, Attitudes, Practices, Prevention, Central line-associated bloodstream infection, Registered nurses*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเพื่อติดตามสารน้ำในหลอดเลือด ให้ยา หรือสารอาหารที่มีความเข้มข้นสูงทางหลอดเลือดดำใหญ่ ทดแทนสารเหลวหรือสารอาหารภายในร่างกายที่สูญเสียไปขณะที่มีการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ ซึ่งการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

จากรายงานของสมาคมควบคุมการติดเชื้อนานาชาติ (International Nosocomial Infection Control Consortium: INICC) ที่รวบรวมข้อมูลจาก 15 ประเทศที่พัฒนาแล้วพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 14.5 ถึง 9.7 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Rosenthal et al., 2010) ส่วนในประเทศไทย ข้อมูลของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง 0.66 - 4.36 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Rachavithi, 2015) การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางก่อให้เกิดผลกระทบ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (CDC, 2016)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทั้งในระยะก่อนใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ระหว่างใส่สายสวนและหลังใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง จึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2011) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลางได้แก่ การประเมินถึงความจำเป็นของการใส่สายสวน การปฏิบัติก่อนใส่สายสวน การทำความสะอาดมือและเทคนิคปลอดเชื้อ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายชนิดปราศจากเชื้อ การทำความสะอาดผิวหนังด้วยคลอเฮกซิดีนที่มีความเข้มข้นมากกว่า 0.5% ผสมใน70% แอลกอฮอล์ การเลือกตำแหน่งสอดใส่สายสวนหลอดเลือดดำโดยหลีกเลี่ยงขาหนีบในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ การปิดตำแหน่งสอดใส่สายสวนด้วยผ้าก๊อซปราศจากเชื้อ การเช็ดข้อต่อด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ การทำความสะอาดแผลด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ การใส่ถุงมือปราศจากเชื้อ และการประเมินการถอดสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางร่วมกับแพทย์หากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ดังนั้นการดำเนินการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาล

จึงจำเป็นต้องศึกษาหาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ หรือการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และการปฏิบัติให้แก่พยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างไร

2. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ ชวาร์ท (Schwartz, 1975) ที่กล่าวว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยหากพยาบาลมีความรู้ที่ดีก็จะเชื่อมโยงหรือส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีและทำให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ดีและถูกต้องได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ยึดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2011) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพและหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว โดยศึกษาเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษาตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม

2) ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย ดังนี้

1) ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร

2) อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อ ลาฝึกอบรม ลาคลอด ลาพักร้อน และลาป่วยในช่วงที่มีการเก็บข้อมูล

การวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Yamane, 1973) จากจำนวนประชากร 586 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 286 คน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sample) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ โดยแยกคำนวณแบบสัดส่วน (proportional sampling) และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการสุ่มแบบแทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และการได้รับความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตามแนวปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2011) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ การเลือกชนิดของสายสวนและตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายชนิดปราศจากเชื้อ การเปลี่ยนสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำความสะอาดมือและเทคนิคปลอดเชื้อ จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ซึ่งมีข้อที่ถูกต้องเพียง 1 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน รวมทั้งหมด เท่ากับ 17 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2011) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลตำแหน่งที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำความสะอาดมือและเทคนิคปลอดเชื้อ การเลือกชนิดของสายสวนและตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายชนิดปราศจากเชื้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert's scale แบ่งระดับของความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อความในทางบวกจำนวน 8 ข้อ และทางลบจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยยึดหลักแนวปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2011) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การเตรียมผิวหนังก่อนการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การดูแลตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำความสะอาดมือและเทคนิคปลอดเชื้อ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 51 คะแนน

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

ส่วนกลางไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำค่าที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 และนำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แล้วมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยแบบวัดความรู้ใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder-Richarson Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 ส่วนแบบวัดทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางนำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการ และขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้ารายงานตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบกลับแบบสอบถามลงในกล่องเก็บข้อมูลและตอบกลับเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยใส่กล่องเก็บเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 268 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.71 จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.4 มีอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 57.8 มัธยฐานของอายุเท่ากับ 29 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 93.7 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 48.6 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 70.9 มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 34.0 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 29.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 95.1 โดยในจำนวนนี้ได้รับความรู้จากการอบรม ร้อยละ 88.6 รองลงมา คือ เอกสารแผ่นพับ และสืบค้นจาก Internet คิดเป็นร้อยละ 68.6, 29.0 และ 0.8 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ร้อยละ 70.9 โดยในจำนวนนี้ได้รับความรู้จากการอบรม

ร้อยละ 71.1 รองลงมา คือ จากเอกสาร แผ่นพับ และสืบค้นจาก Internet คิดเป็นร้อยละ 64.2, 24.7 และ 1.1 ตามลำดับ

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.0 รองลงมามีความรู้ในระดับต่ำและสูง คิดเป็นร้อยละ 41.0 และ 6.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ระหว่าง 2-15 คะแนน ค่ามัธยฐานความรู้เท่ากับ 11 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (n=268)

คะแนนความรู้	จำนวน (n=268)	ร้อยละ	ระดับความรู้
14 - 17	16	6.0	สูง
11 - 13	142	53.0	ปานกลาง
0 - 10	110	41.0	ต่ำ
Median = 11			

ทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ระหว่าง 36-64 คะแนน โดยมีค่าคะแนนมัธยฐาน 52 คะแนน นั่นคือมีทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในระดับสูง ร้อยละ 76.1 รองลงมามีคะแนนทัศนคติในระดับปานกลางร้อยละ 23.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (n=268)

คะแนนทัศนคติ	จำนวน (n=268)	ร้อยละ	ระดับทัศนคติ
49 - 64	204	76.1	สูง
33 - 48	64	23.9	ปานกลาง
16 - 32	0	0	ต่ำ
Median = 52			

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางถูกต้อง ร้อยละ 89.9 โดยมีคะแนนปฏิบัติอยู่ในช่วง 35-51 คะแนน จากคะแนนเต็ม 51 คะแนน ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องในระดับสูง โดยมีค่ามัธยฐานของการปฏิบัติเท่ากับ 45 คะแนน ซึ่งเป็นการปฏิบัติถูกต้องในระดับสูง รองลงมา

กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนการปฏิบัติถูกต้องในช่วง 18-34 คะแนน ซึ่งเป็นการปฏิบัติถูกต้องในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.1 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (n=268)

คะแนนการปฏิบัติ	จำนวน (n=268)	ร้อยละ	ระดับการปฏิบัติ
35 - 51	241	89.9	สูง
18 - 34	27	10.1	ปานกลาง
0 - 17	0	0	ต่ำ
Median = 45			

ความสัมพันธ์ของ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

คะแนนความรู้กับทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .258) และคะแนนความรู้กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .191) ส่วนทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .332) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่าง (n=268)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1	.258**	.191**
ทัศนคติ	.258**	1	.332**
การปฏิบัติ	.191**	.332**	1

หมายเหตุ. ** p < .01

การอภิปรายผล

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนเคยได้รับการอบรมผ่านมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการลืม โดยมีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งตอบแบบสอบถามในส่วนข้อมูลทั่วไปว่าเคยผ่านการอบรมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง แต่นานมากและจำไม่ได้ว่าผ่านมาแล้วกี่ปี อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าร้อยละ 41.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวน

หลอดเลือดดำส่วนกลางอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาความรู้รายข้อ พบว่า ข้อความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องน้อย ได้แก่ ความหมายของการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ร้อยละ 41.8 แนวทางการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ร้อยละ 38.8 ระยะเวลาในการฟอกมือด้วยน้ำกับน้ำยาทำลายเชื้อ ร้อยละ 32.1 และการเปลี่ยนชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ร้อยละ 21.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ กัมบีและคณะ (Guembe et al., 2012) ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนกลางมีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 38.5 และพบว่า ความรู้ในด้านการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมีระดับความรู้ที่ต้องปรับปรุง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำส่วนกลางมีได้หลายชนิด ซึ่งระยะเวลาของการเปลี่ยนชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำมีความแตกต่างกันตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CDC, 2011) ดังนั้นการให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวสำหรับพยาบาลวิชาชีพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ข้อค้นพบเพิ่มเติมจากผลการวิจัยนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีผลทำให้มีความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 95.1 เคยได้รับความรู้จากการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และร้อยละ 70.9 เคยได้รับความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 89.9 มีคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 3) ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ตรงกับตามแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ของ ชวาร์ท (Schwartz, 1975)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 29.5 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ร้อยละ70. 9 และมีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในระดับสูง ร้อยละ 76.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิสรา คำพุฒ (Kamput, 2012) ที่กล่าวว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่รองรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ และมีความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญของงาน

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทุกครั้ง 3 อันดับแรก ได้แก่ การใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ร้อยละ 79.5 การทำความสะอาดมือก่อนทำความสะอาดแผลตำแหน่งใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ร้อยละ 77.2 และการเปลี่ยนชุดให้สารน้ำทุก 24 ชั่วโมง เมื่อใช้ให้สารอาหารที่ประกอบด้วยไขมันและสารละลายที่มีส่วนผสมของกรดไขมันและน้ำตาลรวมกัน ร้อยละ 76.1 อย่างไรก็ตามยังมีการปฏิบัติบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างยังมีการปฏิบัติทุกครั้งได้น้อย อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.0 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.0 (ตารางที่ 1)

ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ และคะแนนทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตามแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ของชวาร์ท (Schwartz, 1975) ได้อธิบายว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน หากพยาบาลมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ก็จะมีความเชื่อมโยงหรือมีความสัมพันธ์กับการมีทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติที่ถูกต้องในป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

ทั้งนี้ หากพยาบาลมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ดีและถูกต้อง จะส่งผลทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางลดลง ดังนั้นโรงพยาบาลควรหาแนวทางในการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางให้แก่พยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาสามารถนำเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพ

2. ควรจัดโครงการอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของพยาบาลวิชาชีพทุกระดับในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยควรเน้นการให้ความรู้ในเรื่อง การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การทำความสะอาดมือและเทคนิคปลอดเชื้อ และการเปลี่ยนชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

3. ควรจัดโครงการอบรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยควรเน้นการปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือและเทคนิคปลอดเชื้อ การเปลี่ยนชุดอุปกรณ์สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสุ่มสังเกตการปฏิบัติ

2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในโรงพยาบาล

3. ควรศึกษากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Guidelines for the prevention of intravescular catheter-related infection.* Retrieved from http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Central line-associated bloodstream infection (CLABSI) and non-central line-associated bloodstream infection.* Retrieved from http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf

Guembe, M., Bustinza, A., Sanchez Luna, M., Carrillo-Alvarez, A., Perez Sheriff, V., & Bouza, E. (2012). Guidelines for preventing catheter infection: Assessment of knowledge and practice among paediatric and neonatal intensive care healthcare workers. *The Journal of Hospital Infection, 81*(2), 123-127. doi:10.1016/j.jhin.2012.02.010

Kamput, P. (2012). *Nursing competencies in semi-critical care in a tertiary hospital (Master's thesis). Christian University.* (in Thai).

Rachavithi. (2015). *Indicators of quality, Rachavithi hospital.* Retrieved from http://110.164.68.234/kpiprp/ main_firstpage.php?module=report&date1=2014-06-01&date2=2014-06-30&Page=3

Rosenthal, V. D., Maki, D. G., Rodrigues, C., Álvarez-Moreno, C., Leblebicioglu, H., Sobreyra-Oropeza, M., . . . Fernández-Hidalgo, R. (2010). Impact of International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) strategy on central line-associated bloodstream infection rates in the intensive care units of 15 developing countries. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 31*(12), 1264-1272. doi:10.1086/657140

Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitude, and practices of high school graduated. *Journal of the American Dietetic Association, 66*(1), 28-31.

Yamane, T. *(1973). Statistics and introduction analysis.* New York: Harper & Row.

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย

Web Application Development for Postdischarge Surgical Site Infection Surveillance

ไพลิน	มูลจันทร์ *	Pailin	Moonchan *
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล **	Nongyao	Kasatpibal **
วราภรณ์	บุญเชียง ***	Waraporn	Boonchieng ***

บทคัดย่อ

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดส่วนใหญ่ตรวจพบหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 23 - 44 ดังนั้นควรมีการพัฒนาวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้อัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้องตามความเป็นจริง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย และศึกษาประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดใหญ่ จำนวน 42 คน ในโรงพยาบาลศูนย์ ดำเนินการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน และรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2560 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชัน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 1.0 และ .89 ตามลำดับ ประเมินประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันโดยการนำไปทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง แบบกลุ่มย่อย และแบบภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้เข้าใช้งาน ประกอบด้วย การเข้าใช้ระบบ การกรอกข้อมูลทั่วไป แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เนื้อหาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องวิธีประเมินแผลผ่าตัด และการดูแลแผลผ่าตัด สรุปอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ภาพถ่ายแผลผ่าตัด และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน วิธีการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน ระยะเวลาการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และการออกจากระบบ ส่วนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแล

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Lampang Hospital, pailin.moonchan@gmail.com*

** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 30 เมษายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 4 มิถุนายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 27 มิถุนายน 2561

ระบบ ประกอบด้วย เพิ่มผู้ดูแลระบบ เพิ่มผู้ป่วย สรุปข้อมูลผู้ป่วยรายคน สรุปข้อมูลผู้ป่วยรายวัน สรุปแบบความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน รายงานอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และการออกจากระบบ ประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย คือ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดผ่านเว็บแอปพลิเคชันครบทุกราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงทุกราย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายในระดับมากถึงมากที่สุดทั้งด้านเนื้อหา (ค่าเฉลี่ย 4.40 - 4.51) ด้านการออกแบบและนำเสนอ (ค่าเฉลี่ย 4.14 - 4.51) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ (ค่าเฉลี่ย 4.33 - 4.62) และด้านความพึงพอใจในภาพรวม (ค่าเฉลี่ย 4.55)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่าเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผล สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่ถูกต้อง อีกทั้งยังช่วยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอย่างรวดเร็ว และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

คำสำคัญ: *เว็บแอปพลิเคชัน การเฝ้าระวัง การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้ป่วยหลังจำหน่าย*

Abstract

It is estimated that 23-44% of surgical site infections (SSIs) are detected after the patient is discharged. Effective post-discharge surveillance methods should be developed to obtain accurate SSI rates. This developmental research study aimed to develop a web application for post-discharge SSI surveillance and to study the effectiveness of the web application. The sample included 42 patients undergoing major surgery in a regional hospital. The web application was developed and data were collected between November 2017 and March 2018. The research instruments consisted of two parts: demographic data questionnaire and the web application for post-discharge SSI surveillance which included a SSI surveillance form and a satisfaction questionnaire. These instruments were validated by five content experts. The content validity index of the SSI surveillance form and web application satisfaction questionnaire were 1.0 and the reliability were 1.0 and .89 respectively. The effectiveness of the web application for post-discharge SSI surveillance was tested using one to one, small groups, and field tests. Data were analyzed using descriptive statistics.

The web application developed for post-discharge SSI surveillance consisted of two parts. The first part was the web frontend which included user login, demographic data, the SSI surveillance form, knowledge on assessment and care for surgical wound, summary of SSI signs and symptoms, surgical wound photos and communication with a healthcare provider, the web application satisfaction questionnaire, the user manual, duration of SSI surveillance and log out. The second part was a web application backend for administrator use which included information on the administrator, users, summary of patient data, daily summary of patient data, summary of web application satisfaction questionnaire, summary of SSI signs and symptoms and log out. The web application

was found to be effective as all participants provided information on SSI signs and symptoms and all participants with SSO symptoms were diagnosed within 24 hours. Overall, user satisfaction for the web application was high to very high with regards to content (mean 4.40 - 4.51), design and presentation (mean 4.14 - 4.51), usability (mean 4.33 - 4.62) and overall satisfaction (mean 4.55).

The results of the study show that the web application for SSI surveillance was effective and could be used for post-discharge SSI surveillance to obtain complete information and accurate SSI rates. In addition, patients with SSI were detected early and quickly treated.

Keywords: *Web application, Surveillance, Surgical site infection, Post-discharge patient*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นจำนวนมาก ในปี ค.ศ. 2012 พบว่าทั่วโลกมีการผ่าตัดเฉลี่ย 4,469 การผ่าตัดต่อประชากร 100,000 คนต่อปี (WHO, 2015) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัด คือ การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 2 - 5 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และพบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 20 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Anderson et al., 2014) จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในประเทศไทย พบว่าอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด คือ 1.4 ครั้ง ต่อการผ่าตัด 100 ครั้ง (Kasatpibal, Norgaard, & Jamulitrat, 2009) ซึ่งการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 10.65 วัน ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ ร้อยละ 51.94 และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 58,822 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย (Shepard et al., 2013) การป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพต้องมีการดำเนินการตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและทีมบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่ทันสมัยของการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Suwannakeeree & Payaprom, 2017) ในปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะจำหน่ายจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่สามารถครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายจนครบ 30 วัน หรือ 90 วัน ตามข้อกำหนดของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC, 2013) การศึกษาที่พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียมลดลง ทำให้พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23 - 44 ทั้งที่ติดตามผู้ป่วยจนครบ 1 ปี แต่ข้อมูลที่ได้นั้นยังไม่ครบถ้วน สำหรับประเทศไทยพบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในผู้ป่วยหลังจำหน่าย ร้อยละ 43.1 โดยหัตถการการผ่าตัดที่พบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดผู้ป่วยหลังจำหน่ายเป็นส่วนใหญ่ คือ การผ่าตัดคลอด การผ่าตัดไส้ติ่ง และการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูก Kasatpibal et al., 2009 จึงได้มีวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ซึ่งจากการศึกษาการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยผ่าตัดหลังจำหน่ายโดยใช้โทรศัพท์ อีเมลล์ หรือแฟกซ์ พบว่าข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดไม่ครบถ้วนสูงถึงร้อยละ 50 เนื่องจากระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อไม่มีประสิทธิภาพ และพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มาตรวจตามนัด (Cybulski, Erickson, Falco, Ingersol, & Kumi, 2014)

ในปัจจุบันมีการศึกษาการติดตามผู้ป่วยผ่าตัดหลังจำหน่ายโดยใช้แอปพลิเคชัน โดยให้ผู้ป่วยส่งภาพแผลผ่าตัดผ่านแอปพลิเคชัน ซึ่งเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้

ทำให้เพิ่มโอกาสในการตรวจพบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้รวดเร็ว (early detection) และผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว (Sparks et al., 2016) ซึ่งการนำแอปพลิเคชันมาใช้สำหรับการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประโยชน์อย่างมากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการติดตามผู้ป่วย ทำให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้รวดเร็ว และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมาตรวจตามนัด (Semple et al., 2015) ซึ่งผู้ป่วยให้การยอมรับการใช้แอปพลิเคชันในระดับสูง เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้บ่อยครั้งและสะดวก นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด สามารถดูแลแผลผ่าตัดด้วยตนเอง ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้เมื่อเกิดความผิดปกติของแผลผ่าตัด สามารถส่งภาพถ่ายไปยังบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้อัตราการติดเชื้อลดลง และยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล (Sanger et al., 2014)

เว็บแอปพลิเคชันเป็นโปรแกรมประยุกต์ที่สามารถทำงานบนระบบปฏิบัติการของอุปกรณ์สื่อสารที่หลากหลาย โดยการเรียกใช้งานผ่านระบบ URL ของเว็บบราว์เซอร์ เมื่อมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแอปพลิเคชันเป็นเวอร์ชันใหม่ การเปลี่ยนแปลงนั้นมีผลต่อการใช้งานของผู้ใช้ทันที ทำให้ผู้ใช้ได้แอปพลิเคชันเป็นเวอร์ชันล่าสุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาในรูปแบบเว็บแอปพลิเคชัน โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด พร้อมส่งภาพถ่ายแผลผ่าตัดหลังเปิดแผลผ่าตัดครั้งแรก และเมื่อมีอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในระยะเวลา 30 วัน ซึ่งผู้วิจัยจะมีการโต้ตอบกับผู้ป่วยผ่านทางเว็บแอปพลิเคชัน

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย พบเพียงแต่การศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายจำเป็นต้องมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและทันเวลา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้รวดเร็ว และได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงที การศึกษาการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังผู้ป่วยจำหน่ายของประเทศไทย จึงเป็นสิ่งจำเป็นอันจะนำไปสู่โอกาสในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายโดยประเมินจาก 1) ความครบถ้วนของข้อมูล 2) ความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และ 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้เข้าใช้งานเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายให้ข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้ถูกต้อง รวดเร็ว และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย โดยใช้การพัฒนาในรูปแบบ SDLC (system development life cycle) เป็นวงจรแสดงถึงกิจกรรมที่เป็นลำดับขั้นตอนในการพัฒนาระบบ ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน (Eamsiriwong, 2002) ดังนี้ 1) กำหนดปัญหา (problem definition) 2) การวิเคราะห์ระบบ (analysis) 3) การออกแบบระบบ (design) 4) การพัฒนาระบบ (development) 5) การทดสอบระบบ (testing) 6) การติดตั้งระบบ (implement) และ 7) การบำรุงรักษาระบบ (maintenance) โดยเนื้อหาในแผนการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันจะยึดหลักแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของสมาคมระบาดวิทยา

สหรัฐอเมริการ่วมกับเครือข่ายความปลอดภัยด้านสุขภาพสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2014 โดยกำหนดให้เฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดตามเกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในระยะเวลา 30 วัน ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา ปีค.ศ. 2013 และประเมินประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความครบถ้วนของข้อมูล 2) ความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และ 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ในโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง รวบรวมข้อมูลระหว่างระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดใหญ่ จากประชากรจำนวนรวม 42 คน เพื่อใช้ทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง 2 คน แบบกลุ่มย่อย 10 คน และภาคสนาม 30 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรที่ศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดใหญ่ซึ่งเป็นชนิดการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด 30 วัน หรือญาติผู้ป่วย
2. สามารถพูด อ่าน และฟังภาษาไทยได้
3. มีสมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต
4. ยินยอมเข้าร่วม และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยหรือญาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประสบการณ์การใช้เว็บแอปพลิเคชันทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ประกอบด้วย วันที่เริ่มและสิ้นสุดการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด ชนิดแผลผ่าตัด ระยะเวลาการทำผ่าตัดที่มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ของการผ่าตัดแต่ละชนิด สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด และอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายที่ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1) ข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชัน จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน และพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน

2.2) ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นข้อเสนอแนะ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยื่นขอรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการด้านจริยธรรม ของคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง และกรรมการด้านจริยธรรมของโรงพยาบาล ภายหลังจากการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากตารางการผ่าตัด จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการ ชี้แจงวิธีการใช้เว็บแอปพลิเคชัน และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายในรูปแบบ SDLC (system development life cycle) มี 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหา (problem definition) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ดำเนินการกำหนดเรื่องคือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระบบ (analysis) โดยสรุปความเป็นไปได้ของระบบงานใหม่ คือ เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ด้วยการสร้างแบบจำลองข้อมูลและความสัมพันธ์ของงานแต่ละส่วน

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบระบบ (design)

1) ออกแบบระบบงานโดยกำหนดเนื้อหาในเว็บแอปพลิเคชัน ได้แก่ แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทุกวันในระยะเวลา 30 วัน พร้อมส่งภาพถ่ายแผลผ่าตัดหลังเปิดแผลผ่าตัดครั้งแรก หรือเมื่อมีอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยผู้วิจัยมีการโต้ตอบกับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางเว็บแอปพลิเคชันดังนี้ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดจะมีข้อความตอบกลับผ่านแอปพลิเคชันว่า “ไม่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด แต่ให้สังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง” กรณีที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดจะมีข้อความแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง “กรุณาส่งภาพถ่ายแผลผ่าตัด” และผู้วิจัยแจ้งผลการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบภายใน 24 ชั่วโมง

2) เขียนสตอรี่บอร์ด (storyboard) เพื่อแสดงให้เห็นลำดับการดำเนินงานของเว็บแอปพลิเคชัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้เข้าใช้งาน (user) และส่วนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลระบบ (admin) ดังนี้

ส่วนที่ 1 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้เข้าใช้งาน (user) ประกอบไปด้วย 10 ส่วน ได้แก่

1) การเข้าใช้ระบบ (log in) โดยผู้วิจัยกำหนดชื่อผู้เข้าใช้งานและรหัสผ่านให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

2) การกรอกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และประสบการณ์การใช้เว็บแอปพลิเคชันทางด้านสุขภาพ

3) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลในเว็บแอปพลิเคชันทุกวันในระยะเวลา 30 วันของการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เพื่อนำข้อมูลมาวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

4) และ 5) เนื้อหาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องวิธีประเมินแผลผ่าตัด และการดูแลแผลผ่าตัด นำเสนอโดยใช้ภาพนิ่ง ข้อความประกอบคำบรรยายภาพ

6) สรุปอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ภาพถ่ายแผลผ่าตัด และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นตารางสรุปการให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละวันในระยะเวลา 30 วัน เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร และส่งผลการวินิจฉัยการติดเชื้อไปให้กลุ่มตัวอย่างโดยการพิมพ์ตอบกลับ

7) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่ง

ผ่าตัดหลังจำหน่าย

8) วิธีการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน

9) ระยะเวลาการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เป็นการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างในเรื่องชนิดการผ่าตัดต่างๆ ที่ใช้ระยะเวลาการเฝ้าระวังการติดเชื้อ 30 วัน หรือ 90 วัน

10) การออกจากระบบ (Log out)

ส่วนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลระบบ (admin) ประกอบไปด้วย 7 ส่วน ได้แก่

1) ผู้ดูแลระบบ (admin) กำหนดชื่อและรหัสผ่านของผู้ดูแลระบบ

2) ผู้ป่วย (user) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1) เพิ่มผู้ป่วย โดยผู้วิจัยกำหนดชื่อผู้เข้าใช้งานและรหัสผ่านให้แก่กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ได้กำหนดวันที่เริ่มและสิ้นสุดของการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

2.2) ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

3) สรุปข้อมูลผู้ป่วยรายคน เป็นตารางแสดงอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดภายในตารางบอกลำดับ วันที่ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และการติดต่อสอบถามหรือภาพถ่ายแผลผ่าตัด เมื่อกลุ่มตัวอย่างส่งข้อความหรือส่งภาพถ่ายแผลผ่าตัด ภายในเว็บแอปพลิเคชันจะมีการเตือนผู้ดูแลระบบโดยมีแถบเตือนสีแดงเตือนขึ้นมาบนตาราง และกรณีที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่ามีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ คำตอบว่า “มี” จะเป็นสีแดง

4) สรุปข้อมูลผู้ป่วยรายวัน เป็นตารางแสดงผลรวมจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดรายวัน

5) สรุปแบบความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน เป็นตารางแสดงจำนวนและร้อยละของแบบสอบถามความพึงพอใจในแต่ละระดับ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

6) รายงานอาการและอาการแสดงการติดเชื้อ (SSI report) เป็นตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลประกอบการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

7) ออกจากระบบ (log out)

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาระบบ (development) ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน และดำเนินการสร้างเว็บแอปพลิเคชันด้วยการเขียนโปรแกรม ตามรูปแบบ ที่ได้มาจากการวิเคราะห์ในขั้นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบระบบ (testing)

1) การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง (one to one testing) กับกลุ่มตัวอย่าง 2 คน

2) การทดสอบแบบกลุ่มย่อย (small group testing) กับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ซ้ำกับการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง รายละเอียดของการทดสอบระบบผู้วิจัยนำเสนอในส่วนผลของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 6 การติดตั้งระบบ (implementation)

1) นำเว็บแอปพลิเคชัน ติดตั้งเข้าสู่ระบบและจัดทำคู่มือการใช้งาน

2) การทดสอบภาคสนาม (field testing) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย เมื่อครบระยะเวลาเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด 30 วัน

ขั้นตอนที่ 7 (maintenance) ทำการตรวจสอบข้อมูลและปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดต่างๆ ให้มีความถูกต้องอยู่เสมอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

1.1 อายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้เว็บแอปพลิเคชันทางด้านสุขภาพ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด ชนิดแผลผ่าตัด ระยะเวลาการทำผ่าตัดที่มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ของการผ่าตัดแต่ละชนิด สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

และประเภทการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายโดยการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และการทดสอบแบบกลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเป็นความเรียง

3. ข้อมูลประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ดังนี้

3.1 ความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ และร้อยละ

3.2 ความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ และร้อยละ

3.3 ข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

3.3.1 ข้อมูลส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและนำเสนอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.3.2 ข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น และข้อเสนอแนะนำมาจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.81 มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 52.38 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 30.95 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.19 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ร้อยละ 35.71 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 33.33 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.57 รองลงมามีอาชีพนักธุรกิจ/ค้าขาย พนักงานบริษัทเอกชนร้อยละ 14.29 และนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 14.29 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 88.10 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.76 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้เว็บแอปพลิเคชันทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 88.10 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบมากที่สุดร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ มารดาที่เคยได้รับการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 16.68 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งร้อยละ 42.86 รองลงมาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 35.72 ชนิดบาดแผลผ่าตัดเป็นบาดแผลสะอาดกึ่งปนเปื้อนมากที่สุดร้อยละ 57.14 รองลงมาเป็นบาดแผลปนเปื้อนร้อยละ 30.96 ชนิดการผ่าตัดที่มีระยะเวลาการทำผ่าตัดมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 9.53 กลุ่มตัวอย่างมีสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับ 2 มากที่สุดร้อยละ 47.62 รองลงมาอยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 42.85 และประเภทการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดชนิดฉุกเฉินร้อยละ 59.52

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายในรูปแบบ SDLC (system development life cycle) 7 ขั้นตอน (Eamsiriwong, 2002) ภายในเว็บแอปพลิเคชันมีลักษณะเป็นภาพนิ่ง ข้อความประกอบคำบรรยายภาพ และมีการปฏิสัมพันธ์โต้ตอบระหว่างผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบ ซึ่งเว็บแอปพลิเคชันแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้เข้าใช้งาน (user) และส่วนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลระบบ (admin) หลังจากพัฒนาแอปพลิเคชันแล้วผู้วิจัยได้นำไปทดลองการใช้งาน โดยวิธีการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง การทดสอบแบบกลุ่มย่อย และการทดสอบแบบภาคสนาม ดังนี้ ผู้วิจัยนำเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่งกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่จำนวน 2 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก และไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบแบบกลุ่มย่อย โดยทดสอบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่จำนวน 10 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน และกลุ่มตัวอย่าง 2 คนพบปัญหาเรื่องการส่งภาพถ่ายแผลผ่าตัด ผู้วิจัยได้นำปัญหาดังกล่าวไปประสานกับผู้เชี่ยวชาญปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดสอบ

ในขั้นตอนการทดสอบภาคสนามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดผ่านเว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งมีความครบถ้วนของข้อมูลร้อยละ 100 โดยอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูล คือ ไม่มีไข้ร้อยละ 66.67 มีอาการปวดแผลผ่าตัด 1 - 7 วันหลังการผ่าตัดร้อยละ 56.67 และไม่มีอาการบวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัดร้อยละ 76.67 ซึ่งเว็บแอปพลิเคชันมีความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 100 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย จำแนกตามความครบถ้วนของข้อมูล และความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (n=30)

ประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความครบถ้วนของข้อมูล		
ครบถ้วน	30	100.00
ไม่ครบถ้วน	0	0.00
อาการและอาการแสดง		
อาการไข้หลังการผ่าตัด		
ไม่มีไข้	20	66.67
มีไข้	10	33.33
$\bar{X}$ = 1.2 S.D = .42 Median = 1 Range = 1-2		
อาการปวดแผลผ่าตัดหลังการผ่าตัด		
ปวดแผลผ่าตัด 1-7 วัน	17	56.67
ปวดแผลผ่าตัด นานกว่า 7 วัน	13	43.33
$\bar{X}$ = 8.06 S.D = 6.94 Median = 6 Range = 1-27		
อาการบวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัดหลังการผ่าตัด		
ไม่มี	23	76.67
มี	7	23.33
$\bar{X}$ = 1.14 S.D = .37 Median = 1 Range = 1-2		
ความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง		
มี	30	100.00
ไม่มี	0	0.00
สรุปผลการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เมื่อครบ 30 วันหลังการผ่าตัด		
ไม่ติดเชื้อ	30	100.00
ติดเชื้อ	0	0.00

กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้เว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมากในด้านเนื้อหา ในเรื่องเนื้อหาเข้าใจง่าย และการใช้ภาษาถูกต้องเหมาะสมร้อยละ 59.26 รองลงมาคือ เนื้อหา

มีความเหมาะสมร้อยละ 51.86 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.40 - 4.51 คะแนน ในด้านการออกแบบและนำเสนอ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมากในเรื่องลำดับการนำเสนอ คำถามเหมาะสม ร้อยละ 62.97 รองลงมาคือ การเชื่อมโยง (link) ไปยังหน้าอื่นเหมาะสม ร้อยละ 55.56 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.41 - 4.51 คะแนน ในด้านประโยชน์ที่ได้รับกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุดในเรื่องสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้สะดวก ร้อยละ 62.97 รองลงมาคือ ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดรวดเร็วร้อยละ 59.26 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.33 - 4.62 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุดร้อยละ 55.56 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย (n=30)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ [ก]			$\bar{X}$	S.D
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
1. ด้านเนื้อหา					
1.1 เข้าใจง่าย	11(40.74)	16(59.26)	0	4.40	.50
1.2 มีความเหมาะสม	12(44.44)	14(51.86)	1(3.70)	4.40	.57
1.3 ใช้ภาษาถูกต้องเหมาะสม	11(40.74)	16(59.26)	0	4.40	.50
1.4 มีความน่าเชื่อถือ	15(55.56)	11(40.74)	1(3.70)	4.51	.57
2. ด้านการออกแบบและนำเสนอ					
2.1 การจัดวางโครงสร้างง่ายต่อการใช้	10(37.03)	14(51.86)	3(11.11)	4.25	.65
2.2 มีระบบความปลอดภัยของข้อมูล	12(44.44)	13(48.15)	2(7.41)	4.37	.62
2.3 ลำดับการนำเสนอคำถามเหมาะสม	10(37.03)	17(62.97)	0	4.37	.49
2.4 การเชื่อมโยง (link) ไปยังหน้าอื่นเหมาะสม	8(29.63)	15(55.56)	4(14.81)	4.14	.66
2.5 ขนาดตัวอักษร สีตัวอักษร อ่านง่ายเหมาะสม	15(55.56)	8(29.63)	4(14.81)	4.40	.74
2.6 ภาพประกอบชัดเจนและสอดคล้องกับเนื้อหา	15(55.56)	11(40.74)	1(3.70)	4.51	.57
3. ด้านประโยชน์ที่ได้รับ					
3.1 มีความรู้เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด	14(51.86)	12(44.44)	1(3.70)	4.48	.57
3.2 มีความรู้เรื่องการประเมินแผลผ่าตัด	15(55.56)	10(37.03)	2(7.41)	4.48	.64
3.3 สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรได้	17(62.97)	10(37.03)	0	4.62	.49
3.4 ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อรวดเร็ว	16(59.26)	10(37.03)	1(3.70)	4.55	.57
3.5 ลดการมาตรวจที่ไม่จำเป็น	11(40.74)	14(51.86)	2(7.41)	4.33	.62
4. ความพึงพอใจในภาพรวม	15(55.56)	12(44.44)	0	4.55	.50

หมายเหตุ. [ก] คำตอบระดับความพึงพอใจมีเฉพาะระดับ 3-5

อภิปรายผล

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย

เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้เข้าใช้งาน (user) และส่วนที่ 2 ผู้ดูแลระบบ (admin) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในรูปแบบวงจรพัฒนาระบบ SDLC (system development life cycle) 7 ขั้นตอน (Eamsiriwong, 2002) ซึ่งเว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้เข้าใช้งาน (user) มีความปลอดภัย มีความเป็นส่วนบุคคล เนื่องจากมีการเข้าสู่ระบบ (log in) และการออกจากระบบ (log out) โดยชื่อผู้เข้าใช้งานและรหัสผ่านผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวอักษรและตัวเลข สอดคล้องกับการศึกษาคำแนะนำในเรื่องระบบความเป็นส่วนบุคคลและความปลอดภัยในการใช้แอปพลิเคชันทางสุขภาพ การออกแบบชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่านจำเป็นต้องมีความเฉพาะเจาะจงและรหัสผ่านต้องมีความซับซ้อน (Martinez-Pere, Tone-Diez, & Coronado, 2015) การให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสำคัญเพื่อประกอบการรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดและให้กลุ่มตัวอย่างส่งข้อมูลอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยการติดเชื้อตามเกณฑ์การวินิจฉัยการ ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (CDC, 2013) นอกจากนี้ภายในเว็บแอปพลิเคชันมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องวิธีประเมินและการดูแลแผลผ่าตัด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และประเมินอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเบื้องต้นได้ หลังจากกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้วิจัยได้ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อร่วมกับรูปถ่ายแผลผ่าตัด และส่งผลการวินิจฉัยการติดเชื้อไปให้กลุ่มตัวอย่างโดยการพิมพ์ตอบกลับไปในช่องทางติดต่อสื่อสาร ทำให้การติดต่อสื่อสารสะดวกรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาแอปพลิเคชันติดตามแผลผ่าตัดของแสงเกอร์และคณะ (Sanger et al., 2016) พบว่าแอปพลิ-เคชันช่วยให้การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สะดวก ทำให้ตรวจพบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อได้รวดเร็ว

ในช่วงระยะเวลาของการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (15 คน) ไม่ได้ส่งภาพถ่ายแผลผ่าตัดครั้งแรก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดแผลผ่าตัดครั้งแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และไปทำแผลผ่าตัดที่สถานีอนามัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการถ่ายรูปแผลผ่าตัด หรือบางรายไม่พบอาการผิดปกติ นอกจากนี้พบว่าการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดผ่านเว็บแอปพลิเคชันจำนวนวันเฉลี่ยคือ 21 วัน กรณีที่กลุ่มตัวอย่างลืมหรือขาดการส่งข้อมูล ผู้วิจัยจะส่งข้อความแจ้งเตือนไปโดยการพิมพ์โต้ตอบทางเว็บแอปพลิเคชัน เมื่อเข้าใช้งานอีกครั้งจะมีข้อความเตือนแสดงเป็นสัญลักษณ์แถบสีแดง นอกจากนี้มีการเตือนทางไลน์แอปพลิเคชันและทางโทรศัพท์ กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจหรือสงสัยการใช้งานในส่วนต่างๆ ภายในเว็บแอปพลิเคชัน สามารถเข้าไปทบทวนได้ภายในเว็บแอปพลิเคชัน

เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลระบบ (admin) มีการเข้าสู่ระบบ (log in) และการออกจากระบบ (log out) เช่นกัน ภายในเว็บแอปพลิเคชันมีระบบการเพิ่มผู้ป่วย (user) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยกำหนดชื่อผู้เข้าใช้งานและรหัสผ่านให้แก่กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ได้กำหนดวันที่เริ่มและสิ้นสุดของการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด 2) ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ชนิดแผลผ่าตัด สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด และประเภทการผ่าตัด เป็นข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นเพื่อใช้ประกอบการรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (Mangram et al., 1999) เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหรือส่งภาพถ่ายมายังผู้วิจัย

จะมีการแจ้งเตือนภายในเว็บแอปพลิเคชัน โดยแสดงเป็นสัญลักษณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลระบบสามารถเห็นข้อมูลได้ชัดเจนเพิ่มขึ้น สามารถเข้าไปประเมิน และวินิจฉัยอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้รวดเร็ว นอกจากนี้มีตารางแสดงอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (SSI report) เพื่อให้เห็นจำนวนและแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทั้งด้านตัวผู้ป่วยและด้านสิ่งแวดล้อม และตารางแสดงความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงและพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีอายุมาก และกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ไม่ได้รับการศึกษา แต่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถใช้เว็บแอปพลิเคชันได้โดยให้ญาติเป็นผู้สอบถามและประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จึงถือได้ว่าเว็บแอปพลิเคชันนี้สามารถนำไปใช้ได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ได้รับการศึกษา ดังนั้นการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายในงานวิจัยครั้งนี้ ถือได้ว่าเป็นเรื่องที่ทำการศึกษาใหม่ในด้านป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดต่อไป

ประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย

ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1. ความครบถ้วนของข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ข้อมูลไม่พบอาการและอาการแสดงผิดปกติของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 100 การได้ข้อมูลครบถ้วนเนื่องจากผู้วิจัยมีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และเปิดโอกาสซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ กรณีกลุ่มตัวอย่างขาดการให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้วิจัยได้กระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างโดยมีการพิมพ์สอบถามทางเว็บแอปพลิเคชัน ไลน์แอปพลิเคชัน และโทรศัพท์

2. ความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดผ่านเว็บแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยได้เฝ้าระวัง ประเมินอาการและอาการแสดงการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดผ่านเว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งผลของการวินิจฉัยการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ร้อยละ 100 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการผ่าตัดที่ไม่มีความซับซ้อน และเป็นการผ่าตัดที่เฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นระยะเวลา 30 วัน ตามเกณฑ์ที่กำหนด (CDC, 2013) ทุกรายจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน และต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นระยะเวลา 90 วัน

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด ในช่วงระยะการทดสอบระบบการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อมูลเริ่มมีอาการและอาการแสดงผิดปกติของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้วิจัยให้ส่งภาพถ่ายแผลผ่าตัดเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงการติดเชื้อ และได้ให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างไปตรวจที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับผลการวินิจฉัยว่า ไม่มีการติดเชื้อ จึงเกิดความรู้สึกประทับใจ ซึ่งหากผู้ป่วยมีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาการนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนใช้สำหรับการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดในประเทศแคนาดา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก ร้อยละ 87 และทำให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Semple et al., 2015)

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายเป็นวิธีการหนึ่ง

ที่ให้แนวทางในการป้องกันติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ช่วยให้ได้ข้อมูลการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดครอบคลุมและได้อัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่ได้ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อีกทั้งอาจจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายนี้สามารถนำไปเผยแพร่ต่อผู้บริหารโรงพยาบาล และหน่วยงานพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย เพื่อให้ได้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อที่ครบถ้วนถูกต้องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้เว็บแอปพลิเคชันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการประเมินและป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

2. เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายในส่วนของผู้ดูแลระบบ (admin) สามารถนำไปพัฒนาเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเว็บแอปพลิเคชันกับฐานข้อมูลของโรงพยาบาล เช่น การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด และชนิดบาดแผลผ่าตัด เป็นต้น เพื่อได้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัย และการรายงานอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่ครบถ้วน และมีความสะดวกรวดเร็ว

3. เว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายสามารถนำไปพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันสำหรับระบบปฏิบัติการ iOS หรือ Andriod ได้ เนื่องจากปัจจุบันมีการใช้งานแอปพลิเคชันสำหรับระบบปฏิบัติการบนสมาร์ทโฟนมากขึ้น

4. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปศึกษาอัตราการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย และเป็นแนวทางปฏิบัติที่ป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดต่อไป

5. ควรมีการเน้นย้ำและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการส่งภาพถ่ายแผลผ่าตัดครั้งแรก เพราะเมื่อสงสัยว่ามีอาการและอาการแสดงผิดปกติของการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ทำให้สามารถนำภาพถ่ายแผลผ่าตัดมาเปรียบเทียบเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของการนำเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน และชนิดการผ่าตัดที่มีความหลากหลาย ซึ่งมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายทั้ง 30 วัน และ 90 วัน

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของการนำเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่ายไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Anderson, D. J., Podgorny, K., Berríos-Torres, S. I., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Greene, L., ... & Kaye, K. S. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 35*(6), 605-627.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *CDC/NHSN protocol clarifications.* Retrieved from https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pcsmanual_current.pdf.

Cybulski, E., Erickson, A., Falco, J., Ingersol, C., & Kumi, E. (2014). *Hospitals batting to reduce readmission due to surgical site infections.* Retrieved from http://www.slideshare.net/EricCybulski/ssi-final-51703770

Eamsiriwong, O. (2002). *Analysis and design a system.* Bangkok: SE-ED.

Kasatpibal, N., Nørgaard, M., & Jamulitrat, S. (2009). Improving surveillance system and surgical site infection rates through a network: A pilot study from Thailand. *Clinical epidemiology, 1,* 67-74.

Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., Jarvis, W. R., & Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *American Journal of Infection Control, 27*(2), 97-134.

Martinez-Pere, B., Tone-Diez, I., & Lopez-Coronado, M. (2015). Privacy and security in mobile health apps: A review and recommendations. *Journal of Medical Systems, 39,* 181.

Sanger, P. C., Hartzler, A., Lober, W. B., Evans, H. L., & Pratt, W. (2014). Design considerations for post-acute care mHealth: Patient perspectives. In *Proceedings of AMIA Annual Symposium,* 1920-1929.

Sanger, P. C., Hartzler, A., Lorrdon, R. J., Armstromg, C.A., Lober, W. B., Evans, H. L., & Pratt, W. (2016). A patient-centeres system in a provider-centered world: Challenges of incorporating post discharge wound data into practice. *Journal of American Medical Association, 23,* 514-525.

Semple, J. L., Sharpe, S., Murnaghan, M. L., Theodoropoulos, J., & Metcalfe, K. A. (2015). Using a mobile app for monitoring post-operative quality of recovery of patients at home: A feasibility study. *JMIR mHealth and uHealth, 3*(1), 18-21.

Shepard, J., Ward, W., Milstone, A., Carlson, T., Frederick, J., Hadhazy, E., & Perl, T. (2013). Financial impact of surgical site infections on hospitals: The hospital management perspective. *Journal of the American Medical Association of Surgery, 148*(10), 907-914.

Sparks, E. K., Lorden, R., Hartzler, A., Whitney, J., Evans, H., & Lober, W. (2016). *Patient-generated serial photos of surgical wounds following discharge to guide clinical decision making.* Retrieved from http://c.ymcdn.com/sites/siim.org/resource/resmgr/siim2016abstracts/Poster_Demo_Sparks.pdf.

Suwannakeeree, W., & Payaprom, Y. (2017). Prevention of surgical site infection. *Nursing Journal, 29*(2). 15-28.

World Health organization. (2015). *Size and distribution of the global volume of surgery in 2012.* Retrieved from http://www.who.int/bulletin/volumes/94/3/15-159293/en.

ผลของการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
Effect of Self-Regulation Enhancement on Aseptic Technique Practices of Wound Management Among Registered Nurses in Accident and Emergency Department

รัตนาภรณ์	กองแก้ว *	Ruttanaporn	Kongkaew *
วันชัย	เลิศวัฒนวิลาศ **	Wanchai	Lertwatthanawilat **
นงค์คราญ	วิเศษกุล **	Nongkran	Viseskul **

บทคัดย่อ

การติดเชื้อที่แผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีอุบัติการณ์สูง ส่วนหนึ่งเกิดจากการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อไม่ถูกต้องในการจัดการแผล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลังและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดมือ การใส่อุปกรณ์ป้องกัน การควบคุมเขตปลอดเชื้อ และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือ กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ช่วงเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลแบบง่ายโดยวิธีจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สังเกตเหตุการณ์ทำแผลและเย็บแผลอย่างละ 18 เหตุการณ์ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลตามแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูราร่วมกับให้แนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.53 เป็นร้อยละ 89.36 ($p<.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีสัดส่วนการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มมากที่สุด ได้แก่ ด้านการทำความสะอาดมือเพิ่มจากร้อยละ 25.37 เป็นร้อยละ 84.50 ($p<.05$) รองลงมาคือด้านการใส่อุปกรณ์ป้องกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.11 เป็นร้อยละ 100 ($p<.05$) แต่สำหรับด้านที่ไม่แตกต่างทางสถิติ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือเพิ่มจากร้อยละ 96.67 เป็นร้อยละ 100 ด้านการควบคุมเขตปลอดเชื้อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 98.33 เป็นร้อยละ 100 และด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.50 เป็นร้อยละ 63.16 ทั้งนี้ในกลุ่มควบคุมร้อยละของการปฏิบัติ

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลห้วยคต*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Huaikhot Hospital, cook.ru@hotmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 7 มีนาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 16 ตุลาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 22 มกราคม 2561

ยังคงเดิม และต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อได้ผลและควรนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในด้านการทำความสะอาดมือ และด้านการใส่อุปกรณ์ป้องกันต่อไป ส่วนกิจกรรมด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมยังมีการปฏิบัติต่ำควรประยุกต์ใช้กลยุทธ์อื่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติในการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: *เทคนิคปลอดเชื้อ การจัดการแผล การกำกับตนเอง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน การป้องกันการติดเชื้อ*

Abstract

Wound infection is a problem in hospital, accident and emergency departments, with high incidence attributed to improper aseptic technique during the wound management process. This quasi-experimental pre-post with control group design was used to test the effectiveness of self-regulation on aseptic technique practices of wound management among registered nurses in the accident and emergency departments of two hospitals from November 2015 to January 2016. Aseptic techniques were environmental controls, hand hygiene, appropriate use of protective personal equipment, aseptic field management, and non-touch aseptic technique. A random sampling method was used to select participants into the experimental or control group. At least eighteen events of wound management and stitching activities were observed. The experimental group attended a self-regulation training on the practice of aseptic technique in wound management. The educational training on the self-regulation was provided together with guidelines (Bandura, 1991) Data were collected using general information questionnaires and an observation checklist related to aseptic technique in wound management activities. All instruments were tested for content validity by five experts. The content validity Index was 0.94. Data analysis was performed using the frequency distribution, percentage, average, standard deviation and Chi-squared test.

The results of the study revealed that, after the intervention, proper aseptic techniques in the experimental group increased from 62.53% before the intervention to 89.36% ($p<.05$) after the intervention. When analyzed by sub-categories, the results revealed that hand hygiene was the technique that was most significantly improved after the intervention; rising from 25.37% before the intervention to 84.50% ($p<.05$) after the intervention. The appropriate use of protective personal equipment increased from 81.11% to 100% ($p<.05$). However, the changes in aseptic non-touch technique was non-significant with an increase from 96.67% to 100%. With regards to aseptic field management category, the percentage increased non-significantly from 98.33% to 100% after the intervention. For environmental controls, the results increased from 47.50% to 63.16% after the intervention, though this change was not significant. In all areas, the control group had a low level of practice in each area and this remained unchanged after the intervention. The difference between the rates between the intervention group at the post intervention period were significant.

In conclusion, self-regulation was effective in improving the aseptic techniques and wound management practices of registered nurses in the accident and emergency department in the sub-categories of hand hygiene and the use of protective personal equipment. However, the intervention was not effective in improving the environmental controls thus other strategies should be implemented.

Keywords: *Aseptic technique, Wound management, Self-regulation, Accident and emergency, Infection prevention*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำแผลหรือเย็บแผลเป็นหัตถการที่พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติมากในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดมากกว่า 6 ล้านรายต่อปีที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Nawar, Niska, & Xu, 2005) มีการทำแผลหรือเย็บแผลจำนวน 4,039,000 ครั้งต่อปี (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 2010) ผู้ป่วยหลังได้รับการทำหัตถการการทำแผลหรือเย็บแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบแผลเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลหลังตัดไหมติดเชื้อรุนแรงมีหนองร้อยละ1.6 (Spence & Rutherford, 1984) แผลสกปรก มีการติดเชื้อร้อยละ 4.5 และแผลสะอาดมีการติดเชื้อร้อยละ 2.3 (Quinn, Polevoi, & Kohn, 2014) การติดเชื้อที่แผลมีผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น 7-10 วัน (Anderson et al., 2008) ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นประมาณ 95,706,737,120 บาท ในแต่ละปี (Nawar, Niska, & Xu, 2005) นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงโดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสโลหิตอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงต้องปฏิบัติการพยาบาลหรือหัตการด้วยเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย

เทคนิคปลอดเชื้อเป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลที่จะเกิดจากผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการป้องกันการติดเชื้อที่แผล ได้แก่ 1) ควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยการเตรียมพื้นที่บริเวณเตียงผู้ป่วย 2) ทำความสะอาดมือด้วยน้ำกับสบู่ฆ่าเชื้อ 3) ใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย เช่น ใส่ถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก ผ้ากันเปื้อน 4) ควบคุมเขตปลอดเชื้อ ด้วยการวางห่อวัสดุอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อบนถาดหรือรถเข็นที่สะอาด และการเปิดเครื่องมือที่ใช้ในบริเวณปลอดเชื้อ และ 5) การหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือ โดยการใช้ปากคีบที่ปราศจากเชื้อหยิบจับ หรือใส่ถุงมือปราศจากเชื้อ เมื่อพยาบาลวิชาชีพนำมาปฏิบัติในการทำหัตถการกับผู้ป่วยจะป้องกันการติดเชื้อได้ แต่จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพทำความสะอาดมือเพียงร้อยละ 51.2 (Marra et al., 2013) ซึ่งหน่วยงานที่มีการทำความสะอาดมือต่ำ คือ พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Bukhari et al., 2011) ส่วนประเทศไทย พบว่า พยาบาลวิชาชีพทำความสะอาดมือถูกต้องในระดับต่ำเพียงร้อยละ 42 จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าพยาบาลวิชาชีพไม่ใช้ถุงมือเพราะยุ่งยาก (Williams & Waterman, 1996) มีการใช้ถุงมือผิด คือ สวมถุงมือคู่เดิมในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยรายใหม่ สวมถุงมือที่ปนเปื้อนแล้วไปสัมผัสสิ่งแวดล้อม สวมถุงมือคู่เดิมหลังทำกิจกรรมกับตำแหน่งสกปรกไปทำกิจกรรมกับตำแหน่งสะอาดในผู้ป่วยคนเดิม (Junkeaw, Picheansathean, & Yimyam, 2013) สวมถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก และผ้ากันเปื้อนทุกครั้งที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาเพียงร้อยละ 32.4 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพเกิดการละเลย ปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง

ปฏิบัติงานเร่งรีบ ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อมากขึ้น

การควบคุมกำกับการปฏิบัติของตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลวิชาชีพควรได้รับการฝึกฝนการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ กระบวนการสังเกตตนเอง (self-observation) เป็นกระบวนการแรกที่สำคัญ เพื่อให้บุคคลรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ตนกำลังทำอะไรอยู่และควรทำอย่างไร โดยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนกระบวนการตัดสินใจ (judgment process) เป็นการที่บุคคลประเมินว่าตนเองสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ และกระบวนการสุดท้ายคือการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เป็นการเสริมแรงตนเองหลังจากที่ตัดสินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองว่าประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อจูงใจให้บุคคลมีความพยายามที่จะปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง (Bandura, 1991)

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งหวังว่าพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมีการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องในการจัดการแผลเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลระหว่างพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองและที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีสัดส่วนมากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง

2. การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีสัดส่วนมากกว่าพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การส่งเสริมการกำกับตนเองตามแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1991) โดยใช้ 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง 2) กระบวนการตัดสิน 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล 5 ด้านที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การควบคุมสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดมือ การใส่อุปกรณ์ป้องกัน การควบคุมเขตปลอดเชื้อ และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือ นำไปสู่การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลที่ถูกต้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองฉาง และโรงพยาบาลทัพทัน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนมกราคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองฉาง และโรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุทัยธานีที่มีขนาด 30 เตียงเท่ากัน มีความคล้ายคลึงกันด้านโครงสร้าง ระบบการให้บริการ จำนวนผู้รับบริการ และจำนวนบุคลากรที่ไม่แตกต่างกันมา 2 แห่ง แล้วจับฉลากแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งที่เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 1 แห่ง โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินดังกล่าว และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ช่วยวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มใดและผู้ช่วยวิจัยคือใคร ในช่วงเวลาที่ศึกษา 3 เดือน

การวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนเหตุการณ์ โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเหตุการณ์ซึ่งได้ศึกษาผลของการสอนบนเว็บต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการทำความสะอาดมือ เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน จึงนำมาใช้กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ที่ 95% อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 80% โดยหลังการได้รับการสอนบนเว็บในการทำความสะอาดมือพบว่าบุคลากรพยาบาลทำความสะอาดมือร้อยละ 57.8 ก่อนการได้รับการสอนบนเว็บพบว่าบุคลากรพยาบาลการทำความสะอาดมือร้อยละ 26.6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 นำค่าที่ได้มาคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{\left\{z\alpha\sqrt{2pq} + z\beta\sqrt{p_1 - q_1 + p_0 - q_0}\right\}^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเหตุการณ์ 18 หน่วยวิเคราะห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดหน่วยของการวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้คือ จำนวนเหตุการณ์ในการทำแผลและเย็บแผล ซึ่งได้ขนาดกลุ่มเหตุการณ์ที่ต้องสังเกตในแต่ละกิจกรรมอย่างน้อย 18 เหตุการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่

1.1 แผนการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กิจกรรมการส่งเสริมคือ ให้ความรู้เรื่องเทคนิคปลอดเชื้อด้วยการบรรยายผ่านสื่อ และสาธิตการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้อง ทบทวนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการทำแผลและเย็บแผลของตนเองที่ผ่านมา และสอนวิธีการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติของตนเองลงในแบบบันทึกการกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบรายการตรวจสอบ (check list) เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ ค้นหาตัวแบบที่ดีมานำเสนอในกลุ่ม การให้ข้อมูลย้อนกลับการใช้กระบวนการกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อ กำหนดเป้าหมาย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้สมรรถนะในการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล โดยใช้ 3 กระบวนการ คือ กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินและกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามแผนการส่งเสริมการกำกับตนเองในระยะเวลา 7 สัปดาห์

1.2 แบบบันทึกการกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบรายการตรวจสอบ (check list) ประกอบด้วย วันที่และสัปดาห์ที่สังเกต เป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่จะสังเกต ได้แก่ 1) การควบคุมสิ่งแวดล้อม 2) การทำความสะอาดมือ 3) การใส่อุปกรณ์ป้องกัน 4) การควบคุม

เขตปลอดเชื้อ 5) การหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือ ซึ่งการปฏิบัตินี้จะศึกษาเฉพาะเมื่อพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติในกิจกรรม การทำแผล และเย็บแผล การบันทึกให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองเริ่มบันทึกในสัปดาห์ที่ 2 ของขั้นดำเนินการทดลอง โดยทำเครื่องหมายถูกลงในช่องว่างตามการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่สังเกต

ผู้วิจัยนำแผนการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล และแบบบันทึกการกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหาแล้วนำมาปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลห้วยคต ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมหรือเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อและการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ลักษณะแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด ให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มเป็นคนตอบแบบสอบถามเองในวันประชุมประจำเดือน สำหรับแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบรายการตรวจสอบ (check list) ผู้ช่วยวิจัยสังเกตและบันทึกข้อมูลโดยทำเครื่องหมายถูกลงในช่องแบบสังเกตการทำแผลจำนวน 26 ข้อ การเย็บแผลจำนวน 27 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.941 ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และของโรงพยาบาลหนองฉาง โรงพยาบาลทัพทัน ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง และโรงพยาบาลทัพทัน ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้ง 2 แห่ง และเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้ง 2 แห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และให้กรอกข้อมูลของตนเองลงในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัย 2 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 คน และกลุ่มควบคุม 1 คน ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย วิธีสังเกตและลงบันทึกข้อมูลแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นแบบรายการตรวจสอบ (check list) และฝึกซ้อมวิธีการรวบรวมข้อมูลร่วมกัน สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยให้ปฏิบัติงานตามปกติ ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้แผนการส่งเสริมการกำกับตนเอง

ต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยสังเกตการทำแผลและเย็บแผลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินส่งเสริมการกำกับตนเอง โดยสังเกตเหตุการณ์ทำแผลและเย็บแผลอย่างละ 18 เหตุการณ์จนครบ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ และ Independent T-Test เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องในการจัดการแผลระหว่างก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องในการจัดการแผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 17 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 8 ราย กลุ่มทดลอง 9 ราย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 87.5 และ 88.9 ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ 44.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 87.5 และ 100 ตามลำดับ มีตำแหน่งการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการร้อยละ 62.5 และ 55.6 ตามลำดับ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 37.5 และ 33.3 ตามลำดับ ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องเทคนิคปลอดเชื้อร้อยละ 75.0 และ 66.7 ตามลำดับ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการแผลร้อยละ 75.0 และ 100 ตามลำดับ ผลการทดสอบความแตกต่างเชิงสถิติของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ด้านการทำความสะอาดมือจากร้อยละ 25.4 เป็นร้อยละ 84.5 ($p<.05$) รองลงมาด้านการใส่อุปกรณ์ป้องกันจากร้อยละ 81.1 เป็นร้อยละ 100 ($p<.05$) และด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมจากร้อยละ 47.5 เป็นร้อยละ 63.1 ($p<.05$) ตามลำดับ สำหรับด้านควบคุมเขตปลอดเชื้อ และด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลจำแนกตามรายด้าน ของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่างก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองของกลุ่มทดลอง

การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้อง	ก่อน		หลัง		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม	114/240	47.5	96/152	63.2	9.2	.00
ด้านการทำความสะอาดมือ	137/540	25.4	289/342	84.5	293.2	.00
ด้านการใส่อุปกรณ์ป้องกัน	292/360	81.1	228/228	100	48.7	.00
ด้านการควบคุมเขตปลอดเชื้อ	354/360	98.3	226/226	100	3.8	.05
ด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือ	116/12	96.7	76/76	100	2.59	.10
รวม	1,013/1,620	62.5	915/1,024	89.4	228.6	.00

หมายเหตุ. ตัวเลขเศษ = จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง
ตัวเลขส่วน = จำนวนครั้งที่สังเกตการปฏิบัติในกิจกรรมนั้น

เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลระหว่างพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองและที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง

กลุ่มทดลองหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีสัดส่วนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลมากกว่ากลุ่มควบคุม 3 อันดับแรก คือ ด้านการทำความสะอาดมือกลุ่มควบคุมปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 27.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 84.5 ($p<.05$) รองลงมาด้านการใส่อุปกรณ์ป้องกันกลุ่มควบคุมปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 76.9 กลุ่มทดลองร้อยละ 100 ($p<.05$) และด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือกลุ่มควบคุมปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 90.3 กลุ่มทดลองร้อยละ 100 ($p<.05$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลจำแนกตามรายด้านของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง

การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้อง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม	90/144	62.5	96/152	63.2	0.0	.91
ด้านการทำความสะอาดมือ	89/324	27.5	289/342	84.5	220.5	.00
ด้านการใส่อุปกรณ์ป้องกัน	166/216	76.9	228/228	100	59.5	.00
ด้านการควบคุมเขตปลอดเชื้อ	210/216	97.2	226/226	100	6.4	.01
ด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสของปราศจากเชื้อด้วยมือ	65/72	90.3	76/76	100	7.8	.01
รวม	620/972	63.8	915/1,024	89.4	183.6	.00

หมายเหตุ. ตัวเลขเศษ = จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง
ตัวเลขส่วน = จำนวนครั้งที่สังเกตการปฏิบัติในกิจกรรมนั้น

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง จำนวน 17 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 9 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติตามปกติ ผู้ช่วยวิจัยสังเกตการทำแผลและการเย็บแผลอย่างละ 18 เหตุการณ์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านต่างๆ มาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีสัดส่วนมากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีสัดส่วนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลที่ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองจากร้อยละ 62.5 เป็นร้อยละ 89.4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 1

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีสัดส่วนมากกว่าพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลมีสัดส่วนมากกว่าพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองจากร้อยละ 63.8 เป็นร้อยละ 89.4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 2 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถยืนยันได้ว่าการส่งเสริมการกำกับตนเองนำมาใช้ได้ผลกับพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อ

เมื่อพิจารณากิจกรรมการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อทั้ง 5 ด้าน พบว่าผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้ ด้านการทำความสะอาดมือ การศึกษาครั้งนี้ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการทำความสะอาดมือในหัตถการการทำแผลและเย็บแผลต่ำกว่าร้อยละ 40 แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองก็พบว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.5 ($p<.05$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการส่งเสริมการกำกับตนเองใช้ได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำความสะอาดมือเป็นอย่างยิ่ง

ด้านการควบคุมเขตปลอดเชื้อ กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติถูกต้องในการจัดการแผลจากร้อยละ 98.3 เป็นร้อยละ100 ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) การที่ไม่สามารถหาค่านัยสำคัญได้อาจเนื่องจากมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันน้อยมากจึงส่งผลให้ผลออกมาไม่มีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติถูกต้องในการจัดการแผลมากกว่ากลุ่มควบคุมที่พบเพียงร้อยละ 97.2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

อธิบายได้ว่าจากทฤษฎีการกำกับตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา โดยใช้กระบวนการ 3 ประการ คือ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง 2) กระบวนการตัดสิน 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Bandura, 1991) ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มทดลองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะต้องพัฒนาตนเองและฝึกฝน

ทักษะในการกำกับตนเองโดยใช้กระบวนการ 3 ประการ คือ

1) กระบวนการสังเกตตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แผนการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล โดยใช้กิจกรรมการส่งเสริมคือ ให้ความรู้เรื่องเทคนิคปลอดเชื้อด้วยการบรรยายผ่านสื่อ และสาธิตการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้อง ทบทวนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการทำแผลและเย็บแผลของตนเองที่ผ่านมา และสอนวิธีการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติของตนเองลงในแบบบันทึกการกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อ มีลักษณะเป็นแบบรายการตรวจสอบ (check list) เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ ค้นหาตัวแบบที่ดีมานำเสนอในกลุ่ม การให้ข้อมูลย้อนกลับการใช้กระบวนการกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้สมรรถนะในการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผล พบว่ากลุ่มทดลองบางรายยังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการทำแผลและเย็บแผล เช่น การไม่ทำความสะอาดถาดและรถเข็นก่อนที่จะวางอุปกรณ์ทำแผลด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอนไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง ไม่สวมผ้าปิดปากและจมูก จากการสอบถาม กลุ่มทดลองทราบดีว่าการปฏิบัติดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยที่มารับการทำแผลหรือเย็บแผลติดเชื้อได้ จากการที่ผู้วิจัยคัดเลือกบุคคลในกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติได้ถูกต้องและสม่ำเสมอมากที่สุดนำเสนอเป็นตัวแบบในกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองรู้สึกว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จได้ ส่งผลต่อความรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะทำได้ จากกิจกรรมข้างต้นทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลที่ถูกต้องและรู้กระบวนการกำกับตนเอง

2) กระบวนการตัดสิน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเปรียบเทียบกับตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองทบทวนการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการทำแผลและเย็บแผลของตนเองที่ผ่านมาที่บันทึกข้อมูลการปฏิบัติของตนเองลงในแบบบันทึกการกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับนำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อร้อยละ 100 พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการทำแผลและเย็บแผลถูกต้องร้อยละ100 เกิดการรับรู้ว่าตนเองก็สามารถปฏิบัติได้ และทำให้ได้รับประสบการณ์โดยตรงว่าตนกระทำได้สำเร็จ เกิดความมั่นใจที่จะสามารถกำกับตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อได้ด้วยตนเอง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง (Bandura 1997)

3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินคุณค่าของพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติ ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 4 เกิดความภาคภูมิใจในตนเองแล้วนำไปสู่การปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลที่ถูกต้อง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อชิรญา เอกจิตต์ (Ekjit, 2012) เรื่องการเปรียบเทียบผลของการกำกับตนเองร่วมกับการให้ความรู้ ต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรค ผลการทดลองผู้ป่วยวัณโรคหลังได้รับการกำกับตนเองร่วมกับการให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 8.86 คะแนน เป็น 39.95 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ดังนั้นสรุปได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการส่งเสริมการกำกับตนเองในการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเองมีสัดส่วนมากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการกำกับตนเอง การส่งเสริมการกำกับตนเองจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแผนการส่งเสริมการกำกับตนเองด้วยการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสิน และการแสดง

ปฏิกิริยาต่อตนเองในการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อที่ถูกต้องไปใช้ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการทำความสะอาดมือและการใส่อุปกรณ์ป้องกันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการสังเกตเหตุการณ์ให้นานขึ้นเพื่อประเมินความคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติเทคนิคปลอดเชื้อในการจัดการแผลที่ถูกต้อง

2. ควรประยุกต์ใช้กลยุทธ์อื่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติในการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Anderson, D. J., Kaye, K. S., Classen, D., Arias, K. M., Podgorny, K., Burstin, H., & Yokoe, D. S. (2008). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals. *Infection Control, 29*(S1), S51-S61.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Process, 50*(2), 248-287.

Bandura, A. (1997). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bukhari, S. Z., Hussain, W. M., Banjar, A., Almaimani, W. H., Karima, T. M., & Fatani, M. I. (2011). Hand hygiene compliance rate among healthcare professionals. *Saudi Medical Journal, 32*(5), 515-519.

Ekjit, A. (2012). *Effect of self-regulation and education on practices of tuberculosis prevention among patients* (Master of Nursing Science). Graduate School, Chiang Mai university. (in Thai)

Junkeaw, D., Picheansathean, W., & Yimyam, S. (2013). Effect of creative solving on the use of glove among health care workers. *Nursing Journal, 40*(5), 1-13.

Marra, A. R., Noritomi, D. T., Westheimer Cavalcante, A. J., Sampaio Camargo, T. Z., Bortoleto, R. P., Durao Junior, M. S., & Edmond, M. B. (2013). A multicenter study using positive deviance for improving hand hygiene compliance. *American Journal of Infection Control, 41*(11), 984-988. doi: 10.1016/j.ajic.2013.05.013

National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. (2010). *Emergency Department Summary Tables.* Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/fastats/emergency-department.htm

Nawar, E. W., Niska, R. W., & Xu, J. (2007). National hospital ambulatory medical care survey: 2005 emergency department summary. *Emergency, 110*(4,000).

Quinn, J. V., Polevoi, S. K., & Kohn, M. A. (2014). Traumatic lacerations: What are the risks for infection and has the ‘golden period’of laceration care disappeared? *Emerging Medical Journal, 31*(2), 96-100. doi: 10.1136/emermed-2012-202143

Spence, R., & Rutherford, W. (1984). Wound infection following surgery in an accident and emergency theatre. *Archives of Emergency Medicine, 1*(1), 23-27.

Williams, F., & Waterman, H. (1996). An examination of nurses' practices when performing aseptic technique for wound dressings. *Journal of Advanced Nursing, 23*(1), 48-54.

การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน
Development of Smartphone Application in Preventing Infection for School-age Children

รุ่งทิพย์	กันทะวงค์ *	Rungthip	Kanthawong *
วันชัย	เลิศวัฒนวิลาศ **	Wanchai	Lertwatthanawilat **
เอกรัฐ	บุญเชียง ***	Ekkarat	Boonchieng ***
วราภรณ์	บุญเชียง ****	Waraporn	Boonchieng ****

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในเด็กวัยเรียน ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญ ส่งผลให้พัฒนาการ และการเจริญเติบโตล่าช้า การมีความรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจึงมีความสำคัญ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ประเมินประสิทธิภาพ และศึกษาความพึงพอใจ ต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาโรงเรียนสาธิตแห่งหนึ่ง จำนวน 42 ราย ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัยประกอบด้วย แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย และเครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดความรู้ระหว่างเรียน แบบวัดความรู้หลังเรียนเรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน และแบบสอบถามความความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89 .80 และ .97 ตามลำดับ แบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 และ .72 ตามลำดับ การพัฒนาแอปพลิเคชันใช้กระบวนการตามแนวคิดของ SDLC (System Development Life Cycle) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหา 2) การวิเคราะห์ 3) การออกแบบ 4) การพัฒนา 5) การทดสอบ 6) การนำระบบไปใช้ และ 7) การบำรุงรักษา โดยทดสอบแอปพลิเคชันแบบเดี่ยว แบบกลุ่ม และแบบภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ได้เท่ากับ 80.03/82.29 จึงถือได้ว่ามีประสิทธิภาพ สำหรับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในด้านการออกแบบเนื้อหาบทเรียนสื่อและมัลติมีเดีย และการนำไปใช้มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100

แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียน ควรนำไปใช้กับกลุ่มเด็กวัยเรียนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียนต่อไป และในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเปรียบเทียบผล

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, rungthipweaw@gmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Science, Chiang Mai University*

**** *รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

**** *Associate Professor, Faculty of Public Health, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 29 ตุลาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 12 พฤศจิกายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 21 พฤศจิกายน 2561

การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ต่อการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียน

คำสำคัญ: *แอปพลิเคชัน การป้องกันการติดเชื้อ เด็กวัยเรียน สมาร์ทโฟน*

Abstract

Infection in school-age children is a serious problem. If undetected it can affect growth and development. It is important to learn about infection prevention and control. This developmental research study aimed to develop, test the efficiency, and examine satisfaction of a Smartphone application in preventing infection for school-age children. This study was conducted between June 2016 - September 2018 and used random sampling to select 42 students who were studying at a demonstration primary school. The research instruments used for the intervention included the Smartphone application that was developed by the researcher; and instruments for data collection were the infection prevention knowledge tests and satisfaction questionnaire. The instruments were validated by an expert panel and the content validity index for the different sections were .89, .80 and .97. The reliability value of the knowledge tests was .71 and .72. The application development process was based on 7 steps of the System Development Life Cycle and included: 1) problem definition, 2) analysis, 3) design, 4) development, 5) testing, 6) implementation phase, and 7) maintenance. The application was tested on individuals, small groups and by field test. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the study showed that the efficiency of the smartphone application was 80.03/82.29 which was considered an efficient level. User satisfaction of the application with regards to design, content, media instruction and use were at 100% satisfaction.

This smartphone application in preventing infection for school-age children is recommended for use in school-age children to increase their knowledge on preventing infection. For further study, it is suggested to compare the effect of the smartphone application in preventing infection behavior for school-age children.

Keywords: *Application, Infection control, School-age children, Smartphone*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการติดโรคติดเชื้อหลายระบบ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของโรคยังทำงานได้ไม่เต็มที่ และเมื่อเด็กวัยเรียนที่เข้ามาศึกษาในสถานศึกษานั้นมาจากหลายแหล่ง มีความหลากหลายทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เมื่อเด็กมาอยู่รวมกันในสถานศึกษาและมีการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันทำให้ต้องอยู่ใกล้ชิดกัน จับต้องสัมผัสกัน หายใจ ไอและจามรดกัน (Posfay-Barbe, Zerr, & Pittet, 2008) การบกพร่องด้านสุขอนามัย รวมถึงสังคมปัจจุบันการที่ผู้ปกครองต้องออกไปทำงาน จึงให้เด็กวัยเรียนที่ป่วย อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งบางคนมีอาการไม่รุนแรง และไม่สามารถสังเกตอย่างเห็นได้ชัด เช่น ไม่มีไข้ แพร่กระจายเชื้อที่โรงเรียนได้

(Günizi, 2014) สาเหตุดังกล่าว ทำให้มีการแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว และเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงเรียนเป็นระยะเวลายาวนาน รวมถึงโรคติดเชื้อบางชนิดสามารถแพร่กระจายเชื้อก่อนที่เด็กจะแสดงอาการของการติดเชื้อ (Siripanichakorn, 1998) จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นนี้จึงทำให้เด็กวัยเรียนมีโอกาสติดเชื้อได้บ่อย นอกจากนี้ในเด็กวัยเรียนตอนปลายเป็นช่วงที่จะโตเข้าสู่วัยรุ่นเริ่มมีความสนใจทางเพศจะแสดงพฤติกรรมทางเพศในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และพฤติกรรมทางเพศเดียวกันหรือรักร่วมเพศเนื่องด้วยว่าเด็กวัยเรียนตอนปลาย ยังเกาะติดกับเพศเดียวกัน มีการทดลองมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (Thaiyapirom & Klunklin, 2011) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียนจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมตามวัย มีศักยภาพในการเรียนรู้อย่างเต็มที่ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป การป้องกันการติดเชื้อเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียนสิ่งสำคัญที่ต้องส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้อย่างถูกต้องเพื่อนำมาซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง การให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญได้แก่ การทำความสะอาดมือ การปฏิบัติสุขวิทยาระบบทางเดินหายใจ การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อโดยทั่วไป การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (CDC, 2010; Huckleberry, 2003) จากการศึกษาเบื้องต้นของผู้วิจัย เมื่อ มิถุนายน พ.ศ. 2559 และอาจารย์ผู้สอนเกี่ยวกับการป้องกันติดเชื้อในเด็กวัยเรียนตอนปลาย รวมถึงการสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนตอนปลาย เกี่ยวกับเนื้อหา ลักษณะการสอนและจากการวิเคราะห์บทเรียนที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนพบว่า ได้มีการจัดการเรียนการสอนในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการบรรยายตามรายวิชาสุขศึกษาตามที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด ซึ่งเป็นสื่อข้อความและรูปภาพนิ่งเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่น่าสนใจ ไม่มีสถานการณ์ให้ศึกษา ทำให้เด็กส่วนใหญ่มักจะลืมเนื้อหาเมื่อเจอสถานการณ์จริงจึงไม่รู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไร ดังนั้นการให้ความรู้แก่เด็กวัยนี้จึงควรต้องยึดหลักการตอบสนองต่อธรรมชาติของเด็กโดยใช้สื่อที่เป็นรูปธรรม เช่น คู่มือการสอนที่เป็นการ์ตูน ดังการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลโดยใช้หนังสือการ์ตูนต่อความรู้ และการปฏิบัติของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนหลังได้รับข้อมูลผ่านหนังสือการ์ตูนมีความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (Tachawong, Picheamsathain, & Chintanawat, 2011) แต่สื่อดังกล่าวเป็นการให้ความรู้แบบการสื่อสารทางเดียว นอกจากนี้ในปัจจุบันยังไม่มีสื่อที่ทันสมัยง่ายต่อการเข้าใจเพื่อเสริมการเรียนรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กในวัยเรียน ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนจึงควรเลือกวิธีการเรียนรู้ที่ให้เด็กรู้สึกสนุก เพลิดเพลินในการเรียนรู้ และได้รับความรู้ควบคู่กันไปจากการผสมผสานสื่อที่หลายหลาย เช่น ภาพยนตร์ ดนตรี วีดีโอเกม อินเตอร์เนตและซอฟแวร์ที่ถูกดัดแปลงเนื้อหาภายในให้เหมาะสมกับผู้เรียนโดยการใส่กราฟฟิก ภาพแสงเสียงที่เร้าใจ เพื่อช่วยในการเรียนรู้พร้อมกับความบันเทิงมาเป็นสิ่งดึงดูดใจ ทำให้เกิดความอยากรู้ และการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายแวดล้อมด้วยสิ่งบันเทิงจะทำให้ผู้เรียนไม่รู้สึกตัวว่ากำลังเรียนอยู่ รวมทั้งสามารถนำมาทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองโดยไม่จำกัด ระยะเวลาและสถานที่

แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนเป็นเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้า เป็นสื่อประสมที่รวมลักษณะเด่นทางเทคโนโลยีที่สามารถนำเสนอข้อมูลได้ทั้งในรูปแบบข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ใส่เสียง เชื่อมโยงข้อมูลทำให้สามารถเลือกดูเนื้อหาเฉพาะส่วนได้ มีการออกแบบทดสอบที่เป็นเกม และยังมีปฏิสัมพันธ์การตอบคำถามและส่งข้อมูลประเมินผลย้อนกลับทันที ทำให้ดูเหมือนเหตุการณ์จริง ทำให้เด็กรู้สึก

สนุกในการเรียนรู้ เกิดความอยากรู้ อยากทดลองใช้ เป็นการสร้างแรงจูงใจ สามารถออกแบบโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ทำให้ผู้เรียนพึงพอใจและมีทัศนคติที่ดีในการเรียน (Plachaipiromsil, 2011)

ดังนั้นการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนจึงมีความทันสมัย และคาดว่าจะมีความเหมาะสมกับการเรียนรู้การป้องกันการติดเชื้อที่มีเนื้อหาซับซ้อนยากต่อการเข้าใจของเด็กวัยเรียน นอกจากนี้แอปพลิเคชันยังสามารถตอบสนองต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยมุ่งให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างสนุกสนาน และผ่อนคลาย ในขณะที่ซึมซับความรู้เข้าสู่สมองอย่างไม่รู้ตัว และสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาแอปพลิเคชันในป้องกันการติดเชื้อหรับเด็กวัยเรียน เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีความรู้ความเข้าใจการป้องกันการติดเชื้อในวัยเรียนที่ถูกต้องผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในบรรยากาศที่สนุกสนาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน

คำถามการวิจัย

1. แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การติดเชื้อในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก สามารถป้องกันได้โดยให้ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดังกล่าว การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนเป็นสื่อในการให้ความรู้ในรูปแบบใหม่ มีความสะดวกรวดเร็ว สามารถศึกษาได้ทุกที่และทุกเวลา การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน 7 ขั้นตอนตาม SDLC MODEL ดังนี้ 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์ 2) ขั้นตอนการออกแบบ 3) ขั้นตอนการพัฒนา 4) ขั้นตอนการทดลองใช้ โดยจะประเมินประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันด้วยการทดสอบแบบรายเดี่ยว 1 ราย แบบกลุ่มย่อย 10 ราย และภาคสนาม 30 ราย 5) ขั้นตอนการประเมินผล สำหรับการประเมินแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ทำโดยประเมินค่าประสิทธิภาพของกระบวนการต่อประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากการเรียนรู้ด้วยแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยใช้เกณฑ์ 80/80 และวัดความพึงพอใจของเด็กวัยเรียนต่อการเรียนรู้ด้วยแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน สำหรับเนื้อหาในบทเรียนได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การปฏิบัติสุขวิทยาระบบทางเดินหายใจ การจัดการขยะติดเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อโดยทั่วไป และการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 6) ขั้นตอนการนำระบบไปใช้ และ 7) ขั้นตอนการบำรุงรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนา (development research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2559 ถึง กันยายน พ.ศ.2561 พัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน โดยใช้ ตามรูปแบบ SDLC (system development life cycle: SDLC) (Radack, 2002) 7 ระยะ ดังนี้ 1) การกำหนดปัญหา 2) การวิเคราะห์ 3) การออกแบบ 4) การพัฒนา 5) การทดสอบ 6) การนำระบบไปใช้ 7) การบำรุงรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

กลุ่มตัวอย่าง คือเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และกำหนดขนาดตัวอย่างตามข้อกำหนดของการประเมิน

ประสิทธิภาพของสื่อ ที่ให้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างแบบเดี่ยว แบบกลุ่มและภาคสนาม โดยในแต่ละขั้นตอนการทดสอบจะแบ่งจำนวน 2 กลุ่มเท่าๆ กัน ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่จะใช้ทดสอบสื่อที่จะพัฒนาขึ้นแบบเดี่ยวจึงใช้ 2 คน แบบกลุ่ม 10 คน และภาคสนามจำนวน 30 คน รวม จำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ประสบการณ์การเป็นโรคติดเชื้อ และการเคยได้รับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ความถี่ในการใช้สมาร์ทโฟน และประสบการณ์การเรียนผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

1.2 แบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเนื้อหาในแอปพลิเคชันเป็นชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยจะให้ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก และ 0 คะแนนเมื่อตอบผิด

1.3 แบบแสดงความคิดเห็นต่อแอปพลิเคชันเป็นการประเมินแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ลักษณะคำถามแบบประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ควรปรับปรุง และข้อเสนอแนะซึ่งเป็นคำถามชนิดปลายเปิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนที่อยู่ในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ SDLC (system development life cycle) เป็นวงจรที่แสดงถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นลำดับขั้นตอนในการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย 7 ระยะ ดังนี้ การกำหนดปัญหา (problem definition) การวิเคราะห์ (analysis) การออกแบบ (design) การพัฒนา (development) การทดสอบ (testing) การนำระบบไปใช้ (implementation phase) และการบำรุงรักษา (maintenance)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบวัดความรู้ระหว่างเรียน แบบทดสอบวัดความรู้หลังเรียน สตอรีบอร์ด และแบบประเมินความคิดเห็นต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาสำหรับแบบวัดความรู้ระหว่างเรียนเท่ากับ .89 แบบวัดความรู้หลังเรียนเท่ากับ .80 แบบสอบถามความคิดเห็นเท่ากับ .97

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ทั้ง 2 ฉบับ ไปทดสอบกับเด็กวัยเรียน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ โดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน20 (Kuder-Richardson20: KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบระหว่างเรียนเท่ากับ .71 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบหลังเรียนเท่ากับ .72 และเมื่อนำมาคำนวณความเชื่อมั่นแบบคู่ขนานระหว่างแบบทดสอบทั้ง 2 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังจากนั้นทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เมื่อได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งอาจารย์ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนัดหมายเวลาพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นมอบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ และแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัยที่แนบไปกับจดหมายถึงผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยระบุชื่อที่อยู่เบอร์โทรศัพท์

ซึ่งติดต่อได้ตลอดเวลา โดยแจ้งให้ทราบว่าในการบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อและใช้วิธีการใส่รหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับและใช้ในการวิจัยเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบตกลงหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตนออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของเด็ก

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบครูประจำชั้น กลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจากนั้น ผู้วิจัยมอบแบบฟอร์มการขอความร่วมมือจากผู้ปกครองของเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปให้ผู้ปกครองอ่านพร้อมทั้งให้ผู้ปกครองลงชื่ออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยมีขั้นตอนการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในรูปแบบ SDLC (system development life cycle, [SDLC]) ซึ่งมี 7 ขั้นตอนดังนี้

1) กำหนดปัญหา ผู้วิจัยศึกษาปัญหาการติดเชื้อในเด็กวัยเรียน หลักการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียน ความต้องการในการพัฒนาการสอนจากตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแหล่งข้อมูลต่างๆ และเตรียมผู้เชี่ยวชาญด้านการทำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน

2) ขั้นการวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมความรู้จากการศึกษา และที่ได้จากการกำหนดปัญหามาวิเคราะห์ รูปแบบ เนื้อหาของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยคำนึงถึงความจำเป็น เนื้อหาที่เหมาะสมต่อเด็กวัยเรียน และความเป็นไปได้ที่จะนำความรู้ที่ได้จากแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนไปปฏิบัติ

3) ขั้นการออกแบบ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นการวิเคราะห์มาดำเนินการออกแบบโดย ออกแบบเขียนผังงานโดยเขียนผังโครงสร้างแบบเส้นตรงและแบบสาขาลงในกระดาษตามลำดับ จากนั้นสร้างสตอรี่บอร์ด ผู้วิจัยได้ออกแบบระบบไว้ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนสำหรับผู้เข้าใช้งาน (user) ประกอบด้วย การลงชื่อเข้าใช้ระบบโดยผู้วิจัยกำหนดชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่าน วิธีการใช้งาน เมนูหัวข้อหลักในการเรียน ประกอบด้วย 5 บทเรียน ได้แก่ การติดเชื้อในเด็กวัยเรียน ผลกระทบจากการติดเชื้อ วิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ แบบฝึกหัดระหว่างเรียน รายละเอียดของผู้จัดทำและช่องทางการติดต่อ การออกจากการใช้งาน

ส่วนที่ 2 แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนสำหรับผู้ดูแลระบบ (admin) ประกอบด้วย การลงชื่อเข้าใช้ระบบ ระบบติดตาม จำนวนครั้งต่อการใช้งานของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ระบบตรวจสอบผลคะแนนแบบฝึกหัดระหว่างเรียน ผู้วิจัยนำสตอรี่บอร์ดที่ออกแบบเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การลำดับเนื้อหา รูปแบบการนำเสนอ และแบบฝึกหัดระหว่างเรียน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สตอรีบอร์ดมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

4) ขั้นการพัฒนา ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน การป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน ตามที่ได้วางแผนออกแบบไว้ข้างต้น โดยประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านการทำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน

5) ขั้นการทดสอบ ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันบน

สมาร์ทโฟนที่พัฒนาขึ้น ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่งโดยผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบง่ายประกอบด้วยผู้ที่มีผลการเรียนรวมระดับดีถึงระดับดีมากจำนวน 1 ราย ผู้ที่มีผลการเรียนระดับขั้นต่ำผ่านเกณฑ์ที่กำหนดถึงระดับปานกลาง จำนวน 1 ราย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน 1 ราย ต่อ 1 เครื่อง เพื่อศึกษาข้อบกพร่องของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยการทดสอบในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้เด็กวัยเรียนทำการทดสอบแบบฝึกหัดระหว่างและหลังเรียนด้วยแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยให้เริ่มทำการดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน จากนั้นให้ลงชื่อเข้าใช้ตามรหัสที่ผู้วิจัยมอบให้ ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดสอบทราบเท่านั้น หลังการทดสอบผู้วิจัยสอบถามข้อคิดเห็น และนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข ก่อนทำการทดสอบขั้นต่อไป

ผู้วิจัยทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มย่อย จำนวน 10 ราย โดยเลือกจากกลุ่มที่มีผลการเรียนรวมระดับดีถึงระดับดีมากจำนวน 5 ราย ผู้ที่มีระดับผลการเรียนระดับขั้นต่ำผ่านเกณฑ์ที่กำหนดถึงระดับปานกลาง จำนวน 5 ราย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบง่ายใช้สมาร์ทโฟน 1 ราย ต่อ 1 เครื่อง รวมรวมข้อมูลความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแอปพลิเคชัน หลังจากนั้นผู้วิจัย นำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ไปปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหลังจากการทดสอบ

6) การนำระบบไปใช้ ผู้วิจัยดำเนินการนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนที่สร้างและพัฒนาเสร็จแล้วอัพโหลดเข้าสู่ระบบ google play และ apple store เพื่อนำไปเป็นเครื่องมือในการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

7) การบำรุงรักษา ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูล และความถูกต้องระหว่างที่ได้ดำเนินการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนทำการปรับปรุงแก้ไขข้อผิดพลาดต่างๆ ให้มีความถูกต้อง

4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียนที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบภาคสนาม กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตามวันเวลาที่นัดหมาย อธิบายการดาวน์โหลดและวิธีการใช้งานแอปพลิเคชัน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการดาวน์โหลดแอปพลิเคชันและลงชื่อเข้าใช้ตามรหัสที่ผู้วิจัยมอบให้ ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดสอบทราบ เมื่อกรอกข้อมูลทั่วไปเสร็จครบทุกช่องระบบจึงเปิดเข้าสู่บทเรียนได้ กลุ่มตัวอย่างเริ่มเรียนการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียน และทำแบบทดสอบระหว่างเรียน หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ให้ทำแบบวัดความรู้หลังเรียนอีกครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น รวมทั้งบอกสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การคำนวณค่า E1และ E2 ซึ่งค่า E1/E2 เป็นค่าประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ดังนี้

E1 คือ ร้อยละของผลเฉลี่ยคะแนนจากการทดสอบระหว่างเรียนของผู้เรียนทั้งหมด

E2 คือ ร้อยละของผลเฉลี่ยคะแนนจากการทดสอบหลังการเรียนรู้

3. ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบแสดงความคิดเห็นต่อแอปพลิเคชัน วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.38 เพศชาย ร้อยละ 47.62 มีอายุระหว่าง 11-12 ปี อายุเฉลี่ย 10.83 ปี กลุ่มตัวอย่างเคยมีประวัติความเจ็บป่วยโรคติดเชื้อในภาคการศึกษาที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.90 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ แหล่งความรู้หรือข่าวสารในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนมากที่สุดคือครู ร้อยละ 28.96 รองมาคือ ตำราเรียน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง คิดเป็นร้อยละ 26.32, 23.68, 21.05 ตามลำดับ

ประสบการณ์การใช้สมาร์ทโฟน พบว่า ร้อยละ 100 ใช้งานของสมาร์ทโฟนในการติดต่อ และใช้ออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ต่อวัน รองลงมา คือ มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 26.19 ด้านประสบการณ์ การใช้งานแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 ไม่เคยมีประสบการณ์

การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยมีขั้นตอนการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ในรูปแบบ SDLC (system development life cycle [SDLC]) ซึ่งมี 7 ขั้นตอน เริ่มจากขั้นตอน กำหนดปัญหา การวิเคราะห์ การออกแบบ ซึ่งเป็นขั้นตอนในการนำเสนอจัดเตรียมการนำเสนอข้อความและภาพรวมทั้งสื่อในรูปแบบมัลติมีเดียต่างๆ ลงบนกระดาษก่อนเพื่อดูความเหมาะสม นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้านเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ในเรื่องมีเกริ่นบทนำ จัดเนื้อหา โดยใช้คำที่เด็กเข้าใจง่ายเหมาะสมกับเด็กวัยเรียน

ขั้นการพัฒนา เป็นขั้นตอนการเปลี่ยนสตอรี่บอร์ดเป็นแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียน ตามที่ได้วางแผนออกแบบไว้ข้างต้น โดยจะประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านการทำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน

การทดสอบระบบ นำแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบกับเด็กวัยเรียน เริ่มจากการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะในการเพิ่มเสียงดนตรีในการทำแบบฝึกหัด ผู้วิจัยได้ปรับปรุงโดยเพิ่มเสียงดนตรีในระหว่างทำแบบฝึกหัด จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มย่อย จำนวน 10 ราย กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ ให้มีบทเกริ่นนำเป็นแบบการ์ตูนเล่าเรื่องราว เพื่อให้น่าติดตาม เพิ่มความสนุกของการทำแบบฝึกหัดระหว่างเรียน เช่น หากตอบถูกมีการ์ตูนยิ้มให้ หากตอบผิดให้ทำหน้าเศร้า รวมถึงเมื่อเข้าออกไปยังหน้าจอหลักบ่อยครั้งทำให้สมาร์ทโฟนค้างบ่อย และหน้าจอมือถือขนาดเล็กกว่า 5 นิ้ว ทำให้ไม่สามารถเข้าเมนูต่างๆ ได้ ระบบเสียงเบาได้ยินไม่ค่อยชัด ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขด้วยปรับตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้น เพิ่มข้อความโต้ตอบในการทำแบบทดสอบ กำหนดขนาดหน้าจอสมาร์ทโฟนเริ่มใช้งานตั้งแต่ 4 นิ้วขึ้นไป ส่วนหน้าจอที่ค้างบ่อย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบพบว่าเกิดจากระบบสัญญาณอินเตอร์เนต จึงได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงเหตุที่ทำให้แอปพลิเคชันค้างบ่อย ส่วนระบบเสียงที่เบาเกิดจากระบบสมาร์ทโฟนของเครื่องนั้นๆ

ขั้นตอนการติดตั้ง หลังจากที่ได้ทดสอบแล้วว่าระบบสามารถใช้งานได้จริง จึงทำการติดตั้งแอปพลิเคชันในระบบ play store และ apple store ใช้พื้นที่ 3.96 MB

ขั้นตอนการบำรุงรักษา ภายหลังการติดตั้งใช้งาน ผู้วิจัยได้ดูแลตรวจสอบความถูกต้องระหว่างการใช้งานแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน และได้บำรุงรักษาโดยจ่ายค่าธรรมเนียมในการดูระบบ ค่าเก็บฐานข้อมูล

สำหรับการทดสอบภาคสนามใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน โดยใช้สูตร E1/ E2 โดยการคำนวณร้อยละของคะแนนค่าเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบระหว่างเรียน การใช้แอปพลิเคชั่นบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (E1)ได้เท่ากับ 80.03 และคำนวณค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากทำแบบทดสอบหลังเรียนการใช้แอปพลิเคชั่นบนสมาร์ทโฟน ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (E2) ได้เท่ากับ 82.29 ดังนั้นแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนจึงมีประสิทธิภาพ เท่ากับ 80.03/82.29

ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นโดยรวมระดับมากร้อยละ 100 ทั้งในการออกแบบบทเรียน เนื้อหา เสียงบรรยาย ภาพเคลื่อนไหว สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และสามารถใช้เรียนรู้ด้วยตนเอง รองลงมาคือ สีของ

พื้นหลังบนเรียนและสีของตัวอักษรมากกว่าร้อยละ 90 ส่วนภาพนิ่ง รูปแบบและขนาดของตัวอักษรมากกว่าร้อยละ 80 ทั้งนี้ไม่มีข้อใดที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับน้อย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบกลุ่มภาคสนามจำแนกตามระดับข้อคิดเห็น ในการใช้งานแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน (n=30)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การนำเสนอเนื้อหา มีรูปแบบ ชัดเจน	30 (100.00)		
การนำเสนอเนื้อหามีรูปแบบ เข้าใจง่าย	30 (100.00)		
เนื้อหามีความถูกต้อง	30 (100.00)		
ภาพเหมาะสมกับเนื้อหา	30 (100.00)		
เนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์	30 (100.00)		
เสียงบรรยายมีความน่าสนใจ	30 (100.00)		
ภาพเคลื่อนไหวมีความน่าสนใจ	30 (100.00)		
ใช้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อได้	30 (100.00)		
เนื้อหาสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	30 (100.00)		
ใช้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองได้	30 (100.00)		
สีของพื้นหลังบนเรียนเหมาะสม	28 (93.33)	2 (6.66)	
สีของตัวอักษรเหมาะสม	27 (90.00)	3 (10.00)	
ภาพนิ่งมีความน่าสนใจ	26 (86.66)	4 (13.33)	
ขนาดของตัวอักษรที่ใช้ที่ใช้เหมาะสม	25 (83.33)	5 (16.66)	
รูปแบบของตัวอักษรที่ใช้เหมาะสม	24 (80.00)	6 (20.00)	

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์โฟนในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาอภิปรายผลตามคำถามวิจัยได้ดังนี้

1. การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน โดยใช้แนวคิดของวงจรพัฒนาระบบ SDLC (system development life cycle) ซึ่งเป็นวิธีการที่นักวิเคราะห์ระบบใช้ในการพัฒนาระบบงาน เพื่อที่จะใช้เรียงลำดับกิจกรรม นำเสนอเนื้อหาโดยใช้การ์ตูนเล่าเรื่องราว จากการศึกษาพบว่าการ์ตูนเป็นสื่อที่เป็นรูปธรรมที่ช่วยเร้าความสนใจของเด็ก ทำให้สามารถรับรู้และจดจำเนื้อหาความรู้ได้ดีขึ้น ประกอบกับการ์ตูนเป็นสื่อที่เด็กวัยเรียนสนใจมาก ดังการศึกษาของ มนตรี เพชรอินทร์ (Phetin, 2003) ที่พบว่าการเรียนรู้ด้วยการ์ตูนซึ่งเป็นการสื่อสารด้วยภาพที่เป็นเรื่องราว ทำให้การรับรู้ในเด็กเป็นไปได้ด้วยความง่าย เนื่องจากภาพการ์ตูนเป็นภาพลายเส้นที่ช่วยลดความซับซ้อนของเนื้อหาลงได้ ทำให้เข้าใจง่าย และการใช้สีที่สวยงามทำให้เกิดความแตกต่างและเกิดผลทางอารมณ์ ส่งผลให้เด็กรู้สึกสนุกสนาน ชอบและประทับใจไม่เบื่อหน่าย ทำให้จดจำเรื่องราวต่างๆ

ได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษานวัตกรรมการให้ข้อมูลร่วมกับเกมสุขภาพประกอบด้วย ภาพการ์ตูนเคลื่อนไหว 3 มิติเหมือนจริงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรค เอส แอล อี ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อสื่อดังกล่าวระดับมาก (Nabundit & Tangvoraphonkchai, 2012) นอกจากนี้ยังมีแบบฝึกหัดระหว่างเรียนที่ช่วยทบทวนเนื้อหา ทำให้เข้าใจบทเรียนมากขึ้น และสามารถทราบผลการเรียนของตนได้ทันที รวมทั้งสามารถกลับไปทบทวนบทเรียนได้ตลอดเวลา (Knowles et al., 2005) กระบวนการพัฒนาสื่อในการศึกษาครั้งนี้ได้เน้นเทคนิคการออกแบบสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกร สงคราม (Songkarm, 2010) ที่เน้นสื่อมัลติมีเดีย ที่ช่วยอธิบายสิ่งที่ซับซ้อนให้ง่ายขึ้น ขยายสิ่งที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม สามารถทบทวนบทเรียนซ้ำได้ตามความต้องการและความแตกต่างของบุคคล เน้นการออกแบบการใช้งานที่ง่าย แม้ผู้ใช้ไม่มีทักษะการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนก็สามารถใช้งานได้ การออกแบบ รูปแบบเนื้อหาทำให้เกิดการโต้ตอบ ปฏิสัมพันธ์กับบทเรียนและได้รับแรงเสริมจากการได้ข้อมูลย้อนกลับทันที เปรียบเสมือนการเรียนรู้จากผู้สอน และการได้ทราบผลการเรียนรู้ทำให้เสริมแรงผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้บนระบบปฏิบัติการแอนดรอย วิชาสุขศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่า การนำเสนอเนื้อหามีรูปแบบชัดเจนเข้าใจง่าย ใช้เสียงบรรยายที่มีความน่าสนใจ มีผลทำให้ระดับความคิดเห็นของนักเรียนต่อการเรียนด้วยแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้บนระบบปฏิบัติการแอนดรอย วิชาสุขศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อยู่ในระดับมากที่สุด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจของเนื้อหา สี ภาพ เกิดแรงจูงใจในการเรียน (Kananit, 2015) การผสมผสานกราฟิก ภาพ แสง เสียง ที่เร้าใจช่วยในการเรียนรู้ พร้อมกับนำความบันเทิงมาเป็นสิ่งดึงดูดใจ และการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย แวดล้อมด้วยสิ่งบันเทิงดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำผู้เรียนไม่รู้สึกตัวว่ากำลังเรียนอยู่จึงเหมาะสมในการออกแบบบทเรียน (Pasavano, 2013)

2. ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนเรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน พบว่ามีประสิทธิภาพของกระบวนการคิดเป็นค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบในระหว่างเรียนและค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบทดสอบหลังจากเรียนเท่ากับ 80.03/82.29 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์กำหนดคือ 80/80 แสดงว่าแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนนี้มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้กับเด็กวัยเรียนอื่นได้ สอดคล้องกับการเรียนด้วยสื่อแอพพลิเคชั่นบนแท็บเล็ตระบบปฏิบัติการแอนดรอย รายวิชา การงานอาชีพและเทคโนโลยี ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (Singdee & Satpretpry, 2014) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้เช่นกัน ทั้งนี้การที่แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนมีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้นั้น อาจมาจากรูปแบบการนำเสนอเนื้อหาของบทเรียนเหมาะสมกับวัยผู้เรียน มีแบบฝึกหัดที่สอดคล้องและช่วยส่งเสริมการเรียนรู้จากบทเรียน มีวีดีโอและภาพประกอบสอดแทรกระหว่างเนื้อหา เพื่อสร้างความเข้าใจให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวน่าจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มขึ้น ประกอบกับในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้จำกัดการเข้าใช้งานของผู้ใช้งาน ผู้ใช้งานสามารถเข้าใช้งานได้ตลอดเมื่อต้องการเรียนทำให้เกิดการเรียนรู้ทบทวนในสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจในเนื้อหาได้ตามความสามารถของตนเอง เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนที่สามารถตอบสนองความแตกต่างของบุคคล จึงส่งผลให้ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้

3. การศึกษาความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการออกแบบ ด้านเนื้อหาบทเรียน การนำไปใช้ แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน อาจเนื่องจาก

แอปพลิเคชันมีการออกแบบและสร้างเมนูให้ผู้เรียนเลือกกลับไปทบทวนเนื้อหาที่ต้องการหรือยังไม่เข้าใจ ช่วยตอบสนองต่อความสามารถในการปรับตัวเข้ากับความต้องการทางการเรียนรู้ของรายบุคคล สามารถเลือกบทเรียนที่ต้องการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังส่งเสริมการเรียนรู้ได้ตลอดเวลา สามารถเรียนรู้ซ้ำๆ หลายครั้งจนเกิดเป็นทักษะ และกลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์การใช้งานแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน จึงถือว่าเป็นการเรียนรู้รูปแบบใหม่โดยมีการสร้างการ์ตูนเป็นตัวนำเสนอ ทำให้ดึงดูดความสนใจผู้เรียนด้วยรูปภาพภาพเคลื่อนไหว สื่อวีดีโอแบบหลากหลายสีสันสดใสและเสียงดนตรีที่เร้าใจ ผู้อ่านสามารถปฏิสัมพันธ์กับแอปพลิเคชันในแต่ละบทเรียนได้ ทำให้เกิดความสนใจในการเรียนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภราดา จันทร์ทิพย์ (Chanthip, 2011) การสร้างหนังสืออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บเรื่องโรคเบาหวานสำหรับนักศึกษาวิชาพยาบาลพบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บอยู่ในระดับมาก เนื่องจากเป็นสื่อที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับพยาบาลวิชาชีพและมีสื่อวีดีทัศน์ที่มีการสาธิตวิธีการให้ปฏิบัติตาม

แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน สามารถใช้เป็นบทเรียนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนได้อย่างถูกต้องมากขึ้น และควรมีการศึกษาติดตามผลอุบัติการณ์การติดเชื้อในเด็กวัยเรียนและการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงเรียนเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อไปใช้กับกลุ่มเด็กวัยเรียนเพื่อทบทวนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์โฟนในการป้องกันการติดเชื้อต่อการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในเด็กวัยเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่สนับสนุนทุนการวิจัยประเภท ทุนบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโท ประจำปี 2560

เอกสารอ้างอิง

Centers for Diseases Control and Prevention. (2010). *Help prevent school absenteeism by creating a handwashing campaign for your school community.* Retrieve from http://www.cdc.gov/handwashing/

Chanthip, P. (2011). *Construction of electronic book on web on diabetes for nursing students* (Master of Education Program in Educational Communications and Technology). Graduate School, Kasetsart University. (in Thai)

Günizi, H. (2014). The prevalence and risk factors of secretory otitis media in elementary school students in Hakkari city center. *European Journal of Medical Sciences, 1*(3), 97-101.

Kananit, S. (2015). *Development of application for learning on the operating system Android, health education at Mathayom 1.* Retrieved from https://summon kananit.wikispaces.com/file/view/application research.pdf (in Thai)

Knowles M., et al. (2005). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (6th ed.). Amsterdam: Elsevier.

Nabundit, R., & Tangvoraphonkchai, J. (2012). The effects of innovation in providing health information and health game on self-care behaviors for adolescent admitted SLE patients. *Journal of Nursing Science and Health, 35*(1), 10-17. (in Thai)

Pasavano, T. (2013). Edutainment: New trend in education with focus on entertainment. *Valaya Alongkorn Review, 3*(2),159-167. (in Thai)

Phetin, M. (2003). Cartoons in class. *Journal of Science and Mathematics Education and Technology, 31*(122), 47-50. (in Thai)

Plachaipiromsil, S. (2011). Usages trend of mobile application. *Executive Journal, 31*(4),110-115. (in Thai)

Posfay-Barbe, K. M., Zerr, D. M., & Pittet, D. (2008). Infection control in pediatrics. *The Lancet infectious diseases, 8*(1), 19-31.

Radack, G. (2002). *WG3 Presentation to SC4 Opening Plenary-TC4-STEP-Manufacturing,* 10, 1-4.

Singdee, B., & Satpretpry, S. (2014). Research and development of application instruction media on tablet android operation system in career and technology subject for Mattayomsuksa 1. *National and International Conference Interdisciplinary Research for Local Development Sustainability.* 15, 623-634. (in Thai)

Siripanichakorn, K. (1998). *Infectious disease* (2nd ed.). Bangkok: Holistic publishing. (in Thai)

Songkarm, N. (2010). *Design and development of multimedia for learning.* Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Tachawong, K., Picheamsathain, W., & Chintanawat, R. (2011). Effects of information provision using a comic book on school-aged patients' knowledge's and practices in prevention of nosocomial infection. *Nursing Journal, 38*(1), 62-73 (in Thai)

Thaiyapirom, N. & Klunklin, P. (2011). *Child health promotion I.* Chiang Mai: Kongchang printing. (in Thai)

การปฏิบัติตามบทบาทและอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน
Role Practices and Barriers to Practice Among Infection Control Nurses in Community Hospitals

วารุณี	สุวรรณรัตน์ *	Warunee	Suwanrat *
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ **	Akeau	Unahalekhaka **
พิมพาภรณ์	กลั่นกลิ่น ***	Pimpaporn	Klunklin ***

บทคัดย่อ

การปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนมีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การปฏิบัติและอุปสรรคในการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 301 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติตามบทบาทและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 257 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85.38 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามบทบาทในภาพรวม 9 ด้าน ประกอบด้วย การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การสอบสวนและควบคุมการระบาด การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพของบุคลากร การควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การติดต่อประสานงานกับชุมชน และการวิจัย ได้ร้อยละ 87.9 ของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งหมด บทบาทที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากกว่าร้อยละ 90 ของกิจกรรมทั้งหมด คือ การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 98.1) การดูแลสุขภาพของบุคลากร (ร้อยละ 97.8) การบริหารจัดการและการควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (ร้อยละ 93.1) การให้ความรู้ (ร้อยละ 91.6) บทบาทที่ปฏิบัติกิจกรรมได้มากกว่า ร้อยละ 80 คือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ร้อยละ 88.1) การสอบสวนและควบคุมการระบาด (ร้อยละ 83.9) และบทบาทที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การศึกษาวิจัย (ร้อยละ 35.9) อุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างที่พบในทุกด้าน คือ การมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทในแต่ละด้านได้อย่างเต็มที่ (ร้อยละ 28.8-70.4) อุปสรรคที่พบรองลงมาคือ บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ (66.9) บุคลากรขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง (62.3)

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Phromkhiri Hospital, Nakhon Si Thammarat Province, ningwaruni9596@gmail.com*

** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 15 พฤษภาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 3 กรกฎาคม 2560

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อควรได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานตามบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรส่งเสริมให้ได้รับความรู้ที่ทันสมัย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: *การติดเชื้อ บทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ การปฏิบัติ อุปสรรค โรงพยาบาลชุมชน*

Abstract

Infection Control Nurses (ICNs) in community hospitals are crucial for the successful prevention of hospital-associated infections (HAIs). This descriptive study aimed to determine practices and barriers in practices based on ICN roles in community hospitals. The sample included 301 ICNs from community hospitals. The data collection tool was a self-administered questionnaire which consisted of three parts: general information, practices according to roles, and obstacles in practices. Data were collected from November 2016 to January 2017. Two hundred and fifty-seven questionnaires were received, with a response rate of 85.38%. Data were analyzed using descriptive statistics.

The study results showed that the community hospital ICNs practiced 87.9% of all activities under nine possible roles which included surveillance of HAIs, outbreak investigation and control, education, counselling, management, employee health, hospital environmental control, community coordination, and research. The activities with over 90% engagement from ICNs were: counselling (98.1%), employee health (97.8%), management and hospital environmental control (93.1%), and education (91.6%). The activities with more than 80% engagement from ICNs were surveillance of HAIs (88.1%) and outbreak investigation and control (83.9%). ICNs were least active with regards to conducting research (35.9%). Obstacles faced by ICNs in all roles was work overload (28.8-70.4%), which prevented them from working effectively in their roles. Other obstacles were hospital personnel who did not comply with infection prevention guidelines (66.9%) and lack of awareness of their health (62.3%).

ICNs should be appropriately assigned jobs according to their roles in prevention of HAIs so that they can work effectively. Support should be given to them to obtain updated knowledge so that they feel confident in their work. Additionally, hospital personnel should continuously be educated about infection prevention and control.

Keywords: *Infection, The roles of infection control nurses, Practice, Barrier, Community hospital*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (hospital associated infection: HAI) หมายถึงการติดเชื้อซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลชีพขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ที่ทวีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลมีอัตราการครองเตียงสูง ไม่สามารถรับผู้ป่วยใหม่ได้เต็มที่ และผู้ป่วยอาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ (Plowman et al., 2001; Vrijens, Hulstaert, Devriese, & Van de Sande, 2012) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 7.1 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศกำลังพัฒนาพบการติดเชื้อสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 2-20 เท่า การศึกษาในโรงพยาบาล 1,023 แห่งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2553 พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล 268,628 ครั้ง (Pumart et al., 2012)

การศึกษาของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในโครงการ Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC) พบว่าโรงพยาบาลที่มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีมาตรการในการควบคุมการติดเชื้อ มีแพทย์ที่ปรึกษาด้านการควบคุมการติดเชื้อและมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา 1 คนต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาล 250 เตียง สามารถลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 32 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีผู้รับผิดชอบดำเนินงานโดยตรง มีระบบเฝ้าระวังที่ดี และมีการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อ (Haley et al., 1985)

การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลทุกแห่งต้องดำเนินการ แต่ข้อมูลจากการวิจัยพบว่า พยาบาลควบคุมการติดเชื้อซึ่งรับผิดชอบการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยตรงขาดความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประเทศไทยได้มีการพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง พยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่งได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้กลับไปปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากในประเทศ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทและอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การคงอยู่ในงาน ลดความสูญเสียจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย บุคลากร และโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาอุปสรรคในการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร
2. อุปสรรคในการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่ได้จากการทบทวนบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อขององค์กรต่าง ๆ และจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการปฏิบัติตามบทบาท 9 ด้านคือ 1) การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) การสอบสวนและควบคุมการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) การให้ความรู้ 4) การให้

คำปรึกษา 5) การบริหารจัดการ 6) การดูแลสุขภาพของบุคลากร 7) การควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 8) การติดต่อประสานงานกับชุมชน และ 9) การวิจัย และศึกษาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนตามบทบาททั้ง 9 ด้านคือ1) อุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) อุปสรรคในการสอบสวนและควบคุมการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) อุปสรรคในการให้ความรู้ 4) อุปสรรคในการให้คำปรึกษา 5) อุปสรรคในการบริหารจัดการ 6) อุปสรรคในการดูแลสุขภาพของบุคลากร 7) อุปสรรคในการควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล 8) อุปสรรคในการติดต่อประสานงานกับชุมชน และ 9) อุปสรรคในการวิจัย ซึ่งผลที่ได้เป็นข้อมูลเพื่อใช้ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 723 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของยามาเน (Yamane, 1973) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 251 คน เนื่องจากเป็นการรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ซึ่งคาดว่าจะมีการส่งข้อมูลกลับคืน ร้อยละ 80 การวิจัยนี้จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Worakitkasemkul, 2010) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 301 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา การปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้เท่ากับ 0.94 ในส่วนของอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้เท่ากับ 0.98 นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาความคงที่ (stability) โดยวิธีวัดซ้ำ (test-retest reliability) แบบสอบถามการปฏิบัติตามบทบาทและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และ 0.97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ยื่นขอรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้วได้ส่งหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยนำหนังสือ ส่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ใช้เป็นสถานที่รวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมทั้งเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และซองจดหมายติดแสตมป์จ่าหน้าซองถึงผู้วิจัยจำนวน 2 ซอง ไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมและส่งเอกสารคืนให้ผู้วิจัยโดยแยกซองกับแบบสอบถามเพื่อป้องกันการเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล

3. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

3. ข้อมูลอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

ได้รับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่าง 257 คน คิดเป็นร้อยละ 85.38 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 97.3 มีอายุระหว่าง 25-57 ปี อายุเฉลี่ย 44.6 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 49.4 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-40 ปี และมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 25.7 และ 22.2 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่และโสดร้อยละ 67.7 และ 22.6 ตามลำดับ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.5 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ร้อยละ 95.3 ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบางเวลา (part time) ร้อยละ 62.3 ปฏิบัติงานเต็มเวลา ร้อยละ 37.3 ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลควบคุมการติดเชื้อมานานตั้งแต่ 5 เดือน ถึง 25.9 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.9 ปี ปฏิบัติงานนาน 10-12 ปี ร้อยละ 24.1 รองลงมาคือ 1-3 ปี และ 4-6 ปี ร้อยละ 22.2 และ 21.8 ตามลำดับ เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อร้อยละ 96.9 ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ (หลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือน) ร้อยละ 59.5 หลักสูตรระยะสั้นเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (หลักสูตรระยะสั้น 2 สัปดาห์) และหลักสูตรปริญญาโท (สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) ร้อยละ 32.3 และ 5.1 ตามลำดับ

การปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามบทบาทในภาพรวมทั้ง 9 ด้านได้ร้อยละ 87.9 ของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งหมด ปฏิบัติด้านการให้คำปรึกษาได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.1 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของบุคลากร ร้อยละ 97.8 การบริหารจัดการและการควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ร้อยละ 93.1 เท่ากัน การให้ความรู้ ร้อยละ 91.6 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 88.1 การสอบสวนและควบคุมการระบาด ร้อยละ 83.9 การประสานงานกับชุมชน ร้อยละ 79.4 ส่วนบทบาทในการวิจัยปฏิบัติได้น้อยที่สุด ร้อยละ 35.9

อุปสรรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคือการมีภาระงานมาก ทำให้ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ (ร้อยละ 70.4) ห้องปฏิบัติการไม่สามารถตรวจเพาะเชื้อได้ (ร้อยละ 67.7) อุปสรรคด้านสอบสวนและควบคุมการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาลคือ ห้องปฏิบัติการไม่สามารถตรวจเพาะเชื้อได้ ไม่มีแพทย์ทางระบาดวิทยาให้คำแนะนำ (ร้อยละ 64.6) อุปสรรคด้านการให้ความรู้บุคลากรคือขาดงบประมาณสนับสนุน (ร้อยละ 42) มีภาระงานมาก

(ร้อยละ 41.2) อุปสรรคด้านการให้คำปรึกษาคือ มีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถให้คำปรึกษาได้เต็มที่ (ร้อยละ 39.3) ขาดทักษะและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา (ร้อยละ 26.5) อุปสรรคด้านการบริหารจัดการคือบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 66.9) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติงานหลายหน้าที่ มีภาระงานมาก (ร้อยละ 61.9) อุปสรรคด้านการดูแลสุขภาพของบุคลากรคือ บุคลากรขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 62.3) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีภาระงานมากทำให้ดูแลสุขภาพบุคลากรได้ไม่เต็มที่ (ร้อยละ 28.8) อุปสรรคด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลคือ พื้นที่ภายในโรงพยาบาลมีจำกัดไม่สามารถปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐาน (ร้อยละ 54.1) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อไม่มีเวลาในการติดตามกำกับการปฏิบัติของบุคลากรในการจัดการสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 42.4) อุปสรรคด้านการประสานงานกับชุมชนคือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อขาดประสบการณ์ (ร้อยละ 40.9) มีภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาในการประสานงานกับชุมชน (ร้อยละ 39.3) อุปสรรคด้านการวิจัยคือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อขาดความรู้ในการทำวิจัย (ร้อยละ 67.3) และขาดแรงจูงใจในการทำวิจัย (ร้อยละ 59.1)

การอภิปรายผล

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติตามบทบาทในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมทั้ง 9 ด้านได้ร้อยละ 87.9 ของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติทั้งหมด บทบาทที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในภาพรวมได้มากกว่าร้อยละ 90 คือ การให้คำปรึกษาปฏิบัติได้ร้อยละ 98.1 การดูแลสุขภาพของบุคลากรปฏิบัติได้ร้อยละ 97.8 การบริหารจัดการปฏิบัติได้ร้อยละ 93.1 การควบคุมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลปฏิบัติได้ร้อยละ 93.1 การให้ความรู้ปฏิบัติได้ร้อยละ 91.6 บทบาทที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือการวิจัยคิดเป็นร้อยละ 35.9

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติตามบทบาทการให้คำปรึกษามากที่สุดร้อยละ 98.1 อธิบายได้ว่าการให้คำปรึกษาเป็นบทบาทที่สำคัญ และเป็นสมรรถนะของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่สภาการพยาบาลกำหนด พยาบาลควบคุมการติดเชื้อต้องให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับการปฏิบัติของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (Buachum, 2002) การให้คำปรึกษาแนะนำบุคลากรของโรงพยาบาลจะแตกต่างกันตามลักษณะของงานและการปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ถูกต้องทันสมัย และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหลักสูตรระยะสั้น (ร้อยละ 91.8) และหลักสูตรปริญญาโท (ร้อยละ 5.1) และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมานานกว่า 3 ปี ถึงร้อยละ 77.8 จึงสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรของโรงพยาบาลได้

แม้ว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อจะสามารถปฏิบัติบทบาทในการให้คำปรึกษาได้สูง แต่ก็ยังพบอุปสรรคในการปฏิบัติงานในบทบาทนี้ที่สำคัญคือภาระงานที่มากทำให้ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ (ร้อยละ 39.3) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเต็มเวลาเพียงร้อยละ 37.3 มีถึงร้อยละ 62.7 ที่ปฏิบัติงานด้านนี้บางเวลา ไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษา พยาบาลควบคุมการติดเชื้อร้อยละ 26.5 ระบุว่ายังขาดทักษะและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา และยังมีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่เพียงพอที่จะให้คำปรึกษาแก่หน่วยงาน ส่งผลให้ยังมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อบางส่วนขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษา

บทบาทด้านการดูแลสุขภาพของบุคลากร มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วยที่เกิดจากการได้รับเชื้อขณะปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงที่จะรับเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การสัมผัสสารเคมีต่าง ๆ การบาดเจ็บ เมื่อบุคลากรมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และปราศจากโรคจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติตามบทบาทการดูแลสุขภาพบุคลากรได้ร้อยละ 97.8 และกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุดในการดูแลสุขภาพบุคลากรคือ การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของบุคลากรจากการปฏิบัติงานปฏิบัติได้ร้อยละ 100 เนื่องจากบุคลากรเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการรักษาพยาบาลอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อจากผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย หากบุคลากรเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วยไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของบุคลากรช่วยให้ทราบขนาดของปัญหาการเจ็บป่วยของบุคลากรนำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อ และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลของบุคลากร

บทบาทด้านการวิจัย การศึกษาวิจัยสามารถช่วยพัฒนาการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติบทบาทด้านนี้ในภาพรวมได้เพียงร้อยละ 35.9 เหตุผลสำคัญที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อไม่สามารถปฏิบัติในการวิจัยได้ เนื่องจากขาดความรู้ในการทำวิจัย (ร้อยละ 67.3) ขาดแรงจูงใจในการทำวิจัย (ร้อยละ 59.1) ขาดงบประมาณในการวิจัย (ร้อยละ 42) และมีภาระงานมาก (ร้อยละ 41.6) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีการศึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจำนวนมาก ซึ่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อสามารถสืบค้นมาศึกษาและอ้างอิงในการปฏิบัติงานได้ ส่วนการวิจัยต้องอาศัยประสบการณ์ การสนับสนุนของหน่วยงาน เวลาและงบประมาณ (Murphy & McLaws, 1999) ประกอบกับการมีแหล่งข้อมูลที่สามารถค้นคว้าได้สะดวกรวดเร็วเช่น การค้นคว้าจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (Murphy & McLaws, 2000) ความสามารถในการค้นคว้าข้อมูลและผลการวิจัยจากแหล่งต่าง ๆ มีส่วนช่วยในการปฏิบัติงานของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้

อุปสรรคในการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่พบเกือบทุกด้านคือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีภาระงานมาก ปฏิบัติงานหลายหน้าที่ ขาดงบประมาณสนับสนุน ห้องปฏิบัติการไม่สามารถตรวจเพาะเชื้อได้ สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบางเวลา (part time) ถึงร้อยละ 62.7 การที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหลายด้านได้เต็มที่ อาจส่งผลต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อยังขาดความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ร้อยละ 34.2) และการสอบสวนและควบคุมการระบาด (ร้อยละ 41.2) การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทราบสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล นำไปสู่การกำหนดแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติงานตามบทบาทในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างเต็มที่ โดยพิจารณาการมอบหมายงานอื่น ๆ ให้เหมาะสม พิจารณาอัตรากำลังให้เพียงพอกับภาระงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อได้รับความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่าง

ต่อเนื่องเพื่อให้ได้ความรู้ที่ทันสมัย ช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สามารถให้ความรู้และคำปรึกษาแก่บุคลากรของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรกำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ

4. ควรสนับสนุนให้บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ทันสมัยเป็นประจำและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

5. ควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะงบประมาณในการให้ความรู้และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากรของโรงพยาบาล

6. ควรสนับสนุนให้ห้องปฏิบัติการสามารถตรวจเพาะเชื้อได้ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อและการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชนกับภาระงาน เพื่อให้การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาวิธีการเสริมสร้างความร่วมมือของบุคลากรโรงพยาบาลในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนในรูปแบบการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาบทบาทในการปฏิบัติของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

Buachum, S. (2002). *Prevention of nosocomial infection in regional and general hospitals* (Master thesis). Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)

Haley, R. W., Culver, D. H., White, J. W., Morgan, W. M., Emori, T. G., Munn, V. P., & Hooton, T. M. (1985). The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *American Journal of Epidemiology, 121*(2), 182-205.

Murphy, C. L., & McLaws, M. L. (1999). Who coordinates infection control programs in Australia? *American journal of infection control, 27*(3), 291-295.

Murphy, C. L., & McLaws, M. L. (2000). Australian Infection Control Association members' use of skills and resources that promote evidence-based infection control. *American journal of infection control, 28*(2), 116-122.

Plowman, R., Graves, N., Griffin, M. A. S., Roberts, J. A., Swan, A. V., Cookson, B., & Taylor, L. (2001). The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. *Journal of Hospital Infection, 47*(3), 198-209.

Pumart, P., Thammalikitkul, V., Prakongsai, P., Potha, T., Ruipaibool, A., & Limwatananon, S. (2012). Health and economic impacts from multidrug resistant in Thailand. *Health System Research, 3*(3), 320-360. (in Thai)

Vrijens, F., Hulstaert, F., Devriese, S., & Van de Sande, S. (2012). Hospital-acquired infections in Belgian acute-care hospitals: An estimation of their global impact on mortality, length of stay and healthcare costs. *Epidemiology and Infection, 140*(1), 126-136.

Worakitkasemkul, S. (2010). *Research methods in social and behavioral sciences* (2nd ed.). Udon Thani: Augsorn Printing. (in Thai)

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

การปฏิบัติและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

Practices and Obstacles in Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia Among Registered Nurses in Intensive Care Units

ศรีสุภา	เรืองแข *	Srisupa	Ruangkhae *
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ **	Akeau	Unahalekhaka **
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล **	Nongyao	Kasatpibal **

บทคัดย่อ

การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจปลอดภัยจากการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง จำนวน 262 คน รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติ และอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการปฏิบัติและอุปสรรค 0.95 และ 0.94 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติและอุปสรรคเท่ากับ 0.94 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างใน 9 กิจกรรมหลัก คือ การทำความสะอาดมือ การจัดท่านอน การดูแลแผลเจาะคอ การดูแลช่องปากและฟัน การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายให้อาหาร การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ในภาพรวมและรายกิจกรรมอยู่ในระดับดี แต่พบว่าบางกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้งน้อย ได้แก่ ฟอกมือครบทุกขั้นตอนนานอย่างน้อย 30 วินาที กรณีทำความสะอาดมือด้วยน้ำและน้ำยาทำลายเชื้อ (ร้อยละ 44.7) การวัดความดัน cuff pressure ของท่อช่วยหายใจก่อนการดูดเสมหะ (ร้อยละ 32.8) อุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจด้านบุคลากร ด้านสิ่งสนับสนุน และด้านการบริหารจัดการในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญคือ อัตรากำลังไม่เพียงพอ (ร้อยละ 26.2) และภาวะเร่งรีบขณะช่วยชีวิตผู้ป่วย (ร้อยละ 20.2) ตามลำดับ

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือ รวมทั้งการจัดสรรอัตรากำลังอย่างเพียงพอ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Surin Hospital, poem888@gmail.com*

** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 6 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 10 กันยายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 20 กันยายน 2561

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: *ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การปฏิบัติ อุปสรรค การป้องกัน หอผู้ป่วยวิกฤต*

Abstract

Correct practices in the prevention of ventilator-associated pneumonia (VAP) can prevent mechanically ventilated patients from getting hospital-acquired pneumonia. This descriptive study aimed to determine practices among registered nurses and their obstacles in the prevention of VAP. The sample included 262 registered nurses working in the Intensive Care Units (ICUs) of three tertiary care hospitals under the Ministry of Public Health. Data were collected from March to May 2018 using a self-administered questionnaire consisting of three parts: general information, practice, and obstacles in prevention of VAP. The content validity of the questionnaire was examined by six experts with a content validity index of 0.95 for practice and 0.94 for obstacles. The reliability of the practice and obstacle sections were 0.94 and 0.74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The study results revealed that the participant practice of the following nine main prevention activities were at a good level: hand hygiene, patient positioning, caring of tracheostomy, practicing oral hygiene, suctioning, nasogastric tube feeding, weaning of ventilator, caring of the endotracheal tube and the ventilator circuit, and managing environment. However, the regular practice of the following activities were low: scrubbing hands completely for at least 30 seconds with water and antiseptic (44.7%) and measuring the endotracheal tube cuff pressure before suctioning (32.8%). Obstacles in the prevention of VAP included personnel, support and management. Significant obstacles identified were insufficient manpower (26.2%) and urgency in patient lifesaving (20.2%).

This study indicated the necessity of promoting correct hand hygiene practices and providing sufficient manpower so that registered nurses in the ICUs can effectively prevent VAP.

Keywords: *Ventilator-associated pneumonia, Practices, Obstacles, Prevention, Intensive Care Units*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นการติดเชื้อซึ่งเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นปัญหาสำคัญของทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia [VAP]) การศึกษาปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต 56 แห่งใน 11 ประเทศ พบผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดปอดอักเสบร้อยละ 15.6 โดยพบในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ประเทศแถบละตินอเมริกา และประเทศแถบเอเชียแปซิฟิกร้อยละ 13.5, 19.4, 13.8 และ 16.0 ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ (Kollef, Hamilton, & Ernst, 2014) ในประเทศไทยจากรายงานของโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) พบว่า

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในหอผู้ป่วยวิกฤต ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 5.98-6.63 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (THIP, 2016) ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 แห่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2558 พบว่าปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สูงที่สุดในแต่ละโรงพยาบาล พบอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 5.46-27.2 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (The Infection Control Committee Surin Hospital, 2015; Ruksakun, Boonkartrum, Mepraseart, & Kraibut, 2012)

ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นโรงพยาบาลสูญเสียงบประมาณในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในโรงพยาบาล 400 แห่ง พบว่าผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยวิกฤต 20.5 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งมีวันนอนเฉลี่ย 11.6 วัน สูญเสียค่าใช้จ่าย 99,598 เหรียญสหรัฐต่อการรักษาปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง (Kollef, Hamilton, & Ernst, 2012) ในประเทศไทยข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วยวิกฤต 79 แห่ง ในโรงพยาบาล 40 แห่ง ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 พบปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สูงที่สุด พบอุบัติการณ์ในภาพรวมคิดเป็น 7.8 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเงินรวม 30,734,713 บาท (Unahalekhak, Lueang-a-papng, & Chitreecheur, 2014)

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่สุดจึงต้องมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติ ในประเทศไทยข้อมูลจากการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่ากิจกรรมที่พยาบาลไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การวัดความดันท่อหลอดลมคอให้ค่าอยู่ในช่วง 20-25 เซนติเมตรปรอท ร้อยละ 33.08 การทำความสะอาดมือด้วยน้ำยาทำความสะอาดมือผ่านน้ำตามขั้นตอน หรือใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือก่อนการดูแลจัดท่านอน ร้อยละ 39.62 การปลดสายเครื่องช่วยหายใจปิดผ้าก๊อสที่ปลอดเชื้อและแขวนไว้ที่เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 31.82 การเปลี่ยนอุปกรณ์ออกซิเจน อุปกรณ์ทำความชื้นทุก 24 ชั่วโมง และเปลี่ยนอุปกรณ์พ่นยาทุก 24 ชั่วโมง ร้อยละ 50 การปฏิบัติในการทำความสะอาดมือก่อนและหลังการพยาบาลผู้ป่วยในทุกกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การจัดท่านอน การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูดเสมหะ การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ มีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 5.65-39.62 (Ruttichoti, 2007) การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพเกิดจากการขาดอัตรากำลังที่เพียงพอ (Srireaungrut, 2013) ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่ แปรงสีฟันสำหรับใช้แปรงฟันให้ผู้ป่วย ชุดพ่นยา และการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตของบุคลากรพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ ขาดทักษะ ขาดความตระหนักในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ขาดอุปกรณ์ ได้แก่ ผ้าเช็ดมืออุปกรณ์ในการทำความสะอาดมือ และไม่มีเครื่องวัดความดันในกระเปาะหลอดลมคอ (Ruttichoti, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่าอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับที่สูง บางแห่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และการศึกษา

งานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ศึกษาถึงการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตแต่เนื่องจากเป็นการศึกษาเมื่อหลายปีที่ผ่านมาและเป็นการศึกษากิจกรรมการปฏิบัติเพียง 5 กิจกรรม คือ การจัดท่านอน การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูดเสมหะ การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน และการดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ (Ruttichoti, 2007) ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติให้เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังพบการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. เพื่อศึกษาอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

2. อุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง สามารถลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบในโรงพยาบาลได้ การศึกษาเรื่องการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพครั้งนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้จากการทบทวนแนวปฏิบัติขององค์กรต่าง ๆ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม คือ 1) การทำความสะอาดมือ 2) การจัดท่านอน 3) การดูแลแผลเจาะคอ 4) การดูแลช่องปากและฟัน 5) การดูดเสมหะ 6) การให้อาหารทางสายให้อาหาร 7) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ 8) การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และ 9) การจัดการสิ่งแวดล้อม และการศึกษาอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจาก การใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ1) ด้านบุคลากร 2) ด้านสิ่งสนับสนุน และ 3) ด้านการบริหารจัดการ ประเมินการปฏิบัติและอุปสรรคโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดโดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้จำนวน 222 คน เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2004) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน

ทั้งหมด 266 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไม่อยู่ระหว่างการอบรมหรือลาศึกษาต่อ ลาป่วย ลาพักร้อน ลาคลอด จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่ศึกษาคำนวณตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละโรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ของแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วยคำถามการปฏิบัติ 9 กิจกรรม คือ การทำความสะอาดมือ 19 ข้อ การดูแลจัดท่านอน 3 ข้อ การดูแลแผลเจาะคอ 3 ข้อ การดูแลช่องปากและฟัน 6 ข้อ การดูดเสมหะ 19 ข้อ การให้อาหารทางสายให้อาหาร 15 ข้อ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ 5 ข้อ การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ 20 ข้อ การจัดการสิ่งแวดล้อม 6 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การให้คะแนนการปฏิบัติ ปฏิบัติทุกครั้งและปฏิบัติบางครั้งให้ 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ไม่ปฏิบัติไม่ให้คะแนน แบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติในระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

แบบสอบถามอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร 7 ข้อ ด้านสิ่งสนับสนุน 20 ข้อ ด้านการบริหารจัดการ 7 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย การให้คะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยให้ 2 และ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย ไม่ให้คะแนน แบ่งระดับอุปสรรคเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการปฏิบัติและอุปสรรค 0.95 และ 0.94 ตามลำดับ และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติและอุปสรรคเท่ากับ 0.94 และ 0.74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และของโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและการนำผลงานการวิจัยไปใช้ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่ศึกษาแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามการปฏิบัติและอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ และเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมลงในกล่องซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ โดยแยก

ใส่แต่ละกล่อง ภายใน 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนจำนวน 262 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 92 มีอายุตั้งแต่ 23 ถึง 60 ปี อายุเฉลี่ย 32.9 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 21-30 ปี มากที่สุดร้อยละ 53.4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 97.3 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตนานตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 40 ปี เฉลี่ย 7.9 ปี มัธยฐาน 5.0 ปี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมานานน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.8 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 79.8 การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 54.6

การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในภาพรวมและในทุกกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาการปฏิบัติพบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทุกครั้งร้อยละ 83.5 กิจกรรมย่อยที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด คือ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 95.8 รองลงมา คือ การจัดท่านอน และการจัดการสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 90.4 และร้อยละ 85.9 ตามลำดับ กิจกรรมที่ปฏิบัติทุกครั้งน้อย คือ การทำความสะอาดมือ การดูแลช่องปากและฟัน และการดูดเสมหะปฏิบัติร้อยละ 76.8, 77.6, และ 77.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (n=262 คน)

การปฏิบัติ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การทำความสะอาดมือ	3,823 (76.8)	1,128 (22.7)	27 (0.5)	1.75	0.22	ดี
การจัดท่านอน	711 (90.4)	75 (9.6)	0 (0.0)	1.90	0.20	ดี
การให้อาหารทางสายให้อาหาร	3,170 (80.6)	528 (13.4)	232 (6.0)	1.78	0.33	ดี
การดูแลแผลเจาะคอ	633 (80.6)	134 (17.0)	19 (2.4)	1.76	0.25	ดี
การดูดเสมหะ	3,874 (77.8)	807 (16.2)	297 (6.0)	1.72	0.17	ดี
การดูแลช่องปากและฟัน	1,219 (77.6)	323 (20.5)	30 (1.9)	1.75	0.22	ดี
การหย่าเครื่องช่วยหายใจ	1,254 (95.8)	53 (4.0)	3 (0.2)	1.94	0.12	ดี

การปฏิบัติ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์	4,504	557	179	1.83	0.17	ดี
เครื่องช่วยหายใจ	(85.9)	(10.6)	(3.5)			
การจัดการสิ่งแวดล้อม	1,151	195	26	1.84	0.26	ดี
	(85.9)	(12.4)	(1.7)			
รวม	20,339	3,800	813	1.81	0.13	ดี
	(83.5)	(14.0)	(2.5)			

อุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า อุปสรรคในด้านบุคลากร ด้านสิ่งสนับสนุน และด้านบริหารจัดการในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเป็นอุปสรรคที่มากที่สุด คือ ด้านสิ่งสนับสนุน รองลงมาคือ ด้านบุคลากร และด้านการบริหารจัดการ คิดเป็นร้อยละ 19.7, 13.8 และ 12.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและระดับอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน

อุปสรรค	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับอุปสรรค
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านบุคลากร	253	386	1,085	0.51	0.57	ต่ำ
	(13.8)	(21.0)	(65.2)			
ด้านสิ่งสนับสนุน	1,030	1,273	2,937	0.64	0.50	ต่ำ
	(19.7)	(24.3)	(56.0)			
ด้านการบริหารจัดการ	222	286	1,326	0.40	0.56	ต่ำ
	(12.1)	(15.6)	(72.3)			
รวม	1,505	1,945	5,348	0.51	0.54	ต่ำ
	(15.2)	(20.3)	(64.5)			

การอภิปรายผล

การปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทั้ง 9 กิจกรรมหลัก คือ การทำความสะอาดมือ การจัดท่านอน การดูแลแผลเจาะคอ การดูแลช่องปากและฟัน การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายให้อาหาร การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และการจัดการสิ่งแวดล้อมในภาพรวมและแต่ละกิจกรรมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.6 เคยได้รับการอบรม

เกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตนานเฉลี่ย 7.9 ปี ความรู้และประสบการณ์ของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ดี ดังการศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพนิดา กาวินำ, ทองปาน เงือกงาม และ ศรีสุดา อัศวพลังกูล (Kawinam, Nguegngam, & Assawapalanggool, 2017) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น และร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.30 เป็นร้อยละ 90.84 ประกอบกับพบว่าอุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ด้านคือ ด้านบุคลากร ด้านสิ่งสนับสนุน และด้านการบริหารจัดการในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย จึงทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้ง 9 กิจกรรมได้ดี

แม้ว่าในภาพรวมการปฏิบัติในทุกกิจกรรมหลักจะอยู่ในระดับดี แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีการปฏิบัติในบางกิจกรรมย่อยค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความสะอาดมือซึ่งมีการปฏิบัติทุกครั้งเพียงร้อยละ 76.8 การละเลยการทำความสะอาดมือในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยสามารถแพร่กระจายเชื้อทั้งทางตรงและทางอ้อมสู่ผู้ป่วย (WHO, 2009) เนื่องจากเชื้อจุลชีพสามารถอยู่บนมือของบุคลากร ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียบนมือของบุคลากรการแพทย์จากตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Elsevier, 2016) การทำความสะอาดมือโดยการฟอกมือครบทุกขั้นตอนนานอย่างน้อย 30 วินาที กรณีทำความสะอาดมือด้วยน้ำและน้ำยาทำลายเชื้อหากปฏิบัติได้ไม่ครบทุกขั้นตอนหรือฟอกมือระยะเวลาไม่นานพอเชื้อจุลชีพที่อยู่บนมือจะไม่ถูกกำจัดออกจากมือหากไปสัมผัสผู้ป่วยจะเป็นการนำเชื้อโรคสู่ผู้ป่วยได้ การทำความสะอาดมือเป็นการป้องกันการติดเชื้อได้ดี

การดูดเสมหะพบว่ากิจกรรมย่อยในการตรวจวัดระดับความดันของ cuff pressure ก่อนการดูดเสมหะกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพียงร้อยละ 32.8 ซึ่งอาจเป็นผลจากความไม่เพียงพอของเครื่องวัดความดันกระเปาะลมท่อช่วยหายใจ จึงไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง การประเมินความดันของ cuff pressure อย่างสม่ำเสมอสามารถลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Akdogana, Ersoya, Kuzucub, Gedikc, Togalc, & Yetkina, 2017) หากความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจอยู่ในระดับต่ำจะทำให้มีช่องว่างในหลอดลมทำให้สารคัดหลั่งที่อยู่เหนือ cuff ไหลลงสู่ปอด (Beuret, Philippon, Fabre, & Kaak, 2012) ทำให้เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้

การให้อาหารทางสายให้อาหารพบว่าการทำความสะอาดบริเวณส่วนปลายของสายให้อาหารด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% ก่อนและหลังให้อาหาร มีการปฏิบัติทุกครั้งค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 43.1 และร้อยละ 42.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของยุวนิดา อารามรมย์ (Aramrom, 2015) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพไม่ปฏิบัติในการทำความสะอาดปลายสายให้อาหารก่อนและหลังให้อาหารทางสายให้อาหาร ซึ่งส่วนใหญ่บริเวณปลายสายจะถูกวางไว้บนเตียงผู้ป่วย ซึ่งมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่อาจมีเชื้อจุลชีพปนเปื้อน หากก่อนให้อาหารไม่ได้ทำลายเชื้อบริเวณข้อต่อสายให้อาหาร อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลชีพ การใส่สายให้อาหารมีส่วนในการเพิ่มการไหลย้อนของสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารได้ง่าย ทั้งจากการขัดขวางการทำงานของหูรูดในหลอดอาหาร หากผู้ป่วยได้รับยาลดกรดในกระเพาะอาหารเพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลในกระเพาะอาหารร่วมด้วยอาจส่งผลให้เชื้อจุลชีพในกระเพาะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนได้อย่างรวดเร็ว หากเกิดการไหลย้อนของอาหารย่อมทำให้เกิดการติดเชื้อตามมา หรือหากเชื้อจุลชีพปนเปื้อนจากปลายสายให้อาหารลงสู่ระบบทางเดินอาหารอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดิน

อาหารได้

การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเติมน้ำปราศจากเชื้อในเครื่องทำความชื้น (humidifier) โดยเทน้ำที่เหลืออยู่ในเครื่องทิ้งก่อนทุกครั้งร้อยละ 64.5 ซึ่งน้ำที่เหลืออยู่ในเครื่องทำความชื้นของเครื่องช่วยหายใจมีการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพและเชื้อสามารถเพิ่มจำนวนในน้ำได้ (Brooke, Deckera, & Palmore, 2013) สำหรับการทำลายเชื้อบริเวณข้อต่อเครื่องทำละอองฝอยก่อนและหลังใช้งาน กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งร้อยละ 70.6 ซึ่งเครื่องทำละอองฝอยมีความชื้นที่เหมาะสมกับการแบ่งตัวของเชื้อจุลชีพทำให้มีโอกาสปนเปื้อนได้ง่าย

อุปสรรคในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการวิจัยพบว่าอุปสรรคทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านสิ่งสนับสนุน และด้านการบริหารจัดการ ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างพบอุปสรรคด้านสิ่งสนับสนุน คือ อุปกรณ์ทำความสะอาดมือไม่เพียงพอ การขาดสิ่งสนับสนุนการทำความสะอาดมืออาจส่งผลต่อการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของบุคลากรได้ (Mearkle, Houghton, Bwonya, & Lindfield, 2016) อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ทำความชื้น (humidifier) ไม่เพียงพอ ซึ่งเครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญในการช่วยประคับประคองอาการของผู้ป่วย จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยตลอดเวลา อาจเกิดการขัดข้องหรือชำรุดจึงจำเป็นต้องมีเครื่องสำรองอย่างเพียงพอเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสอดคล้องกับการศึกษาของกมลวัลย์ ใครบุตร (Kraibut, 2008) ที่พบว่าพยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากภาวะเร่งรีบในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาลควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอุปกรณ์ในการทำความสะอาดมือ อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ เครื่องวัด cuff pressure เครื่อง spirometer อย่างเพียงพอ จัดสรรอัตรากำลังอย่างเหมาะสมกับภาระงาน

2. ควรมีการนิเทศการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

2. ศึกษาเพื่อหาแนวทางหรือกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติในป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

Akdogana, O., Ersoya, Y., Kuzucub, C., Gedikc E., Togalc, T., & Yetkina, F. (2017). Assessment of the effectiveness of a ventilator associated pneumonia prevention bundle that contains endotracheal tube with subglottic drainage and cuff pressure monitorization. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 21*(3), 276-281.

Aramrom, Y. (2015). Evidence-based practices in prevention of the ventilator-associated pneumonia (VAP). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2*(3), 144-158. (in Thai)

Beuret, P., Philippon, B., Fabre X., & Kaak, M. (2012). *Effect of tracheal suctioning on aspiration past the tracheal tube cuff in mechanically ventilated patients.* Retrieved from https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/2110-5820-2-45

Brooke, J., Deckera, K., & Palmorea, N. (2013). The role of water in healthcare-associated infections. *Current Opinion in Infectious Diseases. 26*(4), 345-351.

Elsevier, B.V. (2016). The role of the intensive care unit environment and health-care workers in the transmission of bacteria associated with hospital acquired infections. *Journal of Infection and Public Health, 9*(1), 13-23.

Kawinam, P., Nguegngam, T., & Assawapalanggool, S. (2017). Effects of the development for promotional program for the implementation of ventilator associated pneumonia prevention-guidelines. *Journal of Nursing Division, 44*(3), 34-57. (in Thai)

Kollef, M. H., Chastre, J., Fagon, J. Y., François, B., Niederman, M. S., Rello, J., ... Go, K. W. (2014) Global prospective epidemiologic and surveillance study of ventilator-associated pneumonia due to Pseudomonas aeruginosa. *Critical Care Medicine, 42,* 2178-2187.

Kollef, M. H., Hamilton, C., & Ernst, R. (2012). Economic impact of ventilator-associated pneumonia in a large matched cohort. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 33*(3), 250-256.

Kraibut, K. (2008). *Effects of promoting clinical practice guideline implementation on nurses'practices and incidence of ventilator-associated pneumonia in a general hospital* (Master of Nursing Science, Infection Control Nursing). Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)

Mearkle, R., Houghton, R., Bwonya, D., & Lindfield, R., (2016). Barriers to hand hygiene in ophthalmic outpatients in Uganda: A mixed methods approach. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection.* Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4794470/pdf/12348_2016_Article_77.pdf

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Assessing data quality in nursing research: Principles and methods.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ruksakun, P., Boonkartrum, N., Mepraseart, B., & Kraibut, K. (2012). *Effect of developing a bundle of care for the prevention of ventilator-associated pneumonia in Sakon Nakhon hospital.* Retrieved from http://203.157.168.41/fish_roop/web/r2r/data/VIGAI0280.docx

Ruttichoti, J. (2007). *Nurses' practices for preventing ventilator-associated pneumonia among patients in intensive care units of a regional hospital* (Master's thesis, Nursing Science in Adult Nursing). Songkhla University. (in Thai)

Srireaungrut, W. (2013). *The development and evaluation of clinical nursing practice guideline for preventing ventilator-associated pneumonia in intensive care unit, Had yai Hospital* (Master's thesis, Nursing Science in Adult Nursing). Songkhla University. (in Thai)

The Infection Control Committee Surin Hospital. (2015). *Infection control annual report Surin Hospital 2015.* Surin: Infection Control Surin Hospital.

THIP. (2016). *โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล.* Retrieved from http://www.ha.or.th/ha 2016/thip/thip.htm

Unahalekhaka, A., Lueang-a-papong, S., & Chitreecheur, J. (2014). *Prevention of multidrug resistant organism infections in intensive care units.* Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Retrieved from kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4265?locale-attribute=th (in Thai)

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care. Switzerland: WHO Press.* Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstre am/10665/44102/1/9789241597906_eng.pd

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

การดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน

Implementation and Barriers in Prevention of Multidrug-Resistant Organisms Transmission Among Community Hospitals

จุไร	บาระมี *	Jurai	Baramee *
อะเคื้อ	อุณหเลขกะ **	Akeau	Unahalekhaka **
พิมพาภรณ์	กลั่นกลิ่น ***	Pimpaporn	Klunklin ***

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในโรงพยาบาลจากเชื้อดื้อยาหลายขนานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 301 คน รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน การดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ และทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถดำเนินการได้มากกว่าร้อยละ 80 คือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 94.1) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (ร้อยละ 90.4) การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ (ร้อยละ 87.4) และการมีระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 87.4) ตามลำดับ กิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการได้ต่ำกว่าร้อยละ 80 คือ การให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ (ร้อยละ 79.4) การเก็บสิ่งส่งตรวจ (ร้อยละ 78.6) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างถูกต้องเหมาะสม (ร้อยละ 66.8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน (ร้อยละ 65.4) การสนับสนุนของผู้บริหาร (ร้อยละ 64.9) และการสื่อสาร (ร้อยละ 60.0) อุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานที่พบมากถึงมากที่สุด คือ อุปสรรคด้านบุคลากร (ร้อยละ 37.7) ด้านงบประมาณ (ร้อยละ 35.6) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (ร้อยละ 34.0) และด้านบริหาร (ร้อยละ 32.7)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะกิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนยังคงมีการดำเนินการได้น้อย รวมทั้งสนับสนุนสิ่งที่จำเป็นต่าง ๆ เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหัวตะพาน อำนาจเจริญ*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Huataphan Hospital, Amnat Charoen, juraihpj@gmail.com*

** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University e-mail*

วันที่รับบทความ 23 เมษายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 21 กันยายน 2561

คำสำคัญ: *เชื้อดื้อยาหลายขนาน การดำเนินการ อุปสรรค การป้องกัน โรงพยาบาลชุมชน*

Abstract

Healthcare-associated infections caused by multidrug resistant organisms (MDROs) have been steadily increasing. Implementation of MDRO transmission prevention in hospitals is necessary. The purpose of this descriptive study was to determine the implementations and barriers of MDRO transmission prevention in community hospitals. The study sample included 301 infection control nurses in community hospitals. Data were collected from October to December 2017. The research instrument was a questionnaire consisting of four parts: participant background information, hospital information, MDRO transmission prevention implementations, and MDRO transmission prevention barriers. The content validity of the questionnaire was examined by six experts with the content validity index of 0.97 and 0.98 for the implementation and barrier sections. The reliability of the implementation and barriers part were 0.94 and 0.95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

Research findings revealed that the activities that had at least 80% implementation by community hospitals were environment control (94.1%), isolation precautions (90.4%), disinfection and sterilization (87.4%) and referral systems (87.4%). The activities that had less than 80% implementation rate included education for healthcare workers, patients and their relatives (79.4%), specimen collection (78.6%), appropriate antimicrobial use (66.8%), MDRO surveillance (65.4%), administrative support (64.9%), and communication (60.0%). The greatest barriers in implementing MDRO transmission precautions were personnel (37.7%), followed by budget (35.6%), materials (34.0%) and administrative (32.7%).

The research results indicated the necessity of encouraging community hospitals to improve MDRO transmission prevention, especially in activities which are implemented less frequently. More support is needed to help community hospitals prevent MDRO transmission more effectively.

Keywords: *Multidrug-resistant organisms, Implementation, Barriers, Prevention, Community hospitals*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อแบคทีเรียเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลทั่วโลก ในประเทศอังกฤษพบการติดเชื้อ vancomycin resistant Enterococci (VRE) ร้อยละ 15-25 ของเชื้อ Enterococcus faecium พบเชื้อ Escherichia coli ชนิดที่สร้างเอนไซม์ Extended Spectrum ที่ดื้อต่อยากลุ่ม third generation cephalosporins ในทวีปอเมริกาเหนือร้อยละ 10 สัดส่วนการพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในทวีปเอเชียสูงกว่าในทวีปยุโรปและในทวีปอเมริกามาก ในประเทศอินเดียพบเชื้อ E. coli ที่ดื้อต่อยา กลุ่ม third generation cephalosporins มากกว่าร้อยละ 80 ในประเทศจีนพบร้อยละ 60 และ

ในประเทศสิงคโปร์พบร้อยละ 19.6 ของเชื้อ E. coli ที่ตรวจพบทั้งหมด (Molton et al., 2013) ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติของประเทศไทย (National Antimicrobrial Resistant Surveillance Thailand [NARST], 2017) พบว่า เชื้อ Acinetobacter spp. มีอัตราการดื้อยา imipenem ร้อยละ 67.4 และพบเชื้อ Acinetobacter calcoaccetus-baumannii ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenem โดยพบอัตราการดื้อยาในแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 48.1 หอผู้ป่วยในร้อยละ 71 หอผู้ป่วยวิกฤติร้อยละ 81.7 (National Antimicrobrial Resistant Surveillance Thailand, 2017)

ปัญหาการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ ดังรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกที่ดื้อยาในประเทศไอซ์แลนด์และนอร์เวย์ ในปี ค.ศ. 2007 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ติดเชื้อ methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) และ VRE เสียชีวิตจำนวน 5,400 ราย และ 1,500 รายตามลำดับ และจากการติดเชื้อ E. coli และเชื้อ K. pneumoniae ที่ดื้อต่อยากลุ่ม third generation cephalosporins จำนวน 5,100 ราย และ 2,900 รายตามลำดับ และจากการติดเชื้อ Pseudomonas aeruginosa ที่ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenem จำนวน 10,200 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยามากกว่าปีละ 63,000 ราย (WHO, 2012) และการศึกษาในโรงพยาบาลในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการติดเชื้อ MRSA ในผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 21 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อดื้อยาที่เสียชีวิตเพียงร้อยละ 3 (Weinstein, 2011) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อ A. baumannii ที่ดื้อยาเสียชีวิตร้อยละ 52 เมื่อเปรียบเทียบกับการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ A. baumannii ที่ไม่ดื้อยาที่เสียชีวิตร้อยละ 19 (Bhatia, 2011) และจากการศึกษาผลกระทบต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2552 จากการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากเชื้อ 5 ชนิด คือ E. coli, K. pneumoniae, A. baumannii, P. aeruginosa และ S. aureus พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งสิ้น 54,014 ราย เสียชีวิตจากการที่ติดเชื้อดื้อยาหลายขนานจำนวน 38,481 ราย คิดเป็นร้อยละ 71 (Phumart et al., 2012)

ในปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล แต่ยังพบปัญหาในการดำเนินการของโรงพยาบาล ดังข้อมูลจากการสำรวจการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาล ใน 76 ประเทศ พบว่าในภาพรวมโรงพยาบาลมีการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมร้อยละ 84 มีการกำหนดนโยบายในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในประเทศที่มีรายได้สูง และรายได้ปานกลางคิดเป็นร้อยละ 61 และ 39 มีการแยกผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสในประเทศที่มีรายได้สูง และรายได้ปานกลาง ร้อยละ 56 และ 41 มีระบบการแยกผู้ป่วยโดยอัตโนมัติในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลายขนานกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ ในประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ปานกลางร้อยละ 88 และ 15 มีระบบการแจ้งเตือนเมื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในประเทศที่มีรายได้สูง และรายได้ปานกลางร้อยละ 78 และ 22 มีระบบการเฝ้าระวังแบบ active surveillance ในประเทศที่มีรายได้สูง และรายได้ปานกลางร้อยละ 85 และ 15 มีระบบการควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างถูกต้องเหมาะสมในประเทศที่มีรายได้สูง และรายได้ปานกลางร้อยละ 64 และ 36 (Safdar et al., 2016) ซึ่งจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลทั้งในประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ปานกลาง ยังมีการดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลไม่ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ทำให้ยังมีความเสี่ยงที่เชื้อดื้อยาหลายขนานจะแพร่กระจายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลในประเทศที่มีรายได้ปานกลางซึ่งมีการดำเนินการในหลายด้านต่ำมาก

ในประเทศไทย การศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ MRSA และเชื้อ A. baumannii ที่ดื้อยาในโรงพยาบาลขนาด 250 เตียงขึ้นไป จำนวน 256 แห่ง พบว่าโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสร้อยละ 100 มีการรณรงค์การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 96 มีการควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 72 มีการเฝ้าระวังแบบ active surveillance ร้อยละ 26 มีการเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมร้อยละ 26 มีระบบการติดตามอาการผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อ A. baumannii ร้อยละ 22 ใช้ chlorhexidine gluconate อาบน้ำให้ผู้ป่วยร้อยละ 2 ใช้ hydrogen peroxide พ่นในห้องผู้ป่วยร้อยละ 2 สำหรับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ MRSA มีการรณรงค์การทำความสะอาดมือร้อยละ 100 การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสร้อยละ 84 มีการควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมร้อยละ 66 และพบว่าการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น การเฝ้าระวังแบบ active surveillance การใช้ยา mupirocin decolonization และการใช้ chlorhexidine gluconate อาบน้ำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติได้ไม่ถึงร้อยละ 10 (Apisarnthanarak, Khawcharoenporn, & Mundy, 2013) และในการศึกษาการดำเนินการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทย 28 แห่ง ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 พบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานร้อยละ 82.2 มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมร้อยละ 95.4 มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อร้อยละ 88.6 มีการให้ความรู้แก่บุคลากรและญาติร้อยละ 88 มีการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมร้อยละ 84.9 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยร้อยละ 74.1 มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาร้อยละ 72.7 และมีการสื่อสารข้อมูลเชื้อดื้อยาร้อยละ 64.2 (Jamsangtong, 2015) ข้อมูลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยจำนวนมาก ยังมีการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานได้ไม่ครอบคลุมกิจกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่สำคัญเพราะตั้งอยู่ทุกอำเภอมีจำนวนมากถึง 711 แห่งทั่วประเทศไทย ต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน และรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อดูแลต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยบางส่วนอาจมีการติดเชื้อดื้อยาหรือมีเชื้อดื้อยาก่อนิคม โรงพยาบาลชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลเช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่จากการทบทวนงานวิจัยยังไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการและอุปสรรคในดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้ทราบสถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งอุปสรรคในการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลในการส่งเสริมการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน

คำถามการวิจัย

1. การดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร
2. อุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การติดเชื้อดื้อยาหลายขนานเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล และปัญหามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้ การศึกษาการดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชนในครั้งนี้ใช้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ประกอบด้วยกิจกรรมที่โรงพยาบาลควรดำเนินการ 10 กิจกรรม คือ 1) การสนับสนุนของผู้บริหาร 2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อ 3) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างถูกต้องเหมาะสม 4) การให้ความรู้แก่บุคคลากร ผู้ป่วยและญาติ 5) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 6) การควบคุมสิ่งแวดล้อม 7) การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ 8) การเก็บสิ่งส่งตรวจ 9) การรับและส่งต่อผู้ป่วย และ 10) การสื่อสาร สำหรับการศึกษาอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานมี 4 ด้าน คือ ด้านบุคลากร (man) ด้านงบประมาณ (money) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (material) และด้านการบริหาร (management) โดยใช้แบบสอบถามการดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศ จำนวน 711 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 30-120 เตียง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 (Yamane, 1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 251 คน เนื่องจากเป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนทั้งหมด 301 คน คำนวณจำนวนโรงพยาบาลชุมชนแต่ละขนาดตามสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละภาค สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลแต่ละขนาดในแต่ละภาคด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามการดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของมุจรินทร์ แจ่มแสงทอง (Jamsangtong, 2015) ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน การดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการดำเนินการ 10 กิจกรรม และอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่านได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของการดำเนินการและอุปสรรคเท่ากับ 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของการดำเนินการและอุปสรรคเท่ากับ 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความ

เห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ผู้วิจัยส่งหนังสือถึงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่งหนังสือเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย ภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อผู้ให้ข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามพร้อมเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และได้ส่งซองเปล่าติดแสตมป์จ่าหน้าซองถึงผู้วิจัย เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งแบบสอบถามคืนให้ผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างแยกส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยคนละซอง ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้รับคืน ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 มีอายุตั้งแต่ 30-58 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี มีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 18.1 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 52.8 และอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 29.1 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.3 ปริญญาโทร้อยละ 18.7 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อมานานตั้งแต่ 1-28 ปี เฉลี่ย 8 ปี ปฏิบัติงานมานาน 1-5 ปี ร้อยละ 30.2 ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 36.3 และปฏิบัติงานนานกว่า 10 ปี ร้อยละ 33.5 ได้รับการอบรมหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพยาบาลและควบคุมการติดเชื้อเบื้องต้นในสถานบริการสาธารณสุข (2 สัปดาห์) หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อเฉพาะทาง และหลักสูตรปริญญาโทร้อยละ 24.7, 66.5 และ 7.7 ตามลำดับ ทุกคนเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน แหล่งความรู้ส่วนใหญ่ได้จากการประชุมวิชาการในเครือข่ายระดับจังหวัด การอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง และการประชุมวิชาการพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อประจำปี (ICN Forum) ร้อยละ 50.0, 50.0 และ 42.9 ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน มีจำนวนหอผู้ป่วย 1-3 หอผู้ป่วย ร้อยละ 87.4 จำนวนหอผู้ป่วย 4-6 และ7-9 หอผู้ป่วย ร้อยละ 9.9 และ 2.7 ตามลำดับ ไม่มีหออภิบาลผู้ป่วย ร้อยละ 92.3 มีห้องแยกโรค ร้อยละ 98.9 พยาบาลควบคุมติดเชื้อปฏิบัติงานเต็มเวลา ร้อยละ 53.3 โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเป็นแพทย์ ร้อยละ 85.2 มีคณะกรรมการการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.3 ให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ร้อยละ 97.8 ผู้ป่วยที่ดูแลรับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น เกิดการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาล และติดเชื้อดื้อยาหลายขนานจากชุมชน ร้อยละ 94.5, 30.8 และ 44.0 ตามลำดับ

การดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน ในภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนมีการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานได้ร้อยละ 64.4 ของกิจกรรมทั้งหมด กิจกรรมที่มีการดำเนินการมากที่สุด คือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา คิดเป็นร้อยละ 94.1 และ 90.4 ตามลำดับ กิจกรรมที่โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 มีการดำเนินการคือ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ และมีระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 87.4 เท่ากัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการในป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน จำแนกตามกิจกรรมหลัก

กิจกรรมหลัก	จำนวนกิจกรรมทั้งหมดที่ต้องดำเนินการ	จำนวนกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ	ร้อยละ
การสนับสนุนของผู้บริหาร	2,912	1,889	64.9
การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน	1,638	1,071	65.4
การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างถูกต้องเหมาะสม	3,094	2,066	66.8
การให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ	1,274	1,012	79.4
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	1,456	1,316	90.4
การควบคุมสิ่งแวดล้อม	910	856	94.1
การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ	182	156	87.4
การเก็บสิ่งส่งตรวจ	182	143	78.6
ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย	182	156	87.4
การสื่อสาร	1,092	655	60.0
รวม	12,922	8,320	64.4

อุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน พบว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคมาก และมากที่สุดในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชนคือ อุปสรรคด้านบุคลากรคิดเป็นร้อยละ 37.7 รองลงมาคือ อุปสรรคด้านงบประมาณ ร้อยละ 35.6 ด้านวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 34.0 และด้านบริหาร ร้อยละ 32.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคิดเห็นที่มีต่ออุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน ในภาพรวม

อุปสรรค	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
ด้านบริหาร	58	61	77	71	97
	(15.9)	(16.8)	(21.2)	(19.5)	(26.6)
ด้านบุคลากร	53	84	86	74	67
	(14.6)	(23.1)	(23.6)	(20.3)	(18.4)
ด้านงบประมาณ	78	116	151	131	69
	(14.3)	(21.3)	(27.7)	(24.0)	(12.7)
ด้านวัสดุอุปกรณ์	345	582	594	831	375
	(12.7)	(21.3)	(21.8)	(30.5)	(13.7)

การอภิปรายผล

การดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชนในภาพรวม 10 กิจกรรมหลักพบว่า โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการได้ร้อยละ 64.4 ของกิจกรรมทั้งหมด ซึ่งถือว่ายังมีการดำเนินการน้อย แต่พบว่ามีกิจกรรมหลักที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถดำเนินการได้มากกว่าร้อยละ 80 คือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 94.1) รองลงมาคือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (ร้อยละ 90.4) การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ และระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติ (ร้อยละ 87.4) เท่ากัน โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดมีการดำเนินการในการควบคุมสิ่งแวดล้อมได้มากกว่าร้อยละ 90 เนื่องจากเป็นกิจกรรมหลักที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ทั้งเรื่องการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในเรื่องการทำความสะอาด ควบคุมกำกับดูแลการทำความสะอาดและการกำหนดแนวทางการจัดการมูลฝอยโดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งขนาด 120 เตียง ดำเนินการในกิจกรรมนี้ได้ครอบคลุมทุกกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยซึ่งพบว่ากิจกรรมที่โรงพยาบาลศูนย์มีการดำเนินการสูงคือ การควบคุมสิ่งแวดล้อมดำเนินการได้ร้อยละ 95.4 (Jamsangtong, 2015) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 90.4 สามารถดำเนินการในกิจกรรมนี้ได้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาล และมีศักยภาพในการดำเนินการในหมวดกิจกรรมนี้ จะเห็นได้จากมีหลายกิจกรรมในหมวดนี้ที่โรงพยาบาลขนาด 90 และ 120 เตียงดำเนินการได้ร้อยละ 100 เช่นการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลัก standard precautions และ contact precautions การส่งเสริมให้บุคลากรสวมชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การส่งเสริมให้มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมืออย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติการควบคุมการระบาดของเชื้อ XDR A. baumannii และ MRSA ในโรงพยาบาลที่มีขนาดมากกว่า 250 เตียง ซึ่งมีการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ได้แก่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสร้อยละ 84-100 มีการรณรงค์การทำความสะอาดมือร้อยละ 96-100 (Apisarnthanarak et al., 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยพบว่า โรงพยาบาลศูนย์มีการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อร้อยละ 88.6 (Jamsangtong, 2015)

ระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติร้อยละ 87.4 เช่นกันอาจเนื่องมาจากปัจจุบันมีการพัฒนาเครือข่ายและรูปแบบของการส่งข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเชื้อดื้อยาหลายขนาน ทำให้มีระบบโรงพยาบาลพี่เลี้ยงโดยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ช่วยเหลือในเรื่ององค์ความรู้และการพัฒนาระบบ ซึ่งจะเห็นว่าโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงมีการปฏิบัติได้สูงสุดในหมวดกิจกรรมนี้โดยปฏิบัติได้ร้อยละ 95.0 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 63.6 อาจเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงมีความสมดุลของขนาดองค์กร จำนวนบุคลากร จำนวนผู้รับบริการมากกว่าโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินการของโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยซึ่งพบว่ากิจกรรมหลักที่โรงพยาบาลศูนย์มีการดำเนินการสูง คือการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อดำเนินการ ร้อยละ 100 การรับและส่งต่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่แตกต่างพบว่ามีการปฏิบัติน้อยคิดเป็นร้อยละ 74.1 (Jamsangtong, 2015)

กิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนมีการดำเนินการน้อยมี 6 กิจกรรมคือ การให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติดำเนินการได้ร้อยละ 79.4 เนื่องจากโรงพยาบาล

ชุมชนที่ศึกษาไม่มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานโดยตรงถึงร้อยละ 33.5 และมีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับภาระงานร้อยละ 45.1 ทำให้บุคลากรไม่สามารถให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเก็บสิ่งส่งตรวจมีการดำเนินการต่ำ อาจเนื่องจากความพร้อมของห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลชุมชนในเรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือและบุคลากรน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาเชื้อดื้อยาหลายขนานโรงพยาบาลดำเนินการได้เพียงร้อยละ 57.7 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยซึ่งมีการดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจร้อยละ 100 (Jamsangtong, 2015) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างถูกต้องเหมาะสมมีการดำเนินการน้อย อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชนมีการแต่งตั้งคณะกรรมการการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 53.3 และมีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยเฉพาะเพียงร้อยละ 29.7 ทำให้ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงในการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลส่งผลต่อปัญหาการเกิดการดื้อยาต้านจุลชีพ การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานมีการปฏิบัติร้อยละ 65.4 อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดที่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น การเพาะเชื้อที่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กไม่สามารถเพาะเชื้อได้ ส่งผลให้ไม่มีข้อมูลแสดงแนวโน้มการติดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล การสนับสนุนของผู้บริหารมีการปฏิบัติร้อยละ 64.9 โดยเฉพาะสนับสนุนอุปกรณ์ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาเชื้อดื้อยาหลายขนานอย่างเพียงพอ เนื่องมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ อุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน ที่สำคัญที่สุดคืออุปสรรคด้านบุคลากรร้อยละ 37.7 รองลงมาคือ อุปสรรคด้านงบประมาณร้อยละ 35.6 ด้านวัสดุอุปกรณ์ร้อยละ 34.0 และด้านบริหารร้อยละ 32.7 ตามลำดับ สำหรับด้านบุคลากร การศึกษาครั้งนี้พบว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคมาก และมากที่สุดคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับภาระงานร้อยละ 45.1 อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดอัตรากำลังบุคลากรเหมาะสมกับปริมาณงานร้อยละ 69.2 ซึ่งการที่บุคลากรมีภาระงานมากทำให้เกิดความเร่งรีบในการทำงาน การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัสอาจเกิดข้อผิดพลาด และไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่วางไว้อย่างครอบคลุมทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อจากบุคลากรไปสู่ผู้ป่วยอื่นได้ และในการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลบุคลากรการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (New Hampshire Communicable Disease Epidemic Control Committee, 2015) การขาดแคลนบุคลากรทำให้การเฝ้าระวังและการติดตามอาการผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยพบว่าอุปสรรคด้านบุคลากรที่พบมากถึงมากที่สุดคือ บุคลากรในหอผู้ป่วยไม่เพียงพอร้อยละ 85.2 (Jamsangtong, 2015)

ด้านงบประมาณ พบว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคมากและมากที่สุดคือการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการ/อบรม/ประชุมไม่เพียงพอร้อยละ 39.6 อาจเนื่องมาจากการขาดข้อมูลย้อนกลับสู่ผู้บริหารระดับสูง ดังจะเห็นได้จากการศึกษานี้ที่พบว่าการดำเนินการในกิจกรรมโรงพยาบาลชุมชนมีการมอบหมายให้หน่วยงานประเมินความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน ซึ่งมีการดำเนินการในกิจกรรมนี้เพียงร้อยละ 63.7 การที่บุคลากรขาดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน ทำให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่วางไว้ จึงทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจากบุคลากรไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นได้ สอดคล้อง

กับการศึกษาการดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยพบว่ามีอุปสรรคด้านงบประมาณมากถึงมากที่สุด คืองบประมาณจัดทำโครงการ/การอบรม/ประชุมไม่เพียงพอร้อยละ 14.8 (Jamsangtong, 2015)

ด้านอุปกรณ์ สถานที่แยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจัดอยู่ในหมวดอุปกรณ์ และการศึกษานี้พบว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคมาก และมากที่สุดคือสถานที่แยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลายขนานไม่เพียงพอพบร้อยละ 68.1 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งในการศึกษานี้โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 89.8 มีห้องแยกโรคแต่อาจไม่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการ เพราะโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 73.1 มีห้องแยกโรคเพียง 1-2 ห้อง การขาดสถานที่แยกผู้ป่วยทำให้การดำเนินการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานเป็นไปได้ยาก เนื่องจากไม่สามารถจำกัดบุคลากรและญาติผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยานอนรวมกับผู้ป่วยรายอื่นอาจทำให้ผู้ป่วยรายอื่นและญาติผู้ป่วยรายอื่นติดเชื้อดื้อยาจากตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยได้ รองลงมาคือหมวดอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน สิ่งที่เป็นอุปสรรคมากและมากที่สุดคือ เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟังไม่เพียงพอพบร้อยละ 48.9 และ 45.6 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณของโรงพยาบาลชุมชนในการจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอในการใช้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาหลายขนานแต่ละรายที่มารับบริการ ซึ่งการขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์นี้ทำให้ผู้ป่วยรายอื่นที่ไม่ติดเชื้อดื้อยามีโอกาสใช้อุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาได้ ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นได้ง่าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน จะต้องมีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสัมผัสอย่างเคร่งครัด โดยจะต้องมีการแยกผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกหรือมีการจัดแยกพื้นที่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาแยกจากผู้ป่วยรายอื่น แยกของใช้และอุปกรณ์การแพทย์ที่มีการใช้ซ้ำ และไม่มีการใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นจนกว่าอุปกรณ์จะได้รับการทำความสะอาดและทำลายเชื้อแล้ว เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยจำนวน 27 แห่งพบว่าอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานคือสถานที่แยกผู้ป่วยไม่เพียงพอร้อยละ 100 (Jamsangtong, 2015) และการศึกษาการควบคุมการระบาดของเชื้อ XDR A. baumannii และเชื้อ MRSA ในโรงพยาบาลขนาด 250 เตียงในประเทศไทยพบว่ามีการแยกผู้ป่วยร้อยละ 22 (Apisarnthanarak et al., 2013) ส่วนการศึกษาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลประเทศที่มีรายได้สูง และรายได้ปานกลางพบว่ามีการแยกผู้ป่วยในห้องแยกร้อยละ 59 และ 41 ตามลำดับ (Safdar et al., 2016)

ด้านการบริหารผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นอุปสรรคของการดำเนินการมากและมากที่สุด คือโรงพยาบาลไม่มีผู้รับผิดชอบการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานโดยตรงร้อยละ 33.5 อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านบุคลากรโดยโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีจำนวนบุคลากรที่จำกัดทำให้ไม่สามารถมอบหมายงาน หรือแต่งตั้งคณะกรรมการที่มีการทำงานเฉพาะด้านในแต่ละด้านได้ การขาดผู้รับผิดชอบโดยตรงทำให้ไม่มีผู้ติดตามแนวโน้ม และข้อมูลเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล รวมทั้งไม่มีผู้ขับเคลื่อนนโยบายและวางแผนทั้งเรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล การดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล จึงทำให้การดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งการศึกษานี้พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาโดยเฉพาะเพียงร้อยละ 29.7 และมีการมอบหมายงานการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละด้านโดยตรงร้อยละ 56.0 สอดคล้องกับการศึกษา

การดำเนินการและอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยพบว่าโรงพยาบาลไม่มีผู้รับผิดชอบการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานโดยตรงร้อยละ 29.6 (Jamsangtong, 2015)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และอุปกรณ์การแพทย์ที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งควรมีการจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และมีการมอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลโดยตรง จัดงบประมาณด้านการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรให้เพียงพอ และมีพื้นที่หรือห้องแยกโรคเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลายขนานได้อย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทำนายการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานของโรงพยาบาลชุมชน

2. ศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินการของโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนพยาบาลควบคุมการติดเชื้องบประมาณ หรือการสนับสนุนของผู้บริหารที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

Apisarnthanarak, A., Khawcharoenporn, T., & Mundy, L. M. (2013). Practices to prevent multidrug-resistant Acinetobacter baumannii and methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Thailand: A national survey. *American journal of infection control, 41*(5), 416-421. doi: 10.1016/j.ajic.2012. 05.011 (in Thai)

Bhatia, R. (2011). The burgeoning challenge of antimicrobial resistance. *Regional Health Forum. 15*(1), 5-8.

Jamsangtong, M. (2015). *Implementation of multidrug resistant bacteria transmission prevention among regional hospitals.* (Master's thesis) Faculty of Nursing, Chiang Mai University (in Thai)

Molton, J. S., Tambyah, P. A., Ang, B. S., Ling, M. L., & Fisher, D. A. (2013). The global spread of healthcare-associated multidrug-resistant bacteria: A perspective from Asia. *Clinical infectious diseases, 56*(9), 1310-1318.

National Antimicrobrial Resistant Surveillance Thailand. (2017). *Antimicrobail resistance situation 2001-2017.* Retrieve from http://narst.dmsc.moph.go.th/news 001.thml

New Hampshire Communicable Disease Epidemic Control Committee. (2015). *Recommendations for the prevention and control of Multidrug-Resistant Organisms (MDROs) and Clostridium difficile Infection (DCI) for Healthcare Agencies and Community Setting.* Retrieve from https://www.dhhs.nh.gov>hai>mdro

Phumart, P., Phodha, T., Thamlikitkul, V., Riewpaiboon, A., Prakongsai, P., & Limwattananon, S. (2012). Health and economic impacts of antimicrobial resistant infection in Thailand. *Journal of Health System Research. 6*(3), 352-360. (in Thai)

Safdar, N., Sengupta, S., Musuuza, J. S., Juthani-Mehta, M., Drees, M., Abbo, L. M., ... & Morgan, D. J. (2016). Status of the prevention of multidrug-resistant organisms in international settings: A Survey of the Society for Healthcare Epidemiology of America Research Network. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 38*(1), 53-60. doi: 10.1017/ice.2016.242

Weinstein, R. A. (2011). Staphylococcus aureus bacteremia and endocarditis: Marking and impact on outcome. *Infection Diseases in Clinical Practice, 19*(4), 238-242.

World Health Organization. (2012). *The evolving threat of antimicrobial resistance: Options for action.* Retrieve from http://www.who.int/patientsafty/implementation/amr/publication/en/

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง
Development of Video Media for Preventing Infections in Cancer Patients

นฤมล	ผลดี *	Narumon	Pholdee *
นงค์คราญ	วิเศษกุล **	Nongkran	Viseskul **
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล ***	Nongyao	Kasatpibal ***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อได้สูงจากหลายปัจจัย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิต ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 41 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาจำนวน 5 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อจำนวน 3 ท่าน โดยแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อสื่อวีดิทัศน์มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 เท่ากัน และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .97 ตามลำดับ ประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์โดยการนำไปทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง แบบกลุ่มย่อย และแบบภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งมี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ผลกระทบจากการติดเชื้อต่อผู้ป่วยมะเร็ง เชื้อก่อโรค และวิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ตอนที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทางการสัมผัส การป้องกันการติดเชื้อทางละอองฝอย การป้องกันการติดเชื้อทางอากาศ การป้องกันการติดเชื้อจากอาหารและน้ำดื่ม การป้องกันการติดเชื้อจากสัตว์สู่คน การสังเกตอาการผิดปกติ และการทำความสะอาดมือ ผลการประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง มีประสิทธิภาพเท่ากับ 1.44 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ที่กำหนดค่าไว้ให้มากกว่า 1.00 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งในระดับมากถึงมากที่สุดทั้งในด้านเนื้อหา (4.63-4.83) ด้านการออกแบบและนำเสนอ (4.47-4.73) และด้านประโยชน์ที่ได้รับ (4.87-4.93)

* *ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขลางค์นคร-ราม*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Khelangnakorn-ram Hospital, pholdee.nm@gmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 1 กุมภาพันธ์ 2561 วันที่แก้ไขบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2561 วันตอบรับบทความ 19 มีนาคม 2561

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพในการนำไปให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง และควรนำไปเผยแพร่ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติในป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: *การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยมะเร็ง*

Abstract

Cancer patients are more likely to develop infections from many factors. Infectious complications are the leading cause of death in cancer patients. Therefore, providing education on preventing infections for cancer patients is crucial. This developmental research study aimed to develop video media for preventing infections in cancer patients. The sample included 41 cancer patients undergoing treatment at Lampang Cancer Hospital, Lampang Province. The study was conducted from July to December 2017. The research instruments included a development and design plan for the video media, a video media user opinion questionnaire, a demographic data questionnaire, a knowledge test of preventing infections in cancer patients, and a video media satisfaction questionnaire. These instruments were validated by five content experts and three media experts. The content validity index of the knowledge test and the video media satisfaction questionnaire were 1.00 and the reliability were .82 and .97 respectively. The efficiency of the video media was tested using one to one, small groups, and field tests. Data were analyzed using descriptive statistics.

The video media developed for this study included two sections. The topic of section one was infections in cancer patients and information was provided on factors related to infections in cancer patients, the impact of infections on cancer patients, infectious agents, and mode of transmissions of infections. The topic of section two was practices for preventing infections and included information on contact precautions, droplet precautions, airborne precautions, food and waterborne precautions, animal to human transmission precautions, observation of abnormal symptoms, and hand hygiene. The efficiency of the video media was 1.44, achieving the Meguigans standard criteria of 1.00. User satisfaction of the video media was high to very high for content (4.63-4.83), design and presentation (4.47-4.73), and usability (4.87-4.93).

The results of the study show that the video media increased knowledge in preventing infections for cancer patients and should be disseminated to cancer patients who are undergoing treatment in the hospital to increase their knowledge and thus improve their practices of infection prevention.

Keywords: *Development of video media, Preventing infections, Cancer patients*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์มะเร็งโลกประจำปี ค.ศ. 2014 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 14 ล้านราย ผู้เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็ง 8.2 ล้านราย และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 22 ล้านรายหรือคิดเป็นร้อยละ 70 ในช่วงอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า (Stewart & Christopher, 2014) สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี โดยการรักษาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับคือการผ่าตัด การฉายรังสี การได้รับเคมีบำบัด และการได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) (American Cancer Society, 2015) โดยการรักษาเหล่านี้ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง คือ การติดเชื้อ (Cancernetwork, 2016; Zembower, 2014)

ผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มต่อการติดเชื้อสูงจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากโรคมะเร็ง เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดเป็นก้อน โดยก้อนมะเร็งอาจอุดกั้นตามระบบต่าง ๆ และการขัดขวางระบบห่อหุ้มร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของเชื้อจุลชีพประจำถิ่น ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (National Comprehensive Cancer Network, 2015) อีกทั้งปัจจัยจากการรักษาก็ส่งผลให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยยาเคมีบำบัดจะส่งผลทำให้เกิดการสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง เกิดเป็นภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) นอกจากนี้การได้รับยาเคมีบำบัดและการฉายรังสียังส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเยื่อบุผนังต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) จะส่งผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาวทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (National Comprehensive Cancer Network, 2015) และการผ่าตัดโดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ทางเดินอาหาร หรืออุ้งเชิงกรานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็ง (Zembower, 2014)

ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและมีการติดเชื้อร่วมกับโรคประจำตัวหลายโรคจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 (Kuderer, Dale, Crawford, Cosler, & Lyman, 2006) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือด (hematological malignancies) ประมาณร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ (Zembower, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อยังส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องการเข้าพักเพื่อรับการรักษา และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลที่สูงขึ้น และส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมะเร็ง ญาติ และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพ แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ (Skalla, Bakitas, Furstenberg, Ahles, & Henderson, 2004) โดยผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดความหวาดกลัวขึ้นล่วงหน้าเกี่ยวกับความรุนแรงของผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อด้วย ผลการสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 473 ราย ของลีโอนาร์ด (Leonard, 2012) พบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งไม่ทราบ และไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระหว่างการรักษา ซึ่งการลดความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการลดอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ (Herbst et al., 2009)

ในปัจจุบันโรงพยาบาลในประเทศไทยบางแห่งมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีหรือเคมีบำบัดเฉพาะในด้านสุขศึกษาทั่วไป แต่ยังไม่มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งในเรื่องการป้องกัน

การติดเชื้อที่มีเนื้อหาครบถ้วนและชัดเจน ดังนั้นการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้องนั้นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องนั้นด้วย (Craven & Hirnle, 2006; Potter & Perry, 2007) และในปัจจุบันการเรียนรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ใช้ได้สะดวกมีเนื้อหาคงที่ มีภาพประกอบ ช่วยให้เข้าใจได้ง่าย อีกทั้งสื่อวีดิทัศน์ยังเป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับใช้เพื่อการเรียนการสอน เพราะวีดิทัศน์เป็นสื่อที่สามารถทำให้ผู้เรียนได้เห็นภาพอาจเป็นภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ประกอบกับเสียงบรรยายที่ทำให้ผู้เรียนได้ยินเสียงที่สอดคล้องกับภาพนั้น ๆ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ นอกจากนั้นการใช้สื่อวีดิทัศน์ยังสามารถเลือกดูภาพช้า หรือหยุดดูเฉพาะภาพได้สะดวกต่อการใช้งาน ง่ายต่อการเข้าถึง และง่ายต่อการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งเหมาะสมกับการใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Bastable, 2014)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลมะเร็งหรือโรงพยาบาลทั่วไปมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว และการดูแลสุขภาพทั่วไป แต่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ยังมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการติดเชื้อในระหว่างการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบสื่อการสอนที่ครอบคลุมเรื่องนี้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ อันอาจเป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง และสามารถนำไปใช้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ

คำถามการวิจัย

1. สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งมีเนื้อหาและองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อใช้ในการส่งเสริมความรู้ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง สื่อวีดิทัศน์ประกอบด้วยตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่เข้าใจง่าย โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ อเลสซี่ และ โทรลิป (Alessi & Trollip, 1991) ในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นตอนการเตรียมการ 2) ขั้นตอนการออกแบบ 3) ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง 4) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนันสนุน และ 5) ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ โดยเนื้อหาที่นำเสนอด้วยสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ผลกระทบจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง วิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งประกอบไปด้วย

การป้องกันการติดเชื้อทางการสัมผัส การป้องกันการติดเชื้อทางละอองฝอย การป้องกันการติดเชื้อทางอากาศ การป้องกันการติดเชื้อจากอาหารและน้ำดื่ม การป้องกันการติดเชื้อจากสัตว์สู่คน การสังเกตอาการผิดปกติ และการทำความสะอาดมือ โดยการประเมินค่าประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ โดยกำหนดค่ามากกว่า 1.00 แสดงว่าบทเรียนมีประสิทธิภาพ และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ โดยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จังหวัดลำปาง ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาในประเทศไทย จากสถิติทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด 3,439 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 41 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง 1 คน กลุ่มตัวอย่างทดสอบแบบกลุ่มย่อย 10 คน และกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบภาคสนาม จำนวน 30 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี
2. เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น
5. มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ
6. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ คือ การพัฒนาและออกแบบสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ อเลสซี่และโทรลิป ในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน สร้างบทดำเนินเรื่องดังนี้ 1) ขั้นตอนการเตรียมการ 2) ขั้นตอนการออกแบบ 3) ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง 4) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนันสนุน และ 5) ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุง สื่อวีดิทัศน์ แผนการออกแบบและพัฒนาสื่อประสมนี้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเหมาะสมของสื่อประสมจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ 3 ท่าน

2. แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อนำมาปรับปรุงระหว่างการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ประกอบด้วยคำถามในเรื่องเนื้อหา การลำดับเรื่อง ความยากง่ายของเนื้อหา และความสะดวกของการใช้งาน ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ควรปรับปรุง และข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นคำถามชนิดปลายเปิด แบบสอบถามนี้ผ่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ 3 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนการรักษา และประวัติการได้รับความรู้หรือเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ

2. แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ผลกระทบจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง วิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด แบบวัดความรู้นี้ผ่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เท่ากับ 1.00 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richarson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 16 ข้อ โดยสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหา 2) ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ เป็นแบบสอบถามชนิดประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แบบสอบถามความพึงพอใจนี้ผ่านตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกแบบและจัดทำสื่อ จำนวน 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความพึงพอใจเท่ากับ 1.00 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสื่อวีดิทัศน์ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีขั้นตอนการสร้างสื่อวีดีทัศน์ตามแนวคิดของ อเลสซี และโทรลิป (Alessi & Trollip, 1991) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการ (preparation) ประกอบด้วย กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ (determine need and goals) โดยพัฒนาสื่อดิทัศน์ที่มีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เพื่อให้ความรู้สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง รวบรวมข้อมูล (collect resources) การเตรียมความพร้อมของเนื้อหาโดยผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งโดยการทบทวนวรรณกรรม และเรียนรู้เนื้อหา (learn the content) โดยการที่ผู้ออกแบบบทเรียน เรียนรู้เนื้อหาให้มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้และครอบคลุม ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการออกแบบ (design instruction) ประกอบไปด้วย การตัดทอนความคิด (elimination of idea) โดยการคัดเลือกประเด็นหรือเนื้อหาที่น่าสนใจให้มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และเวลาที่ใช้ในแต่ละหัวข้อ วิเคราะห์งานและแนวคิด (task and concept analysis) โดยวิเคราะห์ในการนำเสนอรายละเอียดของบทเรียนในแต่ละบทให้เนื้อหามีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อลดความสับสนของผู้เรียน และการออกแบบขั้นแรก (preliminary lesson description) โดยการประยุกต์แนวคิดการออกแบบบทเรียนภายใต้กิจกรรมต่าง ๆ โดยมีการเรียงลำดับของหัวข้อที่นำเสนอในแต่ละบทเรียน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนสร้างบทดำเนินเรื่อง (storyboard display) เป็นการออกแบบชุดสื่อวีดิทัศน์โดยออกแบบเค้าโครงบทเรียนและรูปแบบการนำเสนอบนแผ่นกระดาษ จากนั้นพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ตามแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อ โดยขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่องและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสื่อและการออกแบบเพื่อให้สื่อที่มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน (produce supporting material) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสร้างคู่มือการใช้วีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เพื่ออธิบายให้ผู้ใช้สื่อวีดิทัศน์เข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบเนื้อหา รวมทั้งเวลาในการนำเสนอ

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ (evaluate and revise) เป็นการนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าว โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้ ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย ภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปางแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง เพื่อแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการศึกษาประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นผู้วิจัยได้รอพบผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้บริเวณจุดคัดกรอง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบเพื่อหาประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้สถานที่ที่โรงพยาบาลจัดสรรให้ ได้แก่ การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ทดสอบกับกลุ่มย่อย และทดสอบภาคสนาม ตามลำดับ

1) การทดสอบหนึ่งต่อหนึ่ง ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการใช้สื่อวีดิทัศน์แก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการทดสอบขั้นนี้เป็นการศึกษาถึงข้อบกพร่องของสื่อวีดิทัศน์ ลำดับการนำเสนอและความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ เพื่อบันทึกสิ่งที่ต้องแก้ไขและข้อเสนอแนะหลังการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ หลังจากนั้นได้นำสื่อประสมไปทดสอบแบบกลุ่มย่อยต่อไป

2) การทดสอบกลุ่มย่อย ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการใช้สื่อวีดิทัศน์ เช่นเดียวกันกับการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการทดสอบความสามารถของสื่อวีดิทัศน์ เช่น การสังเกตพฤติกรรมการเรียน ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียน และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นต้น และผู้วิจัยได้นำข้อมูลข้อเสนอแนะดังกล่าวไปปรับปรุงแก้ไขสื่อวีดิทัศน์

3) กลุ่มตัวอย่างทดสอบภาคสนาม ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 คน โดย

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ จากนั้นได้ดำเนินการเก็บข้อมูลรอบละ 2-5 คน ณ ห้องสอนสุขศึกษาที่โรงพยาบาลจัดเตรียมให้ โดยมีการทำแบบทดสอบก่อนเรียน และให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเรียนและตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ (Meguigans) ซึ่งวิธีการหาประสิทธิภาพสื่อเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการประเมินผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์จากผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนที่คำนวณได้จากสัดส่วนของคะแนนแบบทดสอบหลังเรียนกับแบบทดสอบก่อนเรียน หากค่าที่ได้มากกว่า 1.00 แสดงว่าบทเรียนมีประสิทธิภาพ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อ วิเคราะห์เป็นรายด้านทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหา 2) ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และ 3) ด้านประโยชน์ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.3 มีอายุระหว่าง 50-59 ปีร้อยละ 43.9 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 40-49 ปีร้อยละ 31.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.56 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.7 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพร้อยละ 14.6 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแผนการรักษาโดยการฉายรังสีร้อยละ 95.1 รองลงมารักษาโดยการผ่าตัดร้อยละ 63.4 การได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 34.1 และการรับประทานยาฮอร์โมนร้อยละ 4.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.2 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเพียงร้อยละ 9.8 โดยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนและฟังวิทยุร้อยละ 100 เท่ากัน รองลงมาคือได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ดูโทรทัศน์ อ่านแผ่นพับและอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน

ส่วนที่ 2 การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง มีลักษณะเป็นภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ภาพวาดการ์ตูนแอนิเมชั่น ตัวหนังสือประกอบคำบรรยาย พร้อมเสียงบรรยายและมีเสียงดนตรีประกอบ เวลารวมทั้งหมด 17 นาที 21 วินาที ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ผลกระทบจากการติดเชื้อต่อผู้ป่วยมะเร็ง เชื้อก่อโรค และวิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ตอนที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อทางการสัมผัส การป้องกันการติดเชื้อทางละอองฝอย การป้องกันการติดเชื้อทางอากาศ การป้องกันการติดเชื้อจากอาหารและน้ำดื่ม การป้องกันการติดเชื้อจากสัตว์สู่คน การสังเกตอาการผิดปกติ และการทำความสะอาดมือ

ส่วนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างภาคสนาม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง (n=30)

ระยะของการได้รับความรู้	คะแนนเต็ม	ระดับคะแนน		Mean	S.D.	t	p-value
		ต่ำสุด	สูงสุด				
ก่อนได้รับความรู้ (P1: Pretest)	25	6.00	22.00	14.97	3.61		
						-9.715	.000
หลังได้รับความรู้ (P2: Posttest)	25	16.00	25.00	21.50	2.22		

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน คะแนนสูงสุด 22 คะแนน คะแนนความรู้เฉลี่ย 14.97 คะแนน และภายหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำสุด 16 คะแนน คะแนนสูงสุด 25 คะแนน คะแนนความรู้เฉลี่ย 21.50 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเท่ากับ 1.44 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ (Meguigans) ที่กำหนดไว้คือต้องมากกว่า 1 จึงถือได้ว่าสื่อ วีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพยอมรับได้ อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ภายหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์มากกว่าก่อนเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

โดยการคำนวณประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวดังนี้

$$\text{Efficiency} = \frac{\text{P2(Posttest)}}{\text{P1(Pretest)}} = \frac{21.50}{14.97} = 1.44$$

P1 แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบก่อนเรียน

P2 แทนค่าเฉลี่ยของคะแนนการทดสอบหลังเรียน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งในด้านเนื้อหาในระดับมาก โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.63-4.83 คะแนน ในด้านการออกแบบและการนำเสนอมีคะแนนความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.47-4.73 คะแนน และในด้านประโยชน์ที่ได้รับพบว่ามีคะแนนความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.87-4.93 คะแนน

การอภิปรายผล

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และนำแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบด้านเนื้อหาและการใช้งาน สื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งนำเสนอโดย การใช้ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว แอนิเมชั่น ข้อความประกอบ คำบรรยาย เสียงบรรยาย

และเสียงเพลงประกอบ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาสื่อของ อเลสซี่ และโทรลิป (Alessi & Trollip, 1991) โดยสื่อวีดิทัศน์ยังเป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับใช้เพื่อการเรียนการสอน เพราะสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่สามารถใช้กับกลุ่มผู้เรียนจำนวนมาก ทำให้ผู้เรียนได้เห็นภาพซึ่งอาจเป็นภาพนิ่ง หรือภาพเคลื่อนไหว ประกอบกับเสียงบรรยายที่ทำให้ผู้เรียนได้ยินเสียงที่สอดคล้องกับภาพนั้น ๆ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ นอกจากนั้นการใช้วีดิทัศน์ยังสามารถเลือกดูภาพซ้ำ หรือหยุดดูเฉพาะภาพได้ สะดวกต่อการใช้งาน ง่ายต่อการเข้าถึง และง่ายต่อการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง ดังนั้นการนำสื่อวีดิทัศน์มาใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถเพิ่มความรู้ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งได้

งานวิจัยครั้งนี้พบว่าสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพเท่ากับ 1.44 ซึ่งมากกว่า 1 จึงถือได้ว่าสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ภายหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าภายหลังการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์คะแนนความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Ketpark, 2011)

ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งในด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ โดยเมื่อพิจารณาด้านเนื้อหาพบว่า มีคะแนนความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.63-4.83 (S.D. = 0.38-0.49) ในด้านการออกแบบและการนำเสนอมีคะแนนความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.47-4.73 (S.D. = 0.43-0.51) และในด้านประโยชน์ที่ได้รับพบว่า มีคะแนนความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.87-4.93 (S.D. = 0.25-0.35) เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งมีเนื้อหาน่าสนใจ เข้าใจง่าย มีการใช้ภาษาที่เหมาะสม มีภาพประกอบที่สัมพันธ์กับเนื้อหาทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ระยะเวลาเหมาะสมต่อการเรียนและการจดจำ และเป็นสื่อที่นำเสนอความรู้ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ โดยผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีหากตรงกับความสนใจและความต้องการ และการเรียนรู้จะได้ผลดีหากถือเอาประสบการณ์เดิม หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางในการเรียน และการเรียนรู้นั้นสามารถเรียนรู้และหาคำตอบได้ด้วยตนเอง (Knowles, 1986) ซึ่งสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่ใช้ได้สะดวก มีเนื้อหาและมีภาพประกอบ ช่วยให้เข้าใจได้ง่าย อีกทั้งการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ไม่จำเป็นต้องใช้ความสามารถของผู้เรียนมากนัก ไม่ก่อให้เกิดการเครียดในการเรียน ทำให้ผู้เรียนตั้งใจเรียนดีขึ้น เนื่องจากสามารถรับชมได้ทั้งภาพและเสียง และก่อให้เกิดผลทางอารมณ์ที่สามารถนำไปสู่การอภิปราย ดังนั้นการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความสำคัญ โดยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งและสามารถนำไปใช้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งอาจจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการเผยแพร่สื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อนำมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา และอาจเผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์หรือในรูปแบบวีซีดีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

กลับไปทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่อันอาจเป็นประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และสามารถนำไปใช้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเรื่อง ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งต่อความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเปรียบเทียบระหว่างวิธีการให้ความรู้แบบเดิมและการใช้สื่อวีดิทัศน์

เอกสารอ้างอิง

Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). *Computer based instruction: Methods and development* (2nd ed.). New Jersey: Prentice Hall.

American Cancer Society. (2015). *Preventing infections in people with cancer.* Retrieved from http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/infectionsinpeoplewithcancer/preventing-infections-in-people-with-cancer

Bastable, S. B. (2014). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice.* Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning

Cancernetwork. (2016). *Infectious complications.* Retrieved from http://www.cancernetwork.com/cancer-management/infectious-complications

Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2006). *Fundamental of nursing human health and function.* Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippincott Williams & wilkins.

Herbst, C., Naumann, F., Kruse, E. B., Monsef, I., Bohlius, J., Schulz, H., . . . Engert, A. (2009). *Prophylactic antibiotics or G-CSF for prevention of infection and improvement of survival in cancer patients undergoing chemotherapy.* Cochrane Database of Systematic Review. doi: 10.1002/14651858.CD007107.pub2

Ketpark, N. (2011). Effects of video media on knowledge and practices of patients in prevention of infection, *Nursing Journal, 38,* 98-109. (in Thai)

Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2005). *Adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (6th ed.). Boston: Elsevier.

Kuderer, N. M., Dale, D. C., Crawford, J., Cosler, L. E., & Lyman, G. H. (2006). Mortality, morbidity and cost associated with febrile neutropenia in adult cancer patients. *Cancer, 106*(10), 2258-66.

Leonard, K. (2012). A European survey relating to cancer therapy and neutropenic infections: Nurse and patient viewpoints. *European Journal of Oncology Nursing, 16*(4), 380–386.

National Comprehensive Cancer Network. (2015). Practice guideline in oncology. *Prevention and treatment of cancer-related infections,* 2, MS2-MS8. Retrieved from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/infections.pdf

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2007). *Basic nursing: Essentials for practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Skalla, K. A., Bakitas, M., Furstenberg, C. T., Ahles, T., & Henderson, J. V. (2004). Patients'need for information about cancer therapy. *Oncology Nursing Forum, 31*(2), 313-19.

Stewart, B., & Chistopher, P. W. (2014). Rising burden of cancer. *World Cancer Report 2014.* Retrieved from http://www.ias.org.uk/

Zembower, T. R. (2014). Epidemiology of infections in cancer patients. *Cancer treatment and research.* doi: 10.1007/987-3-319-04220-6_2

ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

Caregiving Burdens and Quality of Life Among Caregivers of Older Adults Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

คมกริช	สุทธศรี *	Khomgrich	Suttasri *
ภารดี	นานาศิลป์ **	Paradee	Nanasilp **
วณิชา	พึ่งชมพู ***	Wanicha	Pungchompoo ***

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางด้านร่างกายลดลง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระการดูแล คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จำนวน 155 คน ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนเมษายน 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาระการดูแลของซาริท และคณะ ดัดแปลงโดย ชนัญชิดา ดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และ วรรณรัตน์ ลาวัง (Toonsiri, Sunsern, & Lawong, 2011) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อที่แปลและดัดแปลงโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (Mahatnirunkul et al., 1997) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาเท่ากับ .90 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation)

ผลการวิจัยพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 20.72 ± 13.82) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 96.86 ± 12.05) และภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (r = -.46)

พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, khomgrich24@gmail.com*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 21 พฤษภาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 2 กรกฎาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 20 กันยายน 2561

คำสำคัญ: *ภาระการดูแล คุณภาพชีวิต ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง*

Abstract

Caregivers are significant persons to support and take care of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. Particularly, Older adults with decreased physical ability. This descriptive correlational research, was aimed to describe caregiving burdens, quality of life. and the relationships between caregiving burden and quality of life among caregivers of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. The subjects were 155 caregivers of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis who visited the outpatient dialysis clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Sanpatong Hospital and Sansai Hospital from November 2016 to April 2017. The samples were purposively selected based on the inclusion criteria. The research instruments were personal data record, the Zarit Burden Interview modified by Toonsiri, Sunsern, and Lawang (2011) and the Thai Abbreviated version of World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF-THAI) which was translated and refined by Mahatanirunkul et al. (1997). The instruments were tested for their reliability using Cronbach's alpha which showed the result as .90 and .80 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that: the caregiving burdens among caregiver of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis was at a low level ($\bar{X}$ = 20.72 ± 13.82). The quality of life among caregivers of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis was at a good level ($\bar{X}$ = 96.86 ± 12.05). Caregiving burdens among caregiver of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis had a moderate negative correlation with quality of life ($p<.001$) ($r = -.46$).

Nurses should support and assist the caregivers of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis: therefore, they can have better quality of life.

Keywords: *Caregiving burdens, Quality of life, Caregivers, Older adults, Continuous ambulatory peritoneal dialysis*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณร้อยละ 10 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า 5 ล้านคน อยู่ในระยะที่จะต้องทำการบำบัดรักษาด้วยวิธีการล้างไตหรือปลูกถ่ายไต (Liyanage et al., 2015) สำหรับในประเทศไทยจากรายงานสถิติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ.2556 พบอุบัติการณ์ความชุกของ CKD ที่เข้ารับการรักษามีจำนวน 1,073.3 คนต่อประชากรล้านคน และพบอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาจำนวน 249.06 คนต่อประชากรล้านคน (Chuasuwan & Praditpornsilpa, 2013) โดยในปี พ.ศ. 2555 อุบัติการณ์ของผู้ป่วย

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องมากถึง 42.1 คนต่อประชากรล้านคน และที่สำคัญความชุกของโรคไตเรื้อรังพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 88.6 (Thanakitcharu, 2015)

ในประเทศไทยวิธีบำบัดทดแทนไตที่ใช้แพร่หลายที่สุดคือ การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเอง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องผู้ป่วยต้องผ่าตัดฝังท่อล้างไตคาไว้ที่หน้าท้อง เพื่อใช้เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนสารน้ำภายในช่องท้องโดยการทำอย่างต่อเนื่องทำติดต่อกันทุกวัน เปลี่ยนน้ำยาเข้าออกวันละ 3-4 ครั้ง ทิ้งน้ำยาค้างไว้ในช่องท้องประมาณ 4-6 ชั่วโมง โดยทั่วไปผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจะได้รับการฝึกฝนที่โรงพยาบาลและกลับไปทำด้วยตนเองที่บ้าน (Thitiarchakul, 2008) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการรักษาด้วยวิธีนี้ ได้แก่ ปวดท้องขณะใส่น้ำยาเข้าหรือปล่อยน้ำยาออก ปวดหลัง ภาวะน้ำเกิน ร่างกายขาดน้ำ น้ำยาล้างไตรั่ว น้ำยาล้างไตเข้าออกไม่สะดวก มีเลือดออกในช่องท้อง และการหลุดรั่วของสายล้างช่องท้อง (Kanjanabuch, Tanisaro, Chulakadabba, & Eiam-Ong, 2008) ผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ทำด้วยตนเองที่บ้าน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อาหารและโภชนาการ รวมทั้งการดูแลด้านกระบวนการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Sindhu, Vavitsakul, & Sriyuktasuth, 2011) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต และดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นอย่างมาก

เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นการดูแลที่มีระยะเวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน ทางด้านร่างกายนั้น ผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องร่วมกับผู้ป่วยมีโรคร่วมอาจก่อให้เกิดความอ่อนล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจากการดูแล ส่งผลให้ขาดการดูแลตนเอง (Yodpech, 2008) ทางด้านจิตใจพบว่าเป็นปัญหาต่อเนื่องมาจากทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลมักเกิดความเครียด เบื่อหน่ายในการดูแล ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ท้อแท้และหมดกำลังใจจากการดูแล ด้านสังคมผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องลดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของตนเองลง (Hurst & Figueiredo, 2015) ทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ได้แก่ ค่าเดินทางมารับการรักษา ค่าอุปกรณ์ในการทำแผล และค่าอาหาร อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีรายได้ที่ลดลง หากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งอาจจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ ฉะนั้นบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (Belasco, Barbosa, Bettencourt, Diccini, & Sesso, 2006) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จึงเป็นประเด็นที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ

คุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) เป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (World Health Organization [WHO], 1996) และมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกายเป็นการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจเป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองและผู้อื่นรวมถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากบุคคลในสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (Mahatnirunkul et al., 1997; WHO, 1996) คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรด้านสุขภาพที่สำคัญที่นักวิชาการได้ให้ความสนใจทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้ดูแลและครอบครัว จาก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ประสบการณ์การดูแล ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โรคร่วมของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแล (Kolyanee, Dangdomyouth, & Aumtanee, 2015; Papastavrou, Andreou, Middleton, Papacostas, & Georgiou, 2014; Sayin, Mutluay, & Sindel, 2007) จากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่เลือกใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือการศึกษาภาระการดูแล เนื่องจากพบว่าการทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องลดระดับการเป็นภาระให้การดูแลทางด้านสุขภาพจิตใจ และสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล (Shimoyama et al., 2003) ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการให้เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งในผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ควรที่จะได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดขึ้น เพื่อส่งผลต่อการดูแลที่มีคุณภาพต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องแบบต่อเนื่องต่อไป

ภาระการดูแลของผู้ดูแลตามแนวคิดของ ซาริท และคณะ (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลทางด้านจิตใจ สุขภาพร่างกาย ชีวิตทางสังคม และเศรษฐกิจที่เป็นผลมาจากการให้การดูแล ผู้ดูแลจึงเกิดความเครียดส่วนบุคคล (personal strain) เป็นความเครียดที่เกิดจากประสบการณ์ในการดูแล และความเครียดด้านบทบาท (role strain) เป็นความเครียดที่มีสาเหตุจากความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่หรือการแบกรับภาระที่มากเกินไป ภายใต้การรับรู้ ในความเครียดนี้ประกอบด้วย 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) คือ ผู้ดูแลมีความรู้สึกถูกบีบคั้น กดดัน เนื่องจากการรับรู้ภาวะความเครียดที่ผู้ดูแลได้รับ โดยความรู้สึกถูกบีบคั้นประกอบไปด้วย 4 ลักษณะ ได้แก่ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางอาชีพ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางจิตใจ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรู้สึกถูกบีบคั้นทางกาย 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) คือ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสับสนในการปฏิบัติบทบาท ไม่สามารถติดต่อ คบหา หรือเข้าสังคม และจัดการกับชีวิตตนเองได้ 3) ความรู้สึกผิด (guilt) คือ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ และสิ่งที่ตนเองกำลังปฏิบัติอยู่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ไม่มีเงินหรือรายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) คือ การรับรู้ด้านความคิด ทัศนคติที่สับสนไม่แน่นอน ซึ่งเป็นสภาวะของความไม่พร้อมทางจิตใจ อันเป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแล แต่ถ้าผู้ดูแลมีการรับรู้และปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม (Toonsiri, Sunsern, & Lawong, 2011) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลาที่ยาวนาน เนื่องจากความเจ็บป่วยของโรคพยาธิสภาพและการรักษา ถ้าหากผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ร่วมกับการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและแรงงานอย่างมาก ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตน ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องแบบต่อเนื่อง เกิดความคลุมเครือในบทบาทสับสนในหน้าที่ ที่อาจจะต้องดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องพร้อมกันกับต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว และความไม่สะดวกในการทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวัน (Shah et al., 2017) ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ เช่น การดูแลด้านภาวะโภชนาการและยา การพาผู้สูงอายุไปตรวจตามนัด การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (Avsar et al., 2013) ผู้ดูแลอาจเกิดความเหนื่อยหน่ายต่อบทบาทหน้าที่ในการดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียด ตามมาด้วยความเสื่อมลงของสุขภาพกายและสุขภาพจิต ก่อให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาต่างๆ ในการให้การดูแลและปัญหาส่วนตัว ทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง เกิดการแยกตัวและเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

รู้สึกเสียใจ ซึมเศร้า ผิดหวัง โกรธ และมีความรู้สึกผิดตามมา (Alvarez-Ude et al., 2004)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่ผ่านมาการศึกษาด้านภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม และโรคจิตเภท แต่สำหรับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องแบบต่อเนื่องพบว่า ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย และพบน้อยมากในต่างประเทศ ซึ่งในต่างประเทศมีความแตกต่างกับบริบทของประเทศไทย นโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม สิ่งอำนวยความสะดวกเทคโนโลยีด้านการดูแลรักษา และภาวะสุขภาพของบุคคลที่อาจทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันได้ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางในการวางแผนลดภาระการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้ดีขึ้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นอย่างไร
2. คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ทำให้เกิดความต้องการในการดูแล และต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจะอยู่ระดับที่ดีหรือไม่ดี มีผลมาจากการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล ถ้ารับรู้ว่ามีภาระมาก คุณภาพชีวิตก็จะมีระดับที่ลดลง แต่ถ้ารับรู้ว่ามีภาระน้อย คุณภาพชีวิตก็จะมีระดับที่ดีมากขึ้น กรอบแนวคิดครั้งนี้ใช้การศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล และแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ช่วยเหลือดูแลตนเองได้น้อยลง ทำให้เกิดความต้องการการดูแลที่สูงขึ้น และใช้เวลาที่ยาวนาน ผู้ดูแลจึงเกิดความยากลำบากในการดูแล ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ ซาริท และคณะ (Zarit, et al., 1980) ที่กล่าวว่า ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ความตึงเครียดทางด้านจิตใจของผู้ดูแลที่เกิดประสบการณ์การดูแลที่ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ สุขภาพร่างกาย ชีวิตทางสังคม และเศรษฐกิจ โดยซาริทได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) โดยเมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระย่อมส่งผลต่อการให้การดูแล และเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล สำหรับคุณภาพชีวิตผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือ การรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลซึ่งประกอบไปด้วย

4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical health) 2) ด้านจิตใจ (psychological) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกโรคไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีจำนวน 100 คน โรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 80 คน และโรงพยาบาลสันทราย จำนวน 80 คน รวมประชากรทั้งหมด 260 คน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้ต่อเวลา สถานที่ บุคคลได้ปกติ 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) จากตารางของ เครซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และประชากรทั้งหมด 260 คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน จึงแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 59 คน โรงพยาบาลสันป่าตอง 48 คน และโรงพยาบาลสันทราย 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1. แบบบันทึกส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาที่รักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล

1.2. แบบบันทึกส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ดูแล สิทธิการรักษา ความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว โรคที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเป็นก่อนการดูแล โรคที่เกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแล และปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลหลังการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

2. แบบสอบถามภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden Interview) แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของซาริทและคณะ (Zarit, et al., 1980) ที่ได้นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ชนัญชิดา ดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และ วรรณรัตน์ ลาวัง (Toonsiri, Sunsern, and Lawong, 2011) ใช้วัดภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบสัมภาษณ์ภาระการดูแลประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) แบบวัดนี้เป็นแบบ Likert scale มี 5 อันดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต

ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-THAI) ที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหิตนิรันทร์ และคณะ (Mahatnirunkul et al., 1997) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และมีความหมายทางลบ 3 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 -130 คะแนน

แบบสอบถามภาระการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) และมีความเที่ยงตรงที่ยอมรับได้มาแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเครื่องมือ จึงไม่ทดสอบความเที่ยงตรงซ้ำ ทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เท่ากับ .90 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 086/2559 เดือนสิงหาคม 2559 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือนำเสนอต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลสันป่าตอง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือและความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ แล้วจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องทราบ อธิบายเอกสารคำชี้แจงในการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้โอกาสและเวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม และทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาดำเนินการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว

3. เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุย แสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล กับคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบการแจกแจงด้วยสถิติ one sample Kolmogorov-Sminov test พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดย ใช้สถิติการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกณฑ์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นเพศชายร้อยละ 48.4 เพศหญิงร้อยละ 51.6 อายุเฉลี่ย 67.23 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีร้อยละ 68.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 95.5 พบว่ามีโรคร่วม 1 โรค ร้อยละ 36.1 และมีโรคร่วมมากที่สุด 5 โรค ร้อยละ 1.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 50.97 เดือน ระยะเวลาที่รักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้องเฉลี่ย 29.36 เดือน (Median = 23.71, Min - Max = 3 - 122) และระดับความสามารถทางด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อยข้างดี ร้อยละ 53.6

กลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นเพศหญิงร้อยละ 71 เพศชายร้อยละ 29 อายุเฉลี่ย 46.75 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน 19 - 59 ปี ถึงร้อยละ 76.1 และอายุอยู่ในช่วงวัยสูงอายุ ร้อยละ 23.9 สถานภาพสมรสอยู่ในสถานภาพคู่ ร้อยละ 63.2 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.2 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 10,755.55 บาท มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 45.8 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุคือเป็นบุตรร้อยละ 60 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 37.16 เดือน และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อวันเฉลี่ย 7.37 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 81.3 ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกเหนือจากสิทธิในการรักษาร้อยละ 50.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.6 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 37.4 โดยระบุว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นก่อนการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 28.4 เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 5.8 กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพหลังการดูแลร้อยละ 18.7 ได้แก่ อาการปวดหลัง อาการปวดศีรษะ และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น และเกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 16.8

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลสูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (n = 155)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนเฉลี่ย $\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
ภาระการดูแล	0-88	0-64	20.72 (13.82)	น้อย
คุณภาพชีวิต	26-130	61-130	96.86 (12.05)	ดี

ข้อมูลเกี่ยวกับภาระการดูแล ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 ราย พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลโดยรวมเท่ากับ 20.72 คะแนน (S.D. = 13.82) อยู่ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 ราย พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 96.86 คะแนน (S.D. = 12.05) อยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่า ภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.460$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 155 คน ผลการศึกษาด้านภาระการดูแลนั้นพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 20.72 ± 13.82) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 68.4) ยังคงมีความสามารถทางด้านร่างกายที่ค่อนข้างดี (ร้อยละ 53.6) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเพียง 1 โรค ซึ่งยังคงสามารถควบคุมการเจ็บป่วยความรุนแรงของโรคได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุยังคงมีลักษณะทางกายภาพที่ดี ช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ดูแลและจัดการกับการล้างไตทางช่องท้องของตนเองได้ด้วยตนเอง ทำให้ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากนัก ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, และ ทศพร คำผลศิริ (Kunyodying, Pothiban, & Khampolsiri, 2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพาน้อย เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ดี มีการพึ่งพาจากผู้ดูแลน้อย ส่วนในด้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จากข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71 และอยู่ในช่วงของวัยกลางคนนั้นแสดงให้เห็นว่าเป็นช่วงวัยที่มีการรับรู้ ความรู้สึก การปรับทัศนคติ และการตอบสนองทางอารมณ์เกี่ยวกับสถานการณ์หรือประสบการณ์ได้ดี ส่งผลให้การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ดี (Preechapongmit, Lamchang, & Jintrawet, 2012) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุคือเป็นบุคคลภายในครอบครัวซึ่งในจำนวนนั้นเป็นบุตรถึงร้อยละ 60 มีความผูกพันและความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ รวมถึงสถานภาพทางสังคมไทยที่มีความเชื่อและค่านิยมของความกตัญญูรู้คุณของบุพการี จึงทำให้เกิดความไว้วางใจ เต็มใจ และพร้อมให้การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ และเต็มความสามารถของตนเอง และพร้อมปรับเปลี่ยน ปรับตัวให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้านได้ (Srivanichakorn, 2013) นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยประมาณ 3 ปีขึ้นไป โดยให้การดูแลต่อวันเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 7 ชั่วโมง แต่ในระยะเวลา 7 ชั่วโมงนั้นผู้ดูแลไม่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ดี และไม่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา รวมทั้งการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนานเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ พัฒนาความสามารถรวมถึงการปรับสภาวะด้านจิตใจ และมีประสบการณ์ในการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องนั้น ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 96.86 ± 12.05) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลภายในครอบครัวซึ่งเกินกว่าครึ่งเป็นบุตร (ร้อยละ 60) เป็นวัยกลางคนมีความสามารถในการเรียนรู้ และเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ดูแลทุกคนที่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้เข้าร่วมการรับฟัง เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติในกระบวนการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง รวมทั้งขั้นตอนในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต และการทำแผล จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแล ลดผลกระทบต่อผู้ดูแล และส่งเสริมการดูแลที่ถูกต้อง (Hurst & Figueiredo, 2015) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ยังคงสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้านได้ เนื่องจากเป็นอาชีพที่อิสระ ในที่นี้หมายถึง สามารถปฏิบัติงานได้ที่

บ้าน และสามารถแบ่งเวลามาให้กับการดูแลได้ จากผลการศึกษาพบผู้ดูแลประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20) เกษตรกร (ร้อยละ 16.8) ค้าขาย (ร้อยละ 12.4) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 13.5) โดยที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 7.37 ชั่วโมงต่อวัน เฉพาะช่วงที่มีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต และส่วนใหญ่หลังให้การดูแล ผู้ดูแลไม่เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย (ร้อยละ 81.3) จากการที่ผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถทางกายที่ค่อนข้างดี (ร้อยละ 53.4) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุไม่มีผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคมของผู้ดูแล แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ประเทศบราซิลของเบลลาสโก และคณะ (Belasco et al., 2006) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตในด้านกายและจิตใจอยู่ในระดับน้อย อีกทั้งทางด้านเศรษฐกิจผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 47.1) และผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องส่วนใหญ่ได้รับสิทธิในด้านการรักษาสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 81.3) ที่รัฐบาลออกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาทั้งหมด ยกเว้นค่าอุปกรณ์ทำแผล และค่าเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเท่านั้นที่ต้องจ่ายเอง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระดับปานกลาง เนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 68.4 มีระดับความสามารถทางด้านร่างกายปานกลางถึงค่อยข้างดี ร้อยละ 94.2 แสดงว่ายังคงมีความสามารถทางกายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตได้เอง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วมเพียงโรค 1 โรค (ร้อยละ 37.8) ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค และในด้านความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 71 และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่คือเป็นบุตรถึงร้อยละ 60 ซึ่งสังคมไทยเป็นสังคมที่ยอมรับในเรื่องของความกตัญญูต่อบิดามารดา ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ถึงความตึงเครียดในด้านการเป็นภาระการดูแลเล็กน้อย ซึ่งจากประสบการณ์ในการดูแลที่เกิดความตึงเครียดน้อย จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระน้อย (Toonsiri, Sunsern, & Lawang, 2011) ดังนั้นจึงทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชิโมยามะ และคณะ (Shimoyama et al., 2003) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและภาระการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องในประเทศญี่ปุ่น ศึกษาในผู้ดูแล 34 คน พบว่า ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒายุ, และ นันทวรรณ สุวรรณรูป (Klinsuwan, Watthayu, & Suwonnaroop, 2017) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่แผนกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า และโรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย พบว่า ภาระผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และ การศึกษาของ นิพร ขัดตา, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ, และ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ (Khatta, Hanprasitkam, & Siripitayakunkit, 2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 85 คน พบว่า

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ควรนำไปผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินภาระการดูแล รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

2. บุคลากรทางการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เช่น ภาระการดูแล เป็นต้น

3. บุคลาการทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ตระหนักถึงความสำคัญของภาระการดูแลที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาภาระการดูแลและปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวัยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

Alvarez-Ude, F., Valdés, C., Estébane, C., Rebollo, P., & Group, F. S. (2004). Health-related quality of life of family caregivers of dialysis patients. *Journal of Nephrology, 17*(6), 841-850.

Avsar, U., Avsar, U. Z., Cansever, Z., Set, T., Cankaya, E., Kaya, A., . . . Keles, M. (2013). Psychological and emotional status, and caregiver burden in caregivers of patients with peritoneal dialysis compared with caregivers of patients with renal transplantation. *Transplantation Proceedings, 45*(3), 883-886. doi:10.1016/j.transproceed.2013.03.004

Belasco, A., Barbosa, D., Bettencourt, A. R., Diccini, S., & Sesso, R. (2006). Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *American Journal of Kidney Diseases, 48*(6), 955-963.

Belasco, A. G., & Sesso, R. (2002). Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases, 39*(4), 805-812.

Chuasuwan, A., & Praditpornsilpa, K. (2013). *Thailand renal replacement therapy year 2013.* Bangkok: The Nephrology Society of Thailand. (in Thai)

Hurst, H., & Figueiredo, A. E. (2015). The needs of older patients for peritoneal dialysis: Training and support at home. *Peritoneal Dialysis International, 35*(6), 625-629.

Kanjanabuch, T., Tanisaro, T., Chulakadabba, A., & Eiam-Ong, S. (2008). CAPD apparatus, access devices, implantation techniques and surgical complications. In A Eiam-Ong, S., Tungsanga, K., Jittinun, A., Kanjanabuch, T., Lumlertgul, D., & Thanakitcharu, P (Ed.). *Textbook of peritoneal dialysis* (pp.133-188). Bankok: Text and Journal Publication. (in Thai)

Klinsuwan, R., Watthayu, N., & Suwonnaroop, N. (2017). Factors predicting quality of life in family caregivers among patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 29*(1), 51-66. (in Thai)

Kolyanee, A., Dangdomyouth, P., & Aumtanee, A. (2015). Selected factors relating to quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia at home. *Journal of The Police Nurse, 7*(1), 130-140. (in Thai)

Khatta, N., Hanprasitkam, K., & Siripitayakunkit, A. (2018). Relationships among selected factors, caregiving burden, and quality of life of caregivers of persons undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *The Journal of Baromarajonani Collenge of Nusing, Nakhonratchsima, 24*(2), 108-129. (in Thai)

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30,* 607-610.

Kunyodying, T., Pothiban, L., & Khampolsiri, T. (2015). Dependency of the elderly with stroke, caregiver burden, social support, and quality of life among older caregivers. *Nursing Journal, 42,* 107-117. (in Thai)

Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., . . . Perkovic, V. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. *The Lancet, 385*(9981), 1975-1982.

Mahatnirunkul, S., Tuntipiwathanasakul, W., Pumpisal, W., Wongsuwan, K., & Pornmanarungkul, R. (1997). *Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items).* Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital, Departmant of Mental Health Ministry of Public Health. (in Thai)

Papastavrou, E., Andreou P., Middleton N., Papacostas, S., & Georgiou, I. K. (2014). Factors associated with quality of life among family members of patients with dementia in Cyprus. *International Psychogeriatrics, 26*(03), 443-452.

Preechapongmit, K., Lamchang, S., & Jintrawet, U. (2012). Factor related to caregiving burden among caregivers of children with asthma. *Nursing Journal, 39*(4), 13-22. (in Thai)

Sayin, A., Mutluay, R., & Sindel, S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Elsevier Journal, 39*(10), 3047-3053.

Shah, H. B. U., Atif, I., Rashid, F., Babar, M. W., Arshad, F., Qamar, W., . . . Qadir, M. L. (2017). Assessment of caregiver burden of patients receiving dialysis treatment in Rawalpindi. *The Journal of the Pakistan Medical Association, 67*(10), 1498.

Shimoyama, S., Hirakawa, O., Yahiro, K., Mizumachi, T., Schreiner, A., & Kakuma, T. (2003). Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in Japan. *Peritoneal Dialysis International, 23*(Supplement 2), S200-S205.

Sindhu, S., Varitsakul, R., & Sriyuktasuth, A. (2011). Factors associated with depression in elderly peritoneal dialysis patients. *Journal of Nursing Science, 29*(3), 84-92. (in Thai)

Srivanichakorn, S. (2013). *The integrated research program on the holistic care model development for the elderly, final report.* Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University. (in Thai)

Thanakitcharu, P. (2015). Current situation of chronic kidney disease in Thailand. *Journal of the Department of Medical Service, 40*(5), 5-18. (in Thai)

Thitiarchakul, S. (2008). Peritoneal dialysis: Peritoneum anatomy. In S. Eiam-Ong, K. Tungsanga, A. Jittinun, T. Kanjanabuch, D. Lumlertgul, & P. Thanakitcharu (Eds.), *Textbook of peritoneal dialysis* (pp.101-114). Bankok: Text and Journal Publication Co., Ltd. (in Thai)

Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education, 4*(1), 62-75. (in Thai)

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF, introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, field trial version.* Geneva: World Health Organization.

Yodpech, S. (2004). *Caregiver of older persons: The synthesis of knowledge.* Bankok: Faculty of Social Administration, Thammasat University. (in Thai)

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The gerontologist, 20*(6), 649-655.

ผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Effect of the Family Centered Care Program on Anxiety Among Caregivers of Stroke Patients

ปวีณา	ยศสุรินทร์ *	Paweena	Yotsurin *
จินดารัตน์	ชัยอาจ **	Jindarat	Chaiard **
ชมพูนุท	ศรีรัตน์ **	Chomphoonut	Srirat **

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลที่เน้นความสำคัญต่อครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าการรักษาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดหลักของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของสถาบันการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเครื่องมือที่วัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ สปิลเบอร์เกอร์ และคณะ ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยดาราวรรณ ต๊ะปินตา (Tapinta, 1992) สำหรับการประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในงานวิจัยครั้งนี้ ได้นำเอาเฉพาะแบบวัดความวิตกกังวลที่เป็นแบบประเมิน A-state หรือความวิตกกังวลตามสภาวการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีบทบาทมากขึ้นในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง

* *ผู้เขียนหลัก อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, paweena@bcnc.ac.th*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 16 พฤษภาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 26 กันยายน 2559 วันที่ตอบรับบทความ 16 กุมภาพันธ์ 2560

คำสำคัญ: *การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ความวิตกกังวล ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

Abstract

Stroke is an acute condition of the neurological system. This illness affects caregivers by increasing their anxiety related to the patients' condition. Therefore, it is necessary to provide care which centers on the patients' family. The purpose of this quasi experimental research study was to evaluate the effect of the Family-Centered Care Program on anxiety among caregivers of stroke patients. The sample consisted of primary caregivers who were family members of stroke patients hospitalized in the stroke unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and acting as caregivers for these stroke patients. These participants were purposively selected and assigned equally into control and experimental groups, with fifteen participants in each group. The instruments used in this study were the Family-Centered Care Program developed by the researcher based on the concept of family-centered care and the State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) of Spielberger et al., which was translated into Thai by Tapinta (1992) to assess of anxiety in caregivers of stroke patients. In this study, A-state anxiety was used. Data were analyzed descriptive statistics and t-test.

This study generated two findings: 1) anxiety scores of caregivers in the experimental group were significantly lower after participating in the Family Centered Care Program than before participating in the program ($p < .001$); and 2) anxiety scores of the caregivers in the experimental group were significantly lower than scores for the control group ($p < .05$).

The results of this study indicated that the Family-Centered Care Program could decrease anxiety among caregivers of stroke patients. Therefore, this program should be used to enhance participation of caregivers in caring for stroke patients in order to decrease the anxiety of the caregivers.

Keywords: *Family-centered care, Anxiety, Caregivers, Stroke patients*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยสาเหตุเกิดจากการอุดกั้น หรือมีการแตกของหลอดเลือดสมอง (Limphasathan, 2010) ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโลก สำหรับประเทศไทย จากรายงานจำนวนผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข พบว่าจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ ปี 2554-2556 มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับที่สองของจังหวัดในภาคเหนือตอนบน เท่ากับ 414.29, 427.16 และ 412.76 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Office of Strategic Policy, Ministry of Public Health, 2012) รวมทั้งจากสถิติของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในปี 2556-2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 248, 288 และ 259 รายต่อปี ตามลำดับ (Stroke unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2013)

จากความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่เข้าสู่ระยะ

วิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน (World Health Organization, 2015) ซึ่งอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลง หมดสติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันทางระบบประสาทขึ้นได้ เช่น ภาวะสมองบวมส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกิดภาวะชัก เป็นต้น (Charnnarong & Chutinet, 2010) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายให้เกิดความผิดปกติ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นดังกล่าว เมื่อผู้ดูแลทราบว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรง ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Nation Stroke Association, 2012)

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น เป็นความวิตกกังวลตามสภาวการณ์ (state anxiety) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เป็นผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Menlove et al., 2014) การได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ไม่เพียงพอ (Balhara, Verma, Sharma, & Mathur, 2012) การถูกจำกัดเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย กฎระเบียบ (Ostojic et al., 2014) รวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่มีอุปกรณ์ในการดูแลต่าง ๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือในการติดตามการทำงานของร่างกายต่าง ๆ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลคาดการณ์สิ่งไม่ดีที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้าเสมอ และเป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (Singdong & Jitpanya, 2011) ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ดูแล เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป และมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล เช่น สับสน ร้องไห้คร่ำครวญ และเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (Steiner et al., 2008; Balhara et al., 2012)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family–centered care) เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาจนต่อเนื่องถึงการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนที่ได้รับประโยชน์ร่วมกัน (mutually beneficial partnerships) ระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ และครอบครัว โดยการเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกันประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการได้แก่ 1) การยอมรับและเคารพ (respect) โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความไว้วางใจ การให้เกียรติ การยอมรับและเคารพในเหตุผลและการตัดสินใจของครอบครัว โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม สังคม และศาสนาของแต่ละครอบครัว 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) กล่าวคือต้องมีการสื่อสารแบบสองทางระหว่างครอบครัวและบุคคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งนี้จะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและการมีสัมพันธภาพที่ดี นอกจากนี้บุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาแก่ครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจและมีทางเลือกจากการที่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ 3) การมีส่วนร่วม (participation) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และ4) การประสานความร่วมมือ

(collaboration) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและบุคคลากรทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้นำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยหนัก (Gooding et al., 2010) ผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการสมองช้า (Zajicek-Farber et al., 2015) ผู้ป่วยเด็กในแผนกฉุกเฉิน (Omalley, Brown, & Krug, 2008) ซึ่งลักษณะการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้เป็นการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และการให้ข้อมูล ซึ่งมีการประเมินผลลัพธ์เป็นความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ดูแล และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า มีการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งประเมินผลลัพธ์เป็นการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (Mitra, Pravaneh, Fatemeh, & Hamid, 2015) ส่วนการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวล เช่น ในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งลักษณะของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ใช้ในการศึกษาของงานวิจัยข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของผู้ดูแลมาใช้ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยประเมินผลลัพธ์เป็นความพึงพอใจ การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Baning, 2012; Davidson, 2009; Mitchell, Chaboyer, Burmeister, & Foster, 2009) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่นำเพียงมโนมติด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล ที่มีการประเมินผลลัพธ์เป็นความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (Panyasai, 2010; Sanawong, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยเกี่ยวกับการใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ มีการนำพียงบางองค์ประกอบของแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของแนวคิดนี้ มาใช้ลดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ถือเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวอย่างแท้จริง ที่จะช่วยส่งเสริมผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วม และมีบทบาทในทุกกระบวนการเพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน และด้วยลักษณะของโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพา และต้องการกำลังใจจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการส่งเสริมตามแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้อาจจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ และเป็นผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลที่

เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองทำให้มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทสมองที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้เป็นความวิตกกังวลตามสภาวการณ์ที่เผชิญในขณะนั้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกกลัว ตึงเครียด กระวนกระวาย ตามแนวคิดความวิตกกังวลของ สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1972) โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วย ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ความพิการที่หลงเหลืออยู่ อีกทั้งยังมีปัจจัยด้านการได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ไม่เพียงพอ การขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการถูกจำกัดเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย กฎระเบียบสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ซึ่งการลดความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ควรให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล โดยการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Institute for Family Centered Care, 2015) ที่เป็นการให้บริการด้านสุขภาพบนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนที่ได้ประโยชน์ร่วมกัน ระหว่างบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และผู้ป่วย ซึ่งมีคุณลักษณะ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับและเคารพต่อผู้ดูแล (respect) 2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) โดยเน้นการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาของผู้ป่วย 3) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (participation) และ 4) การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (collaboration) มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม และมีบทบาทในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ความสำคัญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับเคารพต่อผู้ดูแล สนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งให้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งจากกระบวนการดังกล่าวตามแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และอาจจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาที่ใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวล จึงใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามที่เดมเซย์และเดมเซย์ (Dempsey & Dempsey, 1992) ได้สรุป

แนวทางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ตามการประเมินของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (NIational Institute of Neurological Disorders and Health Stroke Scale [NIHSS], 1999) ในระดับเดียวกัน จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดหลักของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของสถาบันการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Institute for Family Centered Care, 2015) ประกอบด้วย แผนกิจกรรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (NIHSS score) และ แบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ สปิลเบอร์เกอร์ และคณะ ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (Tapinta, 1992)) สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ ได้นำเอาเฉพาะแบบวัดความวิตกกังวลที่เป็นแบบประเมิน A-state หรือความวิตกกังวลตามสภาวการณ์ มีจำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม และตรงสอบหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลที่เป็นแบบประเมิน A-state ไปทดสอบกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเลขที่เอกสารรับรองโครงการวิจัย FULL-070-2558 และ 3933 / Study Code: NONE-2559-03933 ตามลำดับ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งในระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 15 ราย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 15 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที คือ ครั้งแรกผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมภายใน

1-2 วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กลุ่มควบคุมตอบ ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมในวันที่ผู้ป่วยมีแผนการรักษาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมให้กลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความวิตกกังวลอีกครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลต้องการ มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองจำนวน 3 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองพร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล ใช้เวลา 30 นาที และดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางใช้เวลา 60 นาที เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มทดลอง พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับผู้ดูแล ตามสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนี้ การรักษาผู้ป่วย อุปกรณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อการรักษา และให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ การปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย ที่กลุ่มทดลองสามารถสอบถามอาการผู้ป่วยได้ตลอดเวลา รวมทั้งประสานกับแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อให้ข้อมูลต่างๆ ที่กลุ่มทดลองต้องการรับทราบ หรือสอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วย และผู้วิจัยนัดหมายเพื่อเข้าพบกลุ่มทดลองในครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 2 ในระยะ 48-72 ชั่วโมง ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางใช้เวลา 60 นาที เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มทดลอง พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับผู้ดูแลตามสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนี้ สอบถามความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในด้านต่างๆ เป็นต้น และให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา โดยมีแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูล เช่น การเจาะคอ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น รวมทั้งสอบถามความต้องการของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดปากฟันและร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การได้รับอาหาร (ป้อนทางปาก และ การให้อาหารทางสายยาง ตามสภาพของผู้ป่วย) การออกกำลังกายตามพิสัยข้อ (ROM) โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ ทำการสาธิต และสอนกลุ่มทดลองในกิจกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมที่จะร่วมปฏิบัติของกลุ่มทดลองเป็นสำคัญ และสอบถามความต้องการเกี่ยวกับการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ได้แก่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายเพื่อเข้าพบกลุ่มทดลองในครั้งที่ 3 ที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 3 ในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางใช้เวลา 60 นาที เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มทดลอง พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับผู้ดูแลตามสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนี้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติด เป็นต้น รวมทั้งผู้วิจัย

ประเมินความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยการสนับสนุนช่วยเหลือกลุ่มทดลองในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอนไปในครั้งที่ 2 เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มศักยภาพ และประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบวัดความวิตกกังวลซ้ำอีกครั้งในวันที่ผู้ป่วยมีแผนการรักษาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา 30 นาที และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยาย จำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลที่มีลักษณะเป็นข้อมูลนามบัญญัติของกลุ่มควบคุม และทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) ส่วนข้อมูลที่เป็นค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบด้วยสถิติที (t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample t-test พบว่ามีการแจกแจงปกติจึงใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample t-test พบว่ามีการแจกแจงปกติจึงใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 60 และร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 60 และ 80 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.6 ปี (S.D. = 10.09) ส่วนในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 47.4 ปี (S.D. = 10.95) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 40 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 และ 60.0 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.2 ปี (S.D. = 17.48) และ 57.6 ปี (S.D. = 17.16) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองอุดตันคิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 80.0 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.3 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล และผู้ป่วยโดยสถิติไคสแควร์ (chi-square) สถิติทดสอบฟีชเชอร์เอ็กแซค (fisher exact test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

2. คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนเข้าร่วมการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 57.47 คะแนน (SD = 4.58) และภายหลังเข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 60 คะแนน (SD = 5.54) เมื่อใช้สถิติทีชนิดสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (pair t-test) พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 61.47 คะแนน (SD = 6.89) และภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 55.40 คะแนน (SD = 6.44) ซึ่งคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง และของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (N=30)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n=15)		หลังการทดลอง (n=15)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม	57.47	4.58	60.00	1.687	1.687	.141
กลุ่มทดลอง	61.47	6.89	55.40	5.485	5.485	.000**

** $p < .001$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ใช้สถิติทดสอบทีชนิดสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (N=30)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	57.47	4.58	61.47	6.89	-1.871	.072
หลังทดลอง	60.00	5.54	55.40	6.45	2.096	.045*

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) และความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม พบว่า มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย และเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งสองข้อ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถตอบสนองต่อปัจจัยที่เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ตลอดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ดังนี้

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นไม่ทันเตรียมตัวต่อการเจ็บป่วย จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ดูแลเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ความวิตกกังวลของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นนั้นมีหลายสาเหตุ ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยเผชิญในขณะ

นั้นถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ยิ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Wilz & Kalytta, 2008; Balhara, Verma, Sharma, & Mathur, 2012; Menlove et al., 2014) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางด้านการยอมรับและเคารพ โดยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล ให้เกียรติ ให้การยอมรับการเป็นปัจเจกบุคคล ความมีศักยภาพ และความมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ สร้างความเชื่อใจ ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการที่จะเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ (Rattanapreechakul, 2012) รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกนึกคิด หรือความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนั้น การรับฟังด้วยความตั้งใจ เข้าใจและยอมรับความรู้สึกของผู้ดูแล พร้อมทั้งหาวิธีในการช่วยเหลือ หรือสนับสนุนให้สามารถผ่านช่วงเวลานั้นไปได้ (Ahmann & Dokken, 2014) ทั้งนี้จะเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีที่พึ่งพา อุ่นใจ คลายความกลัว และความวิตกกังวลลงได้ในระดับหนึ่ง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้องค์ประกอบในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยซึ่งเน้นการให้ข้อมูลที่เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้น บริเวณข้างเตียงเพื่อให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ และเห็นสภาพจริงของผู้ป่วย ตลอดจนให้ผู้ดูแลซักถามได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งการอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการ และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเป็นข้อมูลที่ตรงตามความต้องการแก่ผู้ดูแลนั้นจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลภายหลังได้รับการสนับสนุนข้อมูลมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$) (Panyasai, 2010)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ไม่เพียงพอ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีผู้ดูแลบางรายยังไม่กล้าสอบถามอาการ หรือแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากมีความเกรงใจแพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้ดูแลได้รับทราบเฉพาะข้อมูลเพียงบางส่วนที่พยาบาลเจ้าของไข้แจ้งให้ทราบเท่านั้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลจากการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่ไม่เพียงพอ และไม่เป็นไปตามความต้องการ ซึ่งในการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลทั้ง 3 ครั้งตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยเน้นองค์ประกอบด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยการสอบถามถึงประเด็นที่ผู้ดูแลยังมีข้อสงสัยหรือต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการประเมินความต้องการของผู้ดูแล และให้ข้อมูลการดำเนินของโรคที่เป็นไปตามสถานการณ์การเจ็บป่วยในขณะนั้นแก่ผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและเป็นข้อมูลที่ตรงตามความต้องการแก่ผู้ดูแลนั้น สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แบนนิ่ง (Baning, 2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพอใจและมีความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้องค์ประกอบด้านการยอมรับและเคารพ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก หรือความวิตกกังวลที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยรับฟังด้วยความตั้งใจ เข้าใจและยอมรับความรู้สึกของผู้ดูแล ทั้งนี้จะยิ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกมีที่พึ่งพา และพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งใช้องค์ประกอบ

ด้านการประสานความร่วมมือ ให้ผู้ดูแลได้พูดคุยกับแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการ และรับทราบแผนการรักษาของผู้ป่วยในขณะนั้น อีกทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ยิ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความสำคัญ และรู้สึกมีบทบาทมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความกลัว และความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เดวิดสัน (Davidson, 2009) ที่พบว่าหลังการให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับความพิการที่หลงเหลืออยู่ภายหลังจากการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผลมาจากความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากยิ่งทำให้หลงเหลือความพิการ และผู้ป่วยต้องการ การพึ่งพิงมากขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมาก (Balhara et al., 2012; Menlove et al., 2014) รวมทั้งการขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลนั้นเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ และมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Keawpralad, 2009) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย การดำเนินการในระยะนี้เน้นด้านการมีส่วนร่วม ในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัยและพยาบาลเจ้าของไข้ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การป้อนอาหาร หรือ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น รวมทั้งการสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การออกกำลังกายตามพิสัยข้อ การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยและพยาบาลเจ้าของไข้คอยสอนและให้คำแนะนำอยู่ตลอดเวลาของการฝึกปฏิบัติกิจกรรมจนผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ มีความกล้า และมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของมิเชล และคณะ (Mitchell et al., 2009) ที่พบว่า การส่งเสริมให้คนในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพสามารถลดความวิตกกังวลของคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ นอกจากนี้ยังคงให้การพยาบาลตามโปรแกรมในด้านการยอมรับและเคารพ และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยเน้นการให้ข้อมูลและประเมินความพร้อมของผู้ดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน และใช้องค์ประกอบด้านการประสานความร่วมมือ โดยสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการ การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทั้งนี้เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ที่เพียงพอ สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแล้ว รวมทั้งมีแหล่งทรัพยากรที่คอยให้การช่วยเหลือใกล้บ้าน และมีบุคลากรทีมสุขภาพให้คำแนะนำจะยิ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้มากขึ้น (Senawong, 2007)

ในส่วนของการจำกัดการเข้าเยี่ยม กฎระเบียบต่างๆ และสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ส่งเสริมให้ผู้แลเกิดความวิตกกังวลได้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในด้านการยอมรับและเคารพ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการชี้แจงเกี่ยวกับกฎระเบียบ และการปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลอย่างละเอียด ได้แก่ การแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลเปลี่ยนรองเท้าบริเวณหน้าหอผู้ป่วย ล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยม เข้าเยี่ยมตามเวลาที่ระบุไว้ การแนะนำสถานที่ภายในหอผู้ป่วย และให้เบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วยเพื่อผู้ดูแลสามารถสอบถามอาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ และสามารถปฏิบัติ

ตามกฎระเบียบของหอผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น รวมทั้งการชี้แจงลักษณะสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมกับอธิบายเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อติดตามอาการ ให้แก่ผู้ดูแลได้เข้าใจบริเวณข้างเตียง ตลอดจนให้ผู้ดูแลซักถามได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลคลายความกลัว และความวิตกกังวลลดลงต่อสภาพแวดล้อมที่กำลังเผชิญ (Ghazavi, Feshangchi, Alavi, & Keshvari, 2016)

จากผลการศึกษาครั้งนี้อีกประเด็นหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของการดูแลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองนั้น ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในขณะนั้นที่ข้างเตียง และทางโทรศัพท์ รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยผ่านวีดีโอโดยที่พยาบาลไม่ได้เข้าอธิบายร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องของเวลา และภารกิจที่มากในการพยาบาลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลอาจยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค หรือเข้าใจไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดความสงสัย เกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งอาการของผู้ป่วยบรรเทาลง จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลยังต้องการข้อมูลจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้เพียงพอตลอดระยะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหอหอผู้ป่วย เมื่อได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอจึงทำให้ญาติยังคงวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง (Rattanapreechakul, 2012) อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลองเช่นกัน (Panyasai, 2010)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มาส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยทุกกระบวนการ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เมื่อผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล เพื่อพิจารณากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

2. พยาบาลผู้สนใจในการใช้โปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ควรได้รับการฝึกฝนเพื่อให้สามารถนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT)

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ

3. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อเป็นการประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลควรมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลำเอียงในการวัดผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

Ahmann, E., & Dokken, D. (2014). Patient-and family-centered transitions from pediatric to adult care. *Pediatric Nursing, 40*(6), 307-309.

Balhara, Y. P. S., Verma, R., Sharma, S., & Mathur, S. (2012). A study of predictors of anxiety and depression among stroke patient-caregivers. *Journal of Mid-Health, 3*(1), 31-35.

Baning, K. M. (2012). *Outcomes of a comprehensive patient and family-centered care program in an adult intensive care unit (Doctoral dissertation). University of Arizona.* Retrieved from http://gradworks.umi.com/3507312.pdf

Charnnarong, N., & Chutinet, O. (2010). *Neuroscience 1.* Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)

Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness, *Critical Care Nurse, 29*(3). doi: 10.4037/ccn2009611

Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (1992). *Nursing research with basic statistical application.* Boston: Jones & Barlett.

Ghazavi, Z., Feshangchi, S., Alavi, M., & Keshvari, M. (2016). Effect of family-oriented communication skills training program on depression, anxiety and stress in older adults: A randomized clinical trial. *Nurse Midwifery study, 5*(1), doi: 10.17795/nmsjournal28550

Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology, 35,* 20-28. doi:10.1053/j.semperi.2010.10.004

Institute for Patient-Family Centered Care. (2015). *Patient-and family-centered care.* Retrieved from http://www.familycenteredcare.org

Keawpralad, A. (2009). *The study of family-centered care continuing care in first stroke patients* (Master' s thesis). Hua Chiew Chalermprakiet University. (In Thai)

Limphasathan, K. (2010). *Stroke.* Chiang Mai: Surgery Unit Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (in Thai)

Menlove, L., Crayton, E., Kneebone, L., Crooke, R. A., Otto, E., & Harder, H. (2014). Predictors of anxiety after stroke: A systematic review of observational studies. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease, 24*(6), 1118-1119. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.12.036

Mitra, Z., Pravaneh, A., Fatemeh, B., & Hamid, H. (2015). Comparison of two educational methods (family-centered and patient-centered-care) on hemodialysis: Related complications. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research, 20*(1), 87-92.

Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care, 18*(6), 543-552.

NIational Institute of Neurological Disorders and Health Stroke scale. (1999). *NIH stroke scale.* Retrieved from http://www.nihstrokescale.org

National Stroke Association. (2012). *Stroke recovery.* Retrieved from http://www.stroke.org

Office of Strategic Policy. (2012). *Individual patient database universal health coverage and welfare for medical treatment of civil servants and families Office of Strategic Policy Ministry of Public Health.* Retrieved http://www.thai.cd.com/information-statistic/noncommunicable-disease data.php (in Thai)

Omalley, P. J., Brow, K., Krung, S. E., & the Committee on pediatric emergency medicine. (2008). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *American Academy of Pediatrics, 122*(2). doi: 10.1542/peds.2008-1569

Panyasai, K. (2010). *Effect of information and emotional support on anxiety and satisfaction among family members of patients in general intensive care unit, Lampang Hospital* (Master' s thesis). Chiang Mai University. (in Thai)

Rattanapreechakul, B. (2012). *The development of anxiety reduction pattern for family caregivers of stroke patients at the tertiary level hospital in Suphanburi province* (Master' s thesis). Christian University. (in Thai)

Senawong, P. (2007). *Effect of providing information based on family-centered care concepts on anxiety level of mothers who had a low-birth-weight infant* (Master' s thesis). Mahidol University. (in Thai)

Singdong, P., & Jitpanya, C. (2011). Caring for relatives of critically ill patients: Relatives' perspectives. *Princess of Naradhiwas University Journal, 3*(3), 17-32. (in Thai)

Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trend in theory and research* (pp. 23-49). New York: Academic press.

Stroke Unit. (2013). *Statistics of patients admitted to the stroke ward. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.* (in Thai)

World Health Organization. (2015). *Cerebrovascular accident.* Retrieved from http://www.WHO.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

Wilz, G., & Kalytta, T. (2008). Anxiety symptoms in spouses of stroke patient. *Cerebrovascular Disease, 25*(4), 311-315. doi: 10.1159/000118375

Zajicek-Farber, M. L., Lotrecchiano, G. R., Long, T. M., & Farber, J. M. (2015). Parental perception of family centered care in medical homes of children with neurodevelopmental disabilities. *Maternal Child Health Journal,* 1-12. doi: 10.1007/s10995-015-1688-z

ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
Factors Predicting Self-Management Among Older Persons with Benign Prostatic Hyperplasia

อภินภัส	ประจวบ *	Aphinphus	Prajuab *
โรจนี	จินตนาวัฒน์ **	Rojanee	Chintanawat **
กนกพร	สุคำวัง **	Khanokporn	Sucamvang **

บทคัดย่อ

โรคต่อมลูกหมากโตเป็นปัญหาสำคัญในระบบทางเดินปัสสาวะ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการใช้ชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุชาย ซึ่งการจัดการตนเองที่เหมาะสมเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดผลกระทบจากโรคเรื้อรังนี้ได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 120 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต และเข้ารับการบริการที่งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลลำปาง รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือ จำนวน 5 ฉบับ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการจัดการตนเองด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันและด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ส่วนการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 8 (R^2 = 0.08, F = 10.234, p < .01) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองมีอำนาจในการทำนายสูงสุด (β = .282, p < .01) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการตนเอง

ผลของการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตต่อไป

คำสำคัญ: *ปัจจัยทำนาย การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุ โรคต่อมลูกหมากโต*

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Lampang Hospital, aphinphuspra@hotmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 21 มีนาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 8 สิงหาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 14 ธันวาคม 2559

Abstract

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a major problem of the urinary system. BPH affects the daily and social life of older males. Suitable self-management is a method for reducing the impact of this chronic disease. The objective of this study was to describe self-management skills and examine predicting factors of self-management in older persons with BPH. The predicting factors included knowledge on disease and self-management practices, self-efficacy regarding self-management, and social support. Participants were people aged 60 years and over who were diagnosed with BPH and attending the urological outpatient clinic at Lampang Hospital (n = 120). Data were collected through interviews using five instruments. These instruments consisted of demographic data record form, self-management behavior scale, knowledge on disease and self-management practices scale, self-efficacy regarding self-management scale, and social support scale. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that:

1. The overall self-management score of the participants was at a moderate level. Dimensions of self-management, role, and emotional management were at a high level. The other dimension of self-management, medical management, was at a moderate level.

2. Only self-efficacy was a significant predictor for self-management and was able to explain 8% of variance in older persons with BPH ($R2 = 0.08$, $F = 10.234$, $p < .01$). Self-efficacy regarding self-management ($\beta = .282$, $p < .01$) was the most important predictor of self-management among older persons with BPH. Knowledge on disease and self-management practices as well as social support had no significant prediction for self-management.

The results of this study can be used as basic information for nurses and healthcare providers to develop self-management programs for older persons with BPH.

Keywords: *Factors predicting, Self-management, Older persons, Benign prostatic hyperplasia*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคระบบทางเดินปัสสาวะ แม้มิใช่โรคที่มีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต แต่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม และเป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุชาย รวมทั้งอุบัติการณ์การเกิดโรคสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ในประเทศไทยมีรายงานสถิติโรคต่อมลูกหมากโตประจำปีของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2553 2554 และ 2555 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 50,352 คน 52,529 คน และ 57,529 คน ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลลำปาง พบผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ในปี พ.ศ. 2556-2557 จำนวน 4,091 คน และ 4,276 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 และ ร้อยละ 83.7 จากจำนวนผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตของจังหวัดลำปางทั้งหมด

โรคต่อมลูกหมากโตในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด มีแต่เพียงการตั้งสมมุติฐานว่าน่าจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนแอนโดรเจน (androgen)

ชนิดไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (Dihydrotestosterone: DHT) ซึ่งในผู้สูงอายุพบว่า มีระดับสูงตลอดเวลา และมีการเผาผลาญมาก จึงทำให้มีการคั่งของฮอร์โมนนี้ในต่อมลูกหมาก ร่วมกับมีการกระตุ้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต จึงทำให้ต่อมลูกหมากโตกดเบียดท่อปัสสาวะ เกิดภาวะอุดตันของการขับถ่ายปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดอาการปัสสาวะที่ผิดปกติ มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตในด้านต่างๆ เป็นต้นว่า ด้านร่างกาย ซึ่งอาการปัสสาวะที่ผิดปกติ ทำให้มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะได้แก่อาการปวด ความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (Miranda et al, 2014) รวมทั้งอาการปัสสาวะบ่อยครั้งในช่วงกลางคืน จึงทำให้ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะ เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ไตทำหน้าที่แย่ลง (Boonyaratvej & Santingankul, 2011) ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความกังวลต่อการลุกเข้าห้องน้ำ และกลิ่นของปัสสาวะ จึงเกิดความอับอาย หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า (Fourcade et al., 2012) นอกจากนี้ยังกระทบต่อค่าใช้จ่าย และภาวะเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายในการใช้ยารักษา และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด (Sayani et al., 2014) สำหรับการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตจะคำนึงถึงความรุนแรงของอาการที่ปรากฏซึ่งการรักษามี 3 แบบ ได้แก่ การรักษาโดยการเฝ้ารอดูอาการ (watchful waiting) การรักษาด้วยการใช้ยา (medical management) และการรักษาด้วยการผ่าตัด (surgery) แม้ว่าการรักษาดังกล่าวจะได้ผลดี สะดวก ไม่มีความยุ่งยาก แต่ในผู้สูงอายุอาจพบข้อจำกัดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราของผู้สูงอายุเอง การรักษาด้วยการใช้ยาด้วยกลไกการทำงานของร่างกายในการขับสารเคมีออกจากร่างกายมีประสิทธิภาพที่ลดลง และใช้เวลานานในการขับยาออกจากร่างกาย จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา สำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ผลดี และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง แต่การผ่าตัดในผู้สูงอายุมักเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และใช้เวลาในการพักฟื้นในโรงพยาบาลนาน ดังนั้นหากมีการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตจะช่วยลดความรุนแรง และผลกระทบของอาการปัสสาวะผิดปกติได้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการเรียนรู้ และการปฏิบัติทักษะที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จากแนวคิดการจัดการตนเอง ของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) มีความครอบคลุมการจัดการ 3 ด้าน ดังนี้ การจัดการด้านการรักษา (medical management) การจัดการเกี่ยวกับบทบาทการดำรงชีวิตประจำวัน (role management) และการจัดการด้านอารมณ์ (emotion management) สำหรับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ได้แก่ ด้านการรักษา ประกอบด้วย 1) การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต(lifestyle modifications) ได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การดื่มน้ำ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย 2) การจัดการด้านพฤติกรรม ได้แก่ การฝึกกระเพาะปัสสาวะ การปรับนิสัยการขับถ่ายปัสสาวะ การบริหารกล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน และการบันทึกจำนวนครั้งของการปัสสาวะต่อวัน 3) การรับประทานยา ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา และการสังเกตอาการข้างเคียง และ 4) การพบแพทย์ตามนัด ส่วนการจัดการเกี่ยวกับบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปรับบทบาทที่ตนเองดำรงอยู่ 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การทำหน้าที่บทบาทในครอบครัวและสังคม ส่วนการจัดการตนเองด้านอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และความท้อแท้ใจ ที่เกิดจากการเจ็บป่วย รวมถึงการปรึกษาปัญหากับบุคคลที่ไว้วางใจ บุคคลในครอบครัว และบุคคลากรทางสุขภาพ

การวิจัยที่ผ่านมาศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่ง

เป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ส่วนปัจจัยที่แก้ไขได้ และมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้และการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังและได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่องพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง และสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 41 ($p < .001$) (Ardkitkarn, 2012) และจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตของ สุพรรณษา กลิ่นกล่อม (Klinklom, 2014) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.340, 0.351$ และ 0.285 $p < .01$) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เป็นการให้ข้อมูลและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค เพื่อให้บุคคลเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ค้นหาวิธีป้องกัน และนำมาซึ่งทักษะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และส่งผลให้บุคคลเกิดการจัดการตนเองที่ดี นอกจากนี้การเป็นโรคเรื้อรังอาศัยความรู้ และทักษะที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น (Power et al., 2015(ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตหากมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เป็นต้นว่า มีการใช้ยาสมุนไพร อาจเกิดผลข้างเคียง ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ และอาการปัสสาวะไม่ออก บางรายปฏิบัติตัวต่อโรคไม่เหมาะสม ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ (Ramesh & Kartheek, 2009) ซึ่งการมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ดีส่งผลให้บุคคลเกิดการจัดการตนเองที่ดีตามมา ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวจึงอาจเป็นตัวแปรตัวหนึ่งในการทำนายการจัดการตนเอง นอกจากนี้ การให้ความรู้และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะช่วยเป็นแรงสนับสนุนในการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นใจหรือความมั่นใจของบุคคลในความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมให้ประสมผลสำเร็จ หากบุคคลมีความคาดหวังว่าเมื่อปฏิบัติแล้วจะเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ และเรียนรู้จากการกระทำนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง (Lorig & Holman, 2003) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและเป็นประโยชน์ทางสุขภาพในระยะยาว (Sookkhum, 2015) ปัจจัยดังกล่าวน่าจะทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้ นอกจากความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว ในผู้ป่วยสูงอายุยังต้องการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ซึ่งการจัดการตนเองที่ดีต้องอาศัยการสนับสนุนจากสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง (House, 1981) หากบุคคลได้รับการดูแลจากครอบครัว และสังคม ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเสริมแรงให้เกิดการจัดการตนเองที่ดียิ่งขึ้น (Li, Jiang, & Lin, 2014)ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองดีขึ้น สำหรับในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีการปรับตัวทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เนื่องจากเกิดความอับอาย ความเครียด ความวิตกกังวล แยกตัว และไม่เข้าร่วมสังคม จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต แต่ยังไม่ทราบว่าปัจจัยใดสามารถทำนายการจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และความสามารถในการทำนายการจัดการตนเองของปัจจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

คำถามการวิจัย

1. การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตเป็นอย่างไร

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยที่การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต เป็นการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองขณะที่มีความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วยการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา ซึ่งประกอบด้วย การจัดการด้านการรับประทานอาหาร น้ำ ยา และการจัดการด้านการปฏิบัติตัวต่อโรคต่อมลูกหมากโต 2) การจัดการเกี่ยวกับบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ บทบาทในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตัวผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และบทบาทสมาชิกในครอบครัว และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียดและวิธีการจัดการกับความกังวลท้อแท้หมดกำลังใจ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวได้จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใช้กรอบแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) และการสนับสนุนทางสังคมใช้กรอบแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) หากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เชื่อมั่นในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว และได้รับการสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของหรือทรัพยากร จะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตสามารถจัดการตนเองและควบคุมโรคได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต และเข้ารับการบริการที่งานผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลลำปาง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ออสบอร์น (Osborne, 2000) คือ 1 ตัวแปรที่ศึกษาต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ซึ่งตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 120 ราย และทำการสุ่มเก็บกลุ่มตัวอย่างจากงานเวชระเบียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ไม่คาสายสวนปัสสาวะ

2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

3. ได้รับการประเมินสติปัญญา โดยใช้แบบทดสอบสติปัญญา คาร์น โกล์ดฟาร์บ พอลแลค และเพค (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck, 1960) ได้คะแนนอย่างน้อย 8 ใน 10 คะแนน

4. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต่อมลูกหมากโต ระยะเวลา 5 ปี

5. มีค่าคะแนนระดับความรุนแรงของอาการของต่อมลูกหมากโต ใช้แบบสอบถามอาการของต่อมลูกหมากโตฉบับนานาชาติ (International Prostate Symptom Score: IPSS) ได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน มีระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง

6. ได้รับความยินยอมและให้ความร่วมมือจากผู้สูงอายุ และแพทย์เจ้าของไข้ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรคต่อมลูกหมากโต โรคประจำตัว การดื่มน้ำ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน

2. แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต มีข้อคำถาม 18 ข้อ โดยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ ลักษณะคำตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6,10 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำ มีค่าคะแนน 18-42 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน 43-67 และระดับสูงมีค่าคะแนน 68-90 ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดของ สุพรรณษา กลิ่นกล่อม (Klinklom, 2014) ที่สร้างจากกรอบแนวคิดของลอริกและฮอลแมน ผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Chronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโตและการจัดการตนเอง ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และวิธีการปฏิบัติการจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งมีข้อความทางบวก 20 ข้อ และข้อความทางลบ 4 ข้อได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, และ 19 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำ มีค่าคะแนน 0-8 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน 9-15 และระดับสูงมีค่าคะแนน 16-24 ผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Chronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้

4. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต มีข้อคำถาม 18 ข้อ โดยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านบทบาทที่ดำรงในชีวิตประจำวันและด้านอารมณ์ ข้อคำถามเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 11 ระดับ โดยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลย เพิ่มตามลำดับจนถึง 10 หมายถึงมีความมั่นใจอย่างเต็มที่ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-180 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำ มีค่าคะแนน 0-61 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน 62-120 และระดับสูงมีค่าคะแนน 121-180 ผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และ

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Chronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้

5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง และ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ มีค่าคะแนน 12-23 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน 24-35 และระดับสูงมีค่าคะแนน 36-48 ผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Chronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้

การศึกษาครั้งนี้ แบบวัดตัวแปรทุกตัวได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) และมีความเที่ยงตรงที่ยอมรับได้มาแล้ว ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเครื่องมือ จึงไม่ทดสอบความเที่ยงตรงซ้ำ ผู้วิจัยได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้ง 4 ชุดไปทดลองความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89, 0.89, 0.87 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลลำปาง เพื่อพิจารณาการรับรอง เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงเกี่ยวกับการยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามลงในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การเผยแพร่นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำปาง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดที่ผ่านการซักประวัติ วัดสัญญาณชีพจากพยาบาล ขณะรอรับการตรวจจากแพทย์บริเวณหน้าห้องตรวจศัลยกรรม ผู้วิจัยอ่านคำถามแบบสอบถาม 5 ชุด โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ดำเนินการจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ แล้วนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความครบถ้วนและทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์อำนาจทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จำนวน 120 คน มีอายุระหว่าง 60-85 ปี มีอายุเฉลี่ย 69.68 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 สถานภาพหม้ายหรือหย่าร้าง ร้อยละ 16.67 การศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 53.33 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.83 และมีรายได้จากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 56.67 รายได้จากเงินบำนาญ ร้อยละ 21.67 และมีความเพียงพอของรายได้ในการรักษา

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต ระยะเวลามากกว่า 5 ปี และระยะเวลา 2-5 ปี เท่ากันคือ ร้อยละ 37.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของต่อมลูกหมากโตอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 72.50 และระดับปานกลาง ร้อยละ 27.50 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.17 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดื่มน้ำมากกว่า 6 แก้วต่อวัน ร้อยละ 76.67 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.50 และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีนผสม ร้อยละ 90.83

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 61.89 คะแนน (S.D. = 4.99) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.83 มีระดับคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.66 คะแนน (S.D. = 4.22) และรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองด้านการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย 43.20 คะแนน (S.D. = 3.78) ส่วนคะแนนการจัดการตนเองด้านบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ย 9.43 คะแนน (S.D. = 1.67) และคะแนนการจัดการตนเองด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 9.17 คะแนน (S.D. = 1.81) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการจัดการตนเองด้านบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.00 และ90.00 ตามลำดับ มีเพียงการจัดการตนเองด้านการรักษาที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 99.17

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องการจัดการตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองเฉลี่ย 16.77 คะแนน (S.D.= 2.92) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเฉลี่ย 134.49 คะแนน (S.D.= 19.57) และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 32.25 คะแนน (S.D.= 7.02) เมื่อพิจารณาระดับคะแนนของแต่ละตัวแปร พบว่าตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการจัดการตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง มีระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง มีเพียงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำนายการจัดการตนเอง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการจัดการตนเอง พบว่า ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.08 สามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 8.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย เท่ากับ ±3.065 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายพบว่าตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองสามารถทำนายการจัดการตนเองได้สูงสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น 0.72 กับ 0.282

การอภิปรายผล

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองในการบรรเทาความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของอาการระบบทาง

เดินปัสสาวะส่วนล่าง และสามารถอยู่กับโรคได้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณษา กลิ่นกล่อม (Klinklom, 2014) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นมีศักยภาพในการรับรู้ การคิด และการตัดสินใจในการจัดการตนเองต่อโรคได้ดี และกลุ่มตัวอย่างมีระยะการเวลาเจ็บป่วย มากกว่า 2 ปี ซึ่งระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล และเกิดการเรียนรู้ มีทักษะ และการปรับตัวในการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรค นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง มีความรุนแรงของอาการของโรคต่อมลูกหมากโตระดับเล็กน้อย ซึ่งกระทบต่อการดำรงชีวิตเพียงเล็กน้อย และยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายในการรักษาร่วมกับการมีสถานภาพสมรส จึงอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนในการจัดการตนเอง มีผู้ให้ปรึกษาภาวะเจ็บป่วย และมีความเพียงพอของรายได้เพื่อใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นผลให้เกิดการจัดการตนเองที่ดี

สำหรับระดับคะแนนการจัดการตนเองรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบางพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติน้อย ได้แก่ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่หลังถ่ายปัสสาวะ การไม่รีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการปัสสาวะไม่ออก และการบริหารกล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน อาจเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่รุนแรงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจต่อการรักษาน้อย และกระทบต่อการดำเนินชีวิตน้อย (Srikong & Euakit, 2010)

ส่วนการจัดการตนเองด้านบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านบทบาทในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงทำหน้าที่บทบาทในครอบครัวได้ปกติ และมีการปรับตัวในการทำกิจวัตรประจำวันและคงหน้าที่การทำงานที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถจัดการกับบทบาทที่ดำรงในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับอาการเครียดโดย การพูดคุย การทำสมาธิ และการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย เมื่อมีปัญหามีการปรึกษาบุคคลที่ไว้วางใจ และยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่บกพร่อง ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดี (Lee et al., 2014) และยังคงทำหน้าที่บทบาทในครอบครัวได้ดี และมีการดำเนินโรคที่เป็นไปอย่างช้าๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียด และเผชิญความเครียดได้อย่างถูกวิธี

ความสามารถในการทำนายปัจจัยการจัดการตนเองของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการจัดการตนเองได้ร้อยละ 8.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากจะช่วยให้มีการจัดการตนเองต่อโรคต่อมลูกหมากโตได้เพิ่มขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการรับประทานยาให้ครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์แม้ว่าจะมีความยุ่งยาก เมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้เกิดการจัดการตนเอง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการของต่อมลูกหมากโตเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่ได้รับการผ่าตัด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมั่นใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทางเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phetarvut, Wattunyu, & Suwonnaroopm, 2011; Ardkitkarn, 2012)

สำหรับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าการมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวสูง จะมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นก็ตาม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต มีความเข้าใจว่าการกินยาคือจุดประสงค์หลักของการรักษา จึงทำให้เข้าใจว่าความรู้ และการปฏิบัติตัวไม่มีความจำเป็นในการรักษา ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุชายโรคต่อมลูกหมากโตมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาในการจัดการอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างได้ดีกว่าการรักษาด้วยการผ่าตัด (Matondang & Rahardjo, 2014)

นอกจากนั้นปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้เช่นกัน เป็นไปในทำนองเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ (Phetarvut et al., 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น ผู้สูงอายุตอนต้น มีการประกอบอาชีพ และมีรายได้เพียงพอในการดำรงชีพ จึงมีโอกาสที่ดีในการแสวงหาแหล่งที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการตนเอง เอื้อให้บุคคลสามารถจัดการตนเองได้ ตลอดจนการเข้าถึงการบริการได้อย่างเหมาะสม จึงไม่พึ่งพาสังคม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่อาศัยอยู่กับคู่สมรส รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย และเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นที่พึ่งของสมาชิกในครอบครัวมากกว่าที่จะพึ่งพาสังคม จึงไม่ต้องการพึ่งพาจากบุคคลรอบข้าง และสังคมในการจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยด้านอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตที่มีระดับความรุนแรงมาก

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีการจัดการที่ดี

เอกสารอ้างอิง

Ardkitkarn, S. (2012). Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Nursing Science, 56*(40), 22-25. (in Thai)

Boonyaratvej, P., & Santingankul, A. (2011). *Benign prostatic hyperplasia.* Bangkok: Amarin printing and publishing. (in Thai)

Fourcade, R. O., Lacoin, F., Roupret, M., Slama, A., Le Fur, C., Michel, E., Cotte, F. E. (2012). Outcomes and general health-related quality of life among patients medically treated in general daily practice for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *World Journal Urology, 30*(3), 419-426. doi:10.1007/s00345-011-0756-2

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* California: Addison-Wesley.

Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measure for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry, 117,* 326-328.

Klinklom, S. (2014). *Self-management behaviors and relate factors among older persons with benign prostatic hyperplasia* (Master of Nursing Science, Gerontological Nursing). Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)

Lee, H. W., Kim, S. A., Nam, J. W., Kim, M. K., Choi, B. Y., & Moon, H. S. (2014). The study about physical activity for subjects with prevention of benign prostate hyperplasia. *International Neurology Journal, 18*(3), 155-162. doi:10.5213/inj.2014.18.3.155

Li, H., Jiang, F. Y., & Lin, C. C. (2014). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies, 51,* 208-216. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.05.012

Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7.

Matondang, F. A., & Rahardjo, H. E. (2014). Management of male lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia by general practitioners in Jakarta. *Prostate International, 2*(2), 97-103. doi:10.12954/pi.14040

Miranda, P. E., Gomes, M. C., Torricelli, M. C. F., Junior, B. J., Castro E. J., SilvaFerruri, G. A., Srougi, M. (2014). Nocturia is the lower urinary tract symptom with greatest impact on quality of life of men from a community setting. *International Neurology Journal, 18,* 86-90. doi:10.5213/inj. 2014.18.2.86

Osborne, J. W. (2000). Prediction in multiple regression. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 7*(2), 1-6.

Phetarvut, S., Wattunyu, N., & Suwonnaroop, N. (2011). Factors predicting diabetes self-management behavior among patient with diabetes mellitus type 2. *Journal of Nursing Science, 29*(4), 18-26. (in Thai)

Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... Vivian, E. (2015). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care, 38,* 1372-1382. doi: 10.2337/dc15-0730

Ramesh, A., & Kartheek, S. (2009). Study of impact of patient education on health related quality of life in benign prostatic hyperplasia (BPH) patient in A South Indian Teaching Hospital. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research, 2*(4), 97-103.

Srikong, P., & Euakit, N. (2010). *Selected factors related to self-management on dietary control among heart failure patients in lower northeast region* (Master of Nursing Science). Graduate School, Khon Kaen University. (in Thai)

Sayani, A., Ismaila, A., Walker, A., Posnett, J., Laroche, B., Nickel, J. C., & Su, Z. (2014). Cost analysis of fixed-dose combination of dutasteride and tamsulosin compared with concomitant dutasteride and tamsulosin monotherapy in patients with benign prostatic hyperplasia in Canada. *Canadian Urology Association Journal, 8*(1-2), E1-E7. doi:10.5489/cuaj.755

Sookkhum, W. (2015). *Effects perceived self-efficacy in weight controlling promoting program on consumption behaviours waist circumference and body mass index among obese elderly* (Master of Nursing Science). Graduate School, Chulalongkorn University. (in Thai)

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ
Knowledge, Attitudes, and Practice in caring for Diabetic patients with Sexual Dysfunction

ชยธิดา	ไชยวงษ์ *	Chayatida	Chaiwong *
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช **	Chiraporn	Tachaudomdach **
ประทุม	สร้อยวงค์ **	Pratum	Soivong **

บทคัดย่อ

ความบกพร่องทางเพศเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีสาเหตุจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง พยาบาลจะต้องมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศในพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จากศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สระบุรี โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการเก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และได้รับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.59 มีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.00 มีคะแนนเฉลี่ยในด้านทัศนคติต่อความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

3. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.89 มีคะแนนเฉลี่ยในด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศอยู่ในระดับต่ำ

4. ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$, $p < .05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแม้พยาบาลจะมีความรู้แต่ยังปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศในระดับต่ำ จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

* *ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, chayatida@bcnc.ac.th*

** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University,*

วันที่รับบทความ 31 ตุลาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 3 ธันวาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 26 ธันวาคม 2561

ที่มีความบกพร่องทางเพศ เพื่อช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: *ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ ความบกพร่องทางเพศ*

Abstract

Sexual dysfunction in people diagnosed with diabetes is a common complication caused by high blood sugar levels. Nurses should have knowledge as well as positive attitudes and practice in caring for a person with diabetes. This descriptive correlation research study aimed to study the relationship between nurses' knowledge, attitudes, and practice regarding sexual dysfunction in persons with diabetes. Participants were drawn from trainees attending the Specialty Training Program in Case Management for Chronic Disease (Diabetes and Hypertension) at the Nursing Service Center, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, and Boromarajonani College of Nursing, Praputhabat. Data were collected from July to August 2018. The participants were purposively selected according to the inclusion criterion. The questionnaires were sent to the participants by post. Eighty-five questionnaires (83.33%) were returned from the sample. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. A little more than 70% of the participants (70.59%) had a high level of knowledge regarding sexual dysfunction in persons with diabetes.

2. Most of the participants (80%) had highly positive attitudes regarding sexual dysfunction in diabetes.

3. More than half of the participants (65.89%) had a low level of practice regarding sexual dysfunction.

4. Attitudes were positively correlated with nursing practice ($r = .35$, $p < .05$). However, there were no correlation between knowledge and practice.

The results of this study revealed that although nurses' knowledge and attitudes regarding sexual dysfunction were high, the level of practice was low. Therefore, it is recommended that factors related to nurses' practice in caring for patients with diabetes and sexual dysfunction should be explored further in order to enhance nursing practice.

Keywords: *Knowledge, Attitudes, Practice, Sexual dysfunction*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความบกพร่องทางเพศ (sexual dysfunction) คือ ภาวะที่ทำให้เกิดการไร้ความสามารถที่จะบรรลุความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ เกิดขึ้นได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน ในเพศชาย ได้แก่ ความผิดปกติในการแข็งตัวหรือการหย่อนสมรรถภาพ

ทางเพศ ความผิดปกติในการหลั่ง ความผิดปกติในการถึงจุดสุดยอด และความผิดปกติในความต้องการทางเพศ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ ความผิดปกติเกี่ยวกับการเล้าโลม ความผิดปกติเกี่ยวกับการถึงจุดสุดยอด และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ จากสถิติของต่างประเทศพบผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพศชายมีความบกพร่องทางเพศได้ร้อยละ 14.00 (Ziaei-Rad, Vahdaninia, & Montazeri, 2010) ถึงร้อยละ 71.10 (Ugwu, Ezeani, Onung, Kolawole, & Ikem, 2016) เพศหญิงพบร้อยละ 8.90 ถึงร้อยละ 84.40 (Sharifiaghdas, Azadvari, Shakhssalim, Roohi-Gilani, & Rezaei-Hemami, 2012) สำหรับในประเทศไทยพบเพศชายที่มีความบกพร่องทางเพศร้อยละ 23 (Kongkanand, 2000) ถึงร้อยละ 83.30 (Eamudomkarn et al., 2015) แต่ยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับภาวะความบกพร่องทางเพศในเพศหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศในเพศชายทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 322 ล้านคน (Ayta, Mckinlay, & Krane, 1999) จากสถิติที่ผ่านมาพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของความบกพร่องทางเพศอย่างต่อเนื่อง ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เช่น ความตื่นตัวทางเพศลดลง ความต้องการทางเพศลดลง และอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลและการสูญเสียภาพลักษณ์ ความมั่นใจและการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง อีกทั้งยังมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น และอาจทำให้สัมพันธภาพระหว่างคู่สามีและภรรยาลดลง จึงเป็นปัญหาที่พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรเห็นถึงความสำคัญ

บทบาทสำคัญของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีปัญหาบกพร่องทางเพศได้รับการแก้ไขปัญหาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยที่ผ่านมาพบว่าการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมิน และการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศเป็นสิ่งที่ไม่ค่อยได้พบในการทำงานในแต่ละวันของพยาบาล (Saunamaki & Engstrom, 2013) และผู้วิจัยได้สำรวจนำร่องโดยการสอบถามเบื้องต้นจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 พบว่า พยาบาลจำนวน 7 คน ไม่เคยให้การดูแลแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ทราบมาก่อนว่าโรคเบาหวานส่งผลทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศ

ที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรัง จึงได้มีการพัฒนาโดยการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้องรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยประเด็นสำคัญในการจัดการรายกรณีโรคเบาหวาน คือ การค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและผู้เป็นโรคเบาหวาน การประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพ การวินิจฉัย และการส่งต่อที่เหมาะสม การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ควบคุมโรคเบาหวานได้ดีและไม่ดี รวมถึงกลุ่มโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุม ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยประเมินจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเท้า การส่งพบทันตภิบาล ตรวจจอประสาทตา และการทำงานของไต รวมไปถึงการจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และการประสานดูแลส่งต่อที่เหมาะสม (Sangeam, 2015) และการศึกษาของราตรี โกศลจิตร และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (Kosonjit & Noimuenwai, 2017) ได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิกของผู้ป่วยเบาหวาน หลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเห็นได้ว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้องรัง เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะ รวมถึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการ

ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเสี่ยงต่อการเกิดโรค จนถึงระยะลุกลามเกิดภาวะแทรกซ้อน และจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษา การจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีการรักษาและการรักษาทางเลือกได้อย่างเหมาะสม (Pragodpol, 2017)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ ประกอบด้วย การประเมิน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ การรักษา วิธีการจัดการเมื่อเกิดความบกพร่องทางเพศ และการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ในการปฏิบัติของพยาบาลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน รวมถึงความรู้และทัศนคติ จากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติในระดับน้อยหรือไม่ได้ปฏิบัติเลยในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ (Lo, Fu, Wong, & Chen, 2014) เนื่องจากพยาบาลมีความรู้สึกอายและลำบากใจ อีกทั้งพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศไม่เพียงพอ การมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศได้ (Saunamaki & Engstrom, 2013)

ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับภาวะที่ทำให้เกิดการไร้ความสามารถที่จะบรรลุความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นได้ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศ ผลกระทบของความบกพร่องทางเพศ การรักษา และการจัดการเมื่อเกิดความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จากการศึกษาของโคโตนัวลาส ปาปาโดเปาโล และพาทิราคิ (Kotronoulas, Papadopoulou, & Patiraki, 2009) พบว่า พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศไม่เพียงพอ มีความรู้สึกกังวลหรือกลัวที่จะให้ความรู้ หากพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศที่มีความถูกต้อง ละเอียด และทันสมัยอยู่ตลอดเวลา จะช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศได้ดีมากยิ่งขึ้น

ทัศนคติของพยาบาลต่อความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นซึ่งนำไปสู่การแสดงออกของพยาบาลในการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะที่ทำให้เกิดการไร้ความสามารถที่จะบรรลุความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ เกิดขึ้นได้ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน การมีทัศนคติที่ดีของพยาบาลจะช่วยแก้ปัญหาความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความรู้สึกลำบากใจ รู้สึกไม่ผ่อนคลาย บางคนเห็นว่าความบกพร่องทางเพศเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม (Akinci, 2011) หากพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศและมีทัศนคติที่ดีต่อความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จะทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศมากยิ่งขึ้น (Saunamaki & Engstrom, 2013)

บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศ ในสังคมและวัฒนธรรมไทย บุคคลมักไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศในที่สาธารณะ คิดว่าการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และบางคนคิดว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอายไม่ควรนำมาเปิดเผย เมื่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีปัญหาความบกพร่องทางเพศจึงไม่ได้เปิดเผยให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ ทำให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือ นอกจากนี้พยาบาลอาจจะหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ เพราะมีความคิดว่าการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศเป็นการรุกล้ำความเป็นส่วนตัว (Ayaz, 2013)

ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศของพยาบาล เนื่องจากการปฏิบัติของพยาบาลที่เหมาะสม

จะช่วยบรรเทาปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องทางเพศของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ หากพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อความบกพร่องทางเพศจะทำให้การปฏิบัติการดูแลแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพ และปัญหาความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานก็จะไม่ได้รับการประเมินและการแก้ไขจากบุคลากรทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาทัศนคติของพยาบาลต่อความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นอย่างไร
2. ทัศนคติของพยาบาลต่อความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นอย่างไร
3. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศของพยาบาลเป็นอย่างไร
4. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ทำให้การดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศที่เป็นโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ซึ่งความรู้ คือความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ ทั้งในเรื่องสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศ การประเมิน การดูแล และการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ สำหรับทัศนคติ คือ ความรู้สึกและความคิดเห็นซึ่งนำไปสู่การแสดงออกของพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ และการปฏิบัติ คือ การกระทำของพยาบาลที่เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การประเมิน การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ การที่พยาบาลจะให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศได้อย่างมีคุณภาพนั้น ต้องมีทั้งความรู้ที่เพียงพอและทัศนคติที่ดีต่อความบกพร่องทางเพศ จะทำให้การปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) จากศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สระบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ 0.8 และกำหนดอิทธิพลของขนาดตัวอย่างสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (effect size) ที่ระดับ 0.5 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลระดับกลาง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 85 ราย (Cohen, 1992) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 102 ราย โดยทำการสุ่มตัวอย่างจากการสุ่มจับสลากรายชื่อ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับจำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 1 ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับของโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ประสบการณ์การได้รับการอบรมหรือการศึกษาต่อเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นเบาหวาน การได้รับความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศ ผลกระทบของความบกพร่องทางเพศ การรักษา และการจัดการเมื่อเกิดความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบประเมินภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Questionnaire for Evaluating Erectile Dysfunction) ของจิลลานิ และคณะ (Gillani et al., 2011) ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรคูเดอร์และริชาร์ดสัน 20 (The Kuder - Richardson formula 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

3) แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

4) แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ ประกอบด้วย การประเมิน การให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศ ผลกระทบของความบกพร่องทางเพศ การรักษา และวิธีการจัดการเมื่อเกิดความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยครั้งที่ 1 เลขที่ 2561 - 061 รหัสโครงการ 2561 - EXP045 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา และผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สระบุรี เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการติดต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยส่งแบบประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และแบบตอบรับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (พร้อมกับติดแสตมป์ส่งกลับ) กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยได้ลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา และผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สระบุรี ที่ได้เปิดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้รับผิดชอบการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อขอรายชื่อพร้อมกับที่อยู่ของผู้ที่ผ่านการอบรม เพื่อประชาสัมพันธ์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการติดต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยจะส่งแบบประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และแบบตอบรับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (พร้อมกับติดแสตมป์ส่งกลับ) หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยส่งซองจดหมายที่ด้านในมีเครื่องมือวิจัย จำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 3) แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ และ 4) แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ พร้อมทั้งเอกสารคำชี้แจงทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้วส่งกลับโดยผู้วิจัยแนบซองจดหมายพร้อมกับติดแสตมป์และที่อยู่ในซองจดหมาย โดยกำหนดรับแบบสอบถามกลับคืนภายหลังจากได้รับแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ และผู้วิจัยได้ทำการติดตามแบบสอบถามโดยการส่งไปรษณียบัตรขอบคุณไปยังกลุ่มตัวอย่างทุกคน พร้อมทั้งขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ตอบแบบสอบถามส่งแบบสอบถามกลับ หลังจากการส่งแบบสอบถามไป 1 สัปดาห์ และผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุดที่ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ หรือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับการวัดของตัวแปร สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ ผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov – Smirnov test) พบว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.30 มีอายุเฉลี่ย 43.78 ปี (S.D. = 6.67) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.50 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 78.82 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 - 10 ปี ร้อยละ 56.47 ระยะเวลาการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.65 ปี (S.D. = 5.17) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 92.94 และไม่เคยให้ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ ร้อยละ 49.41

2. ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

ร้อยละ 70.59 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.87 คะแนน (S.D. = 2.84) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (n = 85)

ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	60	70.59
ระดับปานกลาง	25	29.41
คะแนนโดยรวม (Range = 9 - 23, Mean = 17.87, S.D. = 2.84)		

3. ทัศนคติของพยาบาลต่อความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.00 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.81 คะแนน (S.D. = 5.19) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ทัศนคติของพยาบาลต่อความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (n = 85)

ทัศนคติของพยาบาลต่อความบกพร่องทางเพศ ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	68	80.00
ระดับปานกลาง	17	20.00
คะแนนโดยรวม (Range = 29 - 55, Mean = 44.81, S.D. = 5.19)		

4. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65.85 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.41 คะแนน (S.D. = 7.57) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศโดยรวม (n = 85)

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความบกพร่องทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	16	18.82
ระดับปานกลาง	13	15.29
ระดับต่ำ	56	65.89
คะแนนโดยรวม (Range = 8 - 32, Mean = 15.41, S.D. = 7.57)		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ

ทัศนคติของพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35$, $p < .05$) ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ (n = 85)

	การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ	
	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	.14	.18
ทัศนคติ	.35	.001*

* $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้จากพยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.94 อายุการทำงานเฉลี่ย 7.65 ปี (S.D. = 5.17) แสดงว่าพยาบาลมีการดูแลและพบปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน การที่พยาบาลได้รับการพัฒนาหรือการฝึกอบรมจะนำไปสู่การแก้ไขช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้ (Abdullah, Senany, & Khaled Al-Otheimin, 2017) ผลการศึกษาครั้งนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของซัวนามากิ และเอิงสตรอม (Saunamaki & Engstrom, 2013) พบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาความบกพร่องทางเพศที่ส่งผลต่อผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศในระดับสูง อาจเป็นผลจากการได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศ และพยาบาลรับรู้ว่าความรู้ของตนเองสามารถช่วยแก้ปัญหาสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศได้ นอกจากนี้การได้รับการประชุมในหน่วยงานเพิ่มเติม รวมไปถึงการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องความบกพร่องทางเพศ จึงทำให้ระดับความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

2. ทัศนคติของพยาบาลต่อความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้จากพยาบาลมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.94 อายุการทำงานเฉลี่ย 7.65 ปี (S.D. = 5.17) และมีอายุเฉลี่ย 43.78 ปี (S.D. = 6.67) เมื่อพยาบาลมีประสบการณ์การทำงานเป็นระยะเวลานานและอายุมากขึ้น ระดับของทัศนคติต่อความบกพร่องทางเพศก็จะดีมากขึ้นตามกัน (Akinci, Yildiz, & Zengin, 2011) ดังเช่นการศึกษาของสเตน บาร์นอสัน และโมแซก (Steinke, Barnason, & Mosack, 2011) พบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศในโรคหัวใจมีทัศนคติที่ดีและมีความรู้สึกสะดวกใจต่อการดูแล เนื่องจากพยาบาลทราบว่าเป็นบทบาทของวิชาชีพ ในขณะที่การศึกษาของเอิร์กสตรอม นีลสัน เอเพล พัลเมียส และมาร์เทนสัน (Ekstrom, Nillson, Apell, Palmius & Martensson, 2016) พบว่าพยาบาลมีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำเมื่อให้การดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศ อาจเกิดจากความรู้สึกไม่สบายใจและคิดว่าผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกไม่สบายใจเช่นกัน ซึ่งมาจากความรู้ที่ไม่เพียงพอ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศน้อย ทำให้มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศต่ำ

3. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 70 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศอยู่ใน

ระดับต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้จากบริบทของทั้งทางด้านสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ไม่กล้าแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ การพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน คิดว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอายหรือเป็นเรื่องหยาบคายไม่ควรนำมาเปิดเผย และพยาบาลบางคนคิดว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว (Wilainuch, 2007) อีกทั้งจำนวนผู้ที่มารับบริการมีจำนวนมาก ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศได้อย่างเต็มที่ และพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้ที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศจึงไม่กล้าที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหานี้ และในประเทศไทยในทางการแพทย์ยังไม่มีการวินิจฉัยเรื่องความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ชัดเจน ซึ่งมักมองเรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมดา ทำให้พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาจึงไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของโฮกสตรา ลีค คูเปอรัส แซนเดอร์แมน และจาร์มา (Hoekstra, Leegte, Couperus, Sanderman, & Jaarsma, 2012) ศึกษาในพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศในโรคหัวใจ พบว่า มีเพียงร้อยละ 1 ที่พยาบาลให้การประเมินเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ และมีถึงร้อยละ 50 ที่พยาบาลไม่ได้มีการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศไปยังผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งมาจากการขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน ขาดประสบการณ์การอบรมเพิ่มเติม และยังรวมถึงปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม

4. ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ อธิบายได้ว่าอาจเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี และกลุ่มตัวอย่างทุกรายผ่านการอบรมเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ทำให้มีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ และมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จึงทำให้มีทัศนคติที่ดีและส่งผลถึงการปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นระยะเวลานาน จะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ (Saunamaki, Andersson, & Engstrom, 2010)

ในส่วนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ ($r = .14$, $p = .18$) อธิบายได้ว่าการที่พยาบาลมีความรู้อยู่ในระดับสูง แต่ไม่ได้ปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศ อาจเนื่องมาจากบริบทการทำงานของพยาบาลในประเทศไทย มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นจำนวนมาก ทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีจะนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติงาน พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมให้มีความตระหนักในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องทางเพศ เพื่อให้พยาบาลให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านนโยบาย ผู้บริหารควรมีนโยบายในการสนับสนุนและเอื้ออำนวย เช่น การจัดการอบรมเรื่องความบกพร่องทางเพศ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีการปฏิบัติการประเมิน การให้คำแนะนำ และการส่งต่อเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศ

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศ

เอกสารอ้างอิง

Abdullah, H. W., Senany, A. S., & Otheimin, A. K. H. (2017). Capacity building for nurses' knowledge and practice regarding prevention of diabetic foot complications. *International Journal of Nursing Science, 7*(1), 1-15.

Akinci, C. A. (2011). The comfort levels of nurses during clinical experience which include sexual topics. *Sexuality and Disability, 29,* 239-250.

Akinci, C. A., Yildiz, H., & Zengin, N. (2011). The level of comfort among nursing students during sexual counseling to patients who have chronic medical conditions. *Sexuality and Disability, 29,* 11-20.

Ayaz, S. (2013). Sexuality and nursing process: A literature review. *Sexuality and Disability, 31,* 3-12.

Ayta, I. A., Mckinlay, J. B., & Krane, R. J. (1999). *The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences.* Bob Jones University.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Eamudomkarn, N., Khampitak, K., Sothornwit, J., Phunikhom, K., Kunatippapong, N., & Khampitak, T. (2015). Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in patient visiting Andropause Clinic, Srinagarind Hospital, Thailand. *The Journal of obstetrics and Gynecology, 23*(1), 59-66.

Ekstrom, C. A., Nillsson, L., Apell, C., Palmius, D., & Martensson, B. L. (2016). Nurse challenges of supporting hospitalized patients regarding sexual-health issue. *Journal of Nursing and Care, 5*(3), 1-6.

Gillani, W. S., Sulaiman, S. A. S., Khalid, Y., Sari, O. Y., Baig, M., & Amin, A. (2011). Psychosocial survey on erectile dysfunction among diabetic and non-diabetic attributes, Penang, Malaysia. *Journal of Public Health and Epidemiology, 3*(5), 221-233.

Hoekstra, T., Leegte, L. I., Couperus, F. M., Sanderman, R., & Jaarsma, T. (2012). What keep nurses from the sexual counsel of patients with heart failure? *Heart and Lung, 41,* 492-499.

Kongkanand, A. (2000). Prevalence of erectile dysfunction in Thailand. Thai Erectile Dysfunction Epidemiological Study Group. *International Journal of Andrology, 23,* 77-80.

Kosonjit, R., & Noimuenwai, P. (2017). Effectiveness of case management in patients with diabetic mellitus at Pak Phli hospital, Nakorn Nayok Province. *Nursing Journal, 42*(1), 26 - 38. (in Thai)

Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., & Patiraki, E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. *Support Care Cancer, 17,* 479-501.

Lo, H. W., Fu, N. S., Wong, C. K. H., & Chen, E. S. (2014). Prevalence, correlates, attitude and treatment seeking of erectile dysfunction among type 2 diabetic Chinese men attending primary care outpatient clinics. *Asian Journal of Andrology, 16,* 755-760.

Pragodpol, P. (2017). Nurse case manager for chronic disease. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 28*(1), 112 - 121. (in Thai)

Saunamaki, N., Andersson, M., & Engstrom, M. (2010). Discussing Sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing, 66*(6), 1308-1316.

Saunamaki, N., & Engstrom, M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing, 23,* 531-540.

Sharifiaghdas, F., Azadvari, M., Shakhssalim, N., Roohi-Gilani, K., & Rezaei-Hemami, M. (2012). Female sexual dysfunction in type 2 diabetes: A case control study. *Medical Principles and Practice, 21*(6), 554-559.

Sangeam, S. (2015). *Case management in patients with diabetes mellitus and hypertension* (3rd ed.). Bangkok: Wattana Enterprise. (in Thai).

Steinke, E. E., Barnason, S., & Mosack, V. (2011). Change in myocardial infarction-specific sexual counseling by cardiac nurse. *Dimension of Critical Care Nursing, 30*(6), 331-338.

Ugwu, T., Ezeani, I., Onung, S., Kolawole, B., & Ikem, R. (2016). Predictors of erectile dysfunction in men with type 2 diabetes mellitus referred to a tertiary healthcare centre. *Advances in Endocrinology, 8712*(62), 1-14. doi: 10.1155/2016/9753154

Wilainuch, P. (2007). *Communication between nurses and person living with HIV: Talking about death and sex.* School of Communication Arts, The University of the Thai Chamber of Commerce. (in Thai)

Ziaei-Rad, M., Vahdaninia, M., & Montazeri, A. (2010). Sexual dysfunctions in patients with diabetes: A study from Iran. *Reproductive Biology and Endocrinology, 50*(8), 1-8.

ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
Effect of Preparation for Discharge Readiness on Post-Discharge Coping Difficulties Among Caregivers of Older People with Stroke

สุพจน์	ดีไทย *	Supot	Deethai *
ศิริรัตน์	ปานอุทัย **	Sirirat	Panuthai **
ทศพร	คำผลศิริ **	Totsaporn	Khampolsiri **

บทคัดย่อ

ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลจะส่งผลให้ความยากลำบากในการเผชิญปัญหาจากการดูแลที่บ้านลดลง การวิจัยกึ่งการทดลองชนิดมีกลุ่มควบคุมวัดเฉพาะหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 50 ราย โดยการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 24 ราย และ 26 รายตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแผนกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย แบบประเมินความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีแบบสองกลุ่มอิสระจากกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=51.75, S.D.=15.35) และกลุ่มทดลองมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายช่วยให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านลดลง ดังนั้นสามารถนำไปใช้การเตรียมความพร้อมในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: *โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ความยากลำบากในการเผชิญ*

Abstract

Readiness of caregivers in caring for older people with stroke will decrease coping difficulties experienced while providing care at home. This quasi-experimental research, post-test only control

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Samutprakarn Hospital, supotdeethai88@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 20 พฤศจิกายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 30 เมษายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 6 สิงหาคม 2561

group design aimed to examine the effect of preparation for discharge readiness on post-discharge coping difficulties among caregivers of older people with stroke. The sample consisted of fifty family caregivers of stroke patients aged sixty years old and above and hospitalized at Samutprakarn Hospital. The participants were recruited by purposive sampling and assigned into the experimental group or the control group, 24 and 26 participants, respectively. The experimental group received the preparation for discharge readiness program whereas the control group received the regular care. Research instruments consisted of the preparation for discharge readiness plan and the post-discharge coping difficulties scale. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

Research results revealed that the experimental group had a moderate coping difficulty score ($\bar{X}$=51.75, S.D.=15.35). Following discharge, the experimental group had significantly lower post-discharge coping difficulty than the control group at a significant level of $p < .001$.

The result of this study indicates that the preparation for discharge readiness program can reduce the coping difficulties of caregivers in caring for older people with stroke. Therefore, it can be used to prepare family caregivers of older people with stroke during hospitalization.

Keywords: *Stroke, Caregiver, Preparation for discharge readiness, Coping difficulties*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or cerebrovascular disease) เป็นการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องทางระบบประสาทที่พบมากในประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบจำนวนผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 800,000 คนต่อปี และเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการในระยะยาวอีกด้วย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากข้อมูลขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป (World Stroke Organization, 2019) สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีความรุนแรงเป็นลำดับ 1 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Division of non-communicable diseases, 2019) พบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งประเทศต่อประชากรหนึ่งแสนคนเพิ่มขึ้นในปี 2559 ถึง 2561 เท่ากับ 451.36, 467.46 และ 506.20 ตามลำดับ และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 173.91 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนั้นอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ในปี 2559 ถึง 2561 เท่ากับ 48.13, 47.81 และ 47.31 ตามลำดับ (Division of non-communicable diseases, 2019)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดที่มีสาเหตุจากการตีบ อุดตันหรือแตก ส่งผลให้สมองขาดเลือดเกิดเซลล์สมองและเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนและตายในที่สุด โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ 1) โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดโดยพบร้อยละ 80-85 ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองมีการตีบแคบหรืออุดตันทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ 2) โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง พบร้อยละ 15-20 ส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดในสมองแตก (American Stroke Association, 2020) อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคและขนาดของ

เนื้อเยื่อในสมองที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งอาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยเป็นอาการทางระบบประสาท เช่น อ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ กลืนอาหารลำบาก การควบคุมการขับถ่ายผิดปกติ มีปัญหาด้านสติปัญญา และการรับรู้บกพร่อง เป็นต้น จึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น มีความพิการ ทุพพลภาพ พร่องโภชนาการ เป็นต้น ผลกระทบด้านสังคมพบปัญหาการแยกตัวจากสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น (Sennfalt, Norrving, Petersson, & Ullberg, 2019) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า รู้สึกด้อยค่าในตนเอง เครียดและวิตกกังวลอันเป็นผลมาจากภาวะพึ่งพิงผู้อื่น (Rafsten, Danielsson, & Sunnerhagen, 2018)

ในประเทศไทยการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดำรงบทบาทหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกิจกรรมการดูแลด้านร่างกายที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย ส่วนการดูแลด้านการแพทย์ เช่น การจัดการเรื่องยาและอาหาร การฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การพาไปพบแพทย์ตามนัดและการซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล รวมถึงค่ารักษาพยาบาล การดูแลด้านอารมณ์และสังคม เช่น การให้กำลังใจและให้คำชมเชย ดังนั้นกิจกรรมการดูแลต่างๆ จึงเป็นการดูแลที่ซับซ้อนและเป็นงานที่หนักต่อเนื่องตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลและเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลเมื่อกลับไปดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (Sasat, 2011)

ความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (post-discharge coping difficulties) คือ ภาวะที่บุคคลเผชิญกับปัญหาและรู้สึกถึงความยุ่งยากในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย ความยากลำบากในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความยากลำบากในการแสวงหาความช่วยเหลือและการสนับสนุนดูแลที่บ้าน ความยากลำบากในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และความยากลำบากของผู้ดูแลในการปรับตัวที่บ้าน (Weiss & Piacentine, 2006) ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความยากลำบากของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียง พบว่าปัญหาของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ขาดการสนับสนุนของครอบครัว แยกตัวออกจากสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ปัญหาด้านการเงิน การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหรือมีความขัดแย้งในบทบาท ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจนำไปสู่การเป็นภาระในการดูแลได้ (Oliva-Moreno et al., 2018; Efi et al., 2017) รองลงมาคือปัญหาความต้องการในการดูแลและความรู้เรื่องโรค รวมถึงการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย (Elsehry, Fouda, & Shawkey, 2019) ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยตามมา เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ปวดข้อและกล้ามเนื้อ ข้อติดแข็ง ท้องผูก และอุบัติเหตุ เป็นต้น (Tseung, Jaglal, Salbach, & Cameron, 2019)

การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (preparation for discharge readiness) เป็นกระบวนการในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลความเจ็บป่วย การเข้าถึงและใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพ การแสวงหาความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ และการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น นอกจากนี้ทำให้ผู้ดูแลสามารถฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ จัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ รวมทั้ง

แสวงหาความช่วยเหลือและการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนได้ ส่งผลให้การรับรู้ความยากลำบากในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลลดลง (Weiss et al., 2015)

จากการศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีข้อจำกัด คือ เน้นการเตรียมเพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะเฉพาะการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ไม่ครอบคลุมทักษะอื่นๆ ที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน นอกจากนั้นการวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล วัดขณะสิ้นสุดการสอน ซึ่งผู้ดูแลอาจเผชิญกับปัญหาเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นแนวทางในการวางแผนต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายจากการดูแลน้อยที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของไวส์และคณะ (Weiss et al., 2015) โดยเป็นชุดกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผนก่อนจำหน่าย ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ เพื่อนำปัญหาการดูแลและความต้องการของผู้ดูแลมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล 2) การสอนก่อนจำหน่าย เป็นขั้นตอนการสอนประกอบด้วยเนื้อหาการสอนและรูปแบบการสอนครอบคลุมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และ 3) การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ส่งต่อข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยและติดตามการดูแลของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการสนับสนุนการช่วยเหลือให้กับผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดหลังการทดลอง (post-test only control group design) เพื่อศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หรือญาติ ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 50 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และแพทย์ประจำตัวผู้สูง

อายุทราบและอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย โดยดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการจนถึงบ้าน

2) มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ที่ปกติ

3) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

5) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเป็นโรคหัวใจระยะรุนแรง

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยุติกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย (discontinuation criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายได้ครบ 4 ครั้ง

2) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สมัครใจรักษาต่อ หรือได้รับการส่งต่อเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิต

3) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลก่อนเวลานัดครั้งแรก คือในระยะเวลา 3 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. แบบประเมินความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย ใช้แบบประเมินความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย ฉบับบิดา/มารดาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (Panuthai, 2017) ประเมินผู้ดูแลในวันที่พาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 3-4 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งระดับคะแนนดังนี้ คะแนน 0-33 หมายถึง มีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาในการดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับน้อย คะแนน 34-67 หมายถึง มีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาในการดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับปานกลาง และคะแนน 68-100 หมายถึง มีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาในการดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. แผนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เป็นชุดของกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียม ได้แก่ การวางแผนก่อนจำหน่าย การสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายที่ผู้วิจัยออกแบบ โดยแผนกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านมีทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลา 1-1.30 ชั่วโมง

2. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแล การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูของโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากตำรา และวารสารที่เกี่ยวข้อง

3. แบบประเมินการรับรู้ความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ฉบับผู้ดูแลของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (Panuthai, 2014a) มีคำถามจำนวน 24 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยใช้ประเมินผู้ดูแลในวันที่แพทย์อนุญาตให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับบ้านเพื่อทดสอบความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล

4. แบบประเมินคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ฉบับผู้ดูแลของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (Panuthai, 2014b) มีคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยใช้สำหรับการประเมินภายหลังการสอนผู้ดูแลในแต่ละครั้ง

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแผนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ความเชื่อมั่น (reliability) แบบประเมินความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ FULL069-2560) และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสมุทรปราการ (เลขที่ Nq00361) และเมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย หลังจากที่ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าตึกและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้าการพยาบาลรักษาผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขั้นตอนดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับจำหน่ายกลับบ้าน และสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามหอผู้ป่วย

2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่แผนกผู้ป่วยนอกในวันที่พาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัดครั้งแรก แล้วแนะนำตัวกับผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบประเมินความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย และได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกรณีที่ผู้ดูแลต้องการ รวมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแล

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน แล้วเข้าพบผู้ดูแลกลุ่มทดลอง พร้อมกับแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยนัดหมายเวลาผู้ดูแลกลุ่มทดลองอีกครั้งเพื่อดำเนินกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายด้วยการวางแผนร่วมกับผู้ดูแล เป็นการสอนรายบุคคล มีทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1-1.30 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการวางแผนก่อนจำหน่ายและการสอนก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นการนำแผนการดูแลในส่วนของการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้ดูแลกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 2 เป็นการสอนและการฝึกทักษะการดูแลต่าง ๆ ได้แก่ เรื่องการรับประทานยา ทบทวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยด้วยการสาธิต ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแล

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ดูแลกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นสื่อการสอน และหลังสอนเสร็จผู้วิจัยประเมินคุณภาพของการสอนทั้งในด้านเนื้อหาและวิธีการสอน ในกรณีที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองไม่เข้าใจทั้งความรู้ เนื้อหาและทักษะปฏิบัติ ผู้วิจัยได้สอนและฝึกปฏิบัติจนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้

ครั้งที่ 3 เป็นการฝึกทักษะการดูแล ประกอบด้วยทักษะการดูแลการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ใส่สายยางอาหาร ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับการสอนการดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง และหลังสอนเสร็จผู้วิจัยประเมินคุณภาพของการสอนทั้งในด้านเนื้อหาและวิธีการสอน ในกรณีที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองไม่เข้าใจทั้งความรู้ เนื้อหาและทักษะปฏิบัติ นักวิจัยได้สอนและฝึกปฏิบัติจนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้

ครั้งที่ 4 การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลกลุ่มทดลอง จากนั้นได้ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลสมุทรปราการ และติดต่อประสานแหล่งช่วยเหลือการสนับสนุนให้กับผู้ดูแล โดยหลังจากที่ทำการสอนทุกครั้ง ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้ที่ได้สอน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และหลังสอนเสร็จผู้วิจัยประเมินคุณภาพของการสอนทั้งในด้านเนื้อหาและวิธีการสอน

3) เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบประเมินการรับรู้ความพร้อมพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองทั้ง 24 คน ได้ตอบว่ามีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

4) หลังจากได้จำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล ณ วันที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองพาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัดในครั้งแรก ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยแบบประเมินความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-squares test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้การทดสอบค่า t สองกลุ่มอิสระจากกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 50 คน เป็นกลุ่มควบคุม 26 คน และกลุ่มทดลอง 24 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจำนวน 2 คน ได้ถูกยุติการเข้าร่วมวิจัยเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน และผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ 1 คน ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าร้อยละ 75 อายุน้อยกว่า 60 ปีมากกว่าร้อยละ 80 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการการศึกษาทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา อาชีพปัจจุบันทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพรับจ้างและทำธุรกิจส่วนตัวเท่ากัน รายได้ของครอบครัวต่อเดือนทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 30 มีรายได้มากกว่า 25,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ของทั้งสองกลุ่มมีรายได้ไม่พอเพียง โรคประจำตัวกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว ส่วนกลุ่มทดลองร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 เป็นบุตรทั้งสองกลุ่ม และลักษณะการอยู่อาศัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลานร้อยละ 46.15 และ ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

ข้อมูลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 53.85 เป็นเพศหญิงและกลุ่มทดลองร้อยละ 58.33 เป็นเพศชาย อายุของทั้งสองกลุ่มอยู่ระหว่าง 60-74 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ

61.54 และกลุ่มทดลองร้อยละ 75.00 สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ระยะวันนอนโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 58 นอนโรงพยาบาล 1-5 วัน

ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=24)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่าย	70.15	12.37	51.75	15.35	4.69	.000***

*** p <. 001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามข้อสมมติฐานและกรอบแนวคิดของการวิจัยที่ว่า การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายให้กับผู้ดูแลใน 3 ชุดกิจกรรมตามแนวคิดของไวส์และคณะ (Weiss et al., 2015) ที่ประกอบด้วย การวางแผนก่อนจำหน่าย การสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ส่งผลให้ความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลเมื่อกลับไปดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านลดลง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบแผนกิจกรรมการเตรียมความพร้อมที่มีลักษณะแตกต่างจากรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลของงานวิจัยอื่นๆ คือ การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลด้านความรู้และทักษะในการดูแล ประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งปัญหาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พบจากการประเมินที่อาจส่งผลให้ผู้ดูแลต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนการสอนและการฝึกทักษะร่วมกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลขณะที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรักษาตัวในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนก่อนจำหน่ายจะสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างดี ไม่เกิดความเครียดและภาระในการดูแล และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Moonthee, Monkong, Sirapo-ngam, & Leelacharas, 2016)

การสอนและฝึกทักษะเป็นรายบุคคลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและความต้องการของผู้ดูแล เป็นการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยผู้ดูแลและผู้วิจัยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถซักถามข้อสงสัยในส่วนเนื้อหาที่ยังไม่เข้าใจ (Bastable, 2014) นอกจากนั้นเนื้อหาการสอนและวิธีการสอนที่ผู้ดูแลได้รับ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงคุณภาพของการสอนดังการประเมินภายหลังการสอนและการฝึกทักษะการดูแลทุกครั้ง พบว่าผู้ดูแลประเมินว่าการสอนมีคุณภาพอยู่ในระดับสูงทั้งในด้านเนื้อหาและวิธีการสอน ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา

การสอนทั้งความรู้ การดูแลและทักษะต่างๆ ให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านดีขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Hekmatpou, Baghban, & Dehkordi, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้คุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายและความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่า หลังจากที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับกระบวนการสอนก่อนจำหน่ายและการวางแผนก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้คะแนนคุณภาพของการสอนก่อนจำหน่ายดี เนื่องจากได้รับเนื้อหาการสอนตามที่ต้องการและวิธีการสอนที่ดี ทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลมากขึ้นส่งผลให้เกิดความพร้อมก่อนการจำหน่ายมากขึ้นเช่นกัน (Knier, Stichler, Ferber, & Catterall, 2015)

การประสานการดูแลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยทำการส่งต่อข้อมูลการดูแลที่ผู้ดูแลได้รับขณะอยู่โรงพยาบาลและความต้องการการดูแล รวมทั้งจัดหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ดูแลมั่นใจว่าการดูแลเกิดความต่อเนื่อง และมีคนติดตามการดูแลของผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลได้ให้ความเห็นว่าขณะที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนอนรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลได้จัดการเตรียมบ้านพบว่ายังขาดอุปกรณ์คือ เตียงนอนผู้ป่วย รถเข็นคนพิการ จึงไปขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพและทำเรื่องยืมอุปกรณ์ต่างๆ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการประสานการดูแลที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากยิ่งขึ้น

การที่ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีทำให้เกิดความพร้อมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ที่จะกลับไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ความพร้อมด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ความพร้อมด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และความพร้อมด้านการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้วิจัยประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายโดยใช้แบบประเมินพบว่าผู้ดูแลทั้ง 24 คน มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากผู้ดูแลได้รับข้อมูล และวิธีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างครบถ้วน เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ก็สามารถหาวิธีทางแก้ไขปัญหานั้นได้ และได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นได้ ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้คะแนนความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อจำแนกเป็นระดับความยากลำบากในการเผชิญปัญหาพบว่ากลุ่มทดลองมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาระดับปานกลาง และกลุ่มควบคุมมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาระดับมาก เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมที่ครอบคลุมทั้งการวางแผนก่อนจำหน่าย การสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลทำให้กลุ่มทดลองเมื่อกลับไปเผชิญปัญหาจากการดูแลสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ นั่นแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดี จะทำให้ความยากลำบากในการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านลดลง ซึ่งผู้ดูแลได้ให้ความเห็นว่าการได้รับการฝึกปฏิบัติในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพอย่างครบถ้วน และได้รับคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลช่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูสภาพ เมื่อลืมท่าทางในการฟื้นฟูสภาพก็จะเปิดคู่มือประกอบในการเตือนความจำ และเมื่อผู้ดูแลหลักเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ก็สลับปรับเปลี่ยนให้บุคคลอื่นในครอบครัวมาช่วยดูแลชั่วคราว และถ้าต้องการความช่วยเหลือก็ปรึกษากับบุคลากรทางสุขภาพในสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

สรุปได้ว่าการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้แก่ผู้ปกครองของเด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติแห่งหนึ่งใน

ประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (Chen, Zhang, & Bai, 2016) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายลดลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้การเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลลดลง

2. ควรมีการผนวกเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ดูแลลงในการจัดอบรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหรือในหลักสูตรระยะสั้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความยากลำบากในการเผชิญปัญหาหลังจำหน่ายของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อยืนยันผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ดูแล

2. ควรมีการศึกษาถึงผลของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในระยะยาวต่อผลลัพธ์อื่นๆ ของผู้ดูแล เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

American Stroke Association. (2020). *What is stroke?* Retrieved from http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/AboutStroke_UCM_308529_SubHomePage.jsp

Bastable, S. B. (2014). *Nurse as educator principles of teaching and learning for nursing practice* (4th ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett.

Chen, Y., Zhang, J., & Bai, J. (2016). Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing, 72*(1), 135-146.

Division of non-communicable diseases. (2019). *Guide to screening and evaluating the elderly.* Bangkok: The Office of Veterans Affairs. (in Thai)

Efi, P., Fani, K., Eleni, T., Stylianos, K., Vassilios, K., Konstantinos, B., ... Kyriaki, M. (2017). Quality of life and psychological distress of caregivers' of stroke people. *Acta Neurologica Taiwanica, 26*(4), 154-66.

Elsehry, N. K. M., Fouda, L. M., & Shawkey, E. A. (2019). The effect of an educational program on the elderly with stroke and their family caregivers based on transitional care model. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing, 6*(1), 765-785.

Hekmatpou, D., Baghban, E. M., & Dehkordi, L. M. (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 12,* 211-217.

Knier, S., Stichler, J. F., Ferber, L., & Catterall, K. (2015). Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabilitation Nursing, 40*(1), 30-39.

Moonthee, M., Monkongv, S., Sirapo-ngam, S., & Leelacharas, S. (2016). Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients' routine activity performance, complications, and satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council, 31*(1) 95-110. (in Thai)

Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L. M., Mar, J., Masjuan, J., Soulard, S., Gonzalez-Rojas, N., ... Alvarez-Sabín, J. (2018). Determinants of informal care, burden, and risk of burnout in caregivers of stroke survivors: the CONOCES study. *Stroke, 49*(1), 140-146.

Panuthai, S. (2014a). *Readiness for Hospital Discharge Scale: RHD-Parent Form (version Thai).* Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Panuthai, S. (2014b). *Quality of Discharge Teaching - Caregiver Form (version Thai).* Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Panuthai, S. (2017). *The Post Discharge Coping Difficulties Scale - Parent (version Thai).* Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine, 50*(9), 769-778.

Sasat S. (2011). *Nursing care for the elderly, common problems and guidelines for care.* Bangkok: Active Print. (in Thai)

Sennfalt, S., Norrving, B., Petersson, J., & Ullberg, T. (2019). Long-term survival and function after stroke: A longitudinal observational study from the Swedish Stroke Register. *Stroke, 50*(1), 53-61.

Tseung, V., Jaglal, S. B., Salbach, N. M., & Cameron, J. I. (2019). Implementing caregiver support programs in a regional stroke system. *Stroke, 50*(12), 3585-3591.

Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement, 14*(3), 163-180.

Weiss, M., Bobay, K., Bahr, S., Costa, L., Hughes, R., & Holland, D. (2015). A model for hospital discharge preparation. *The Journal of Nursing Administration, 45*(12), 606-614.

Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., ... Schiffman, R. (2017). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing, 34,* 58-64.

World Stroke Organization. (2019). *Global Stroke Fact Sheet 2019.* Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2020.pdf

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

The Relationship Between Social Support and Burden Among Caregivers of Children with Thalassemia

กนกวรรณ	ภัทรมัย *	Kanokwan	Pattaramai *
จุฑารัตน์	มีสุขโข **	Jutarat	Mesukko **
สุธิศา	ล่ามช้าง ***	Suthisa	Lamchang ***

บทคัดย่อ

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและรู้สึกเป็นภาระ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุ 1-15 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จำนวน 85 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .73 และ .86 ตามลำดับ และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .92 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 75.29 ($\bar{X}$ = 34.52) และการสนับสนุนทางสังคมกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25$, $p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลให้แก่พยาบาลเกี่ยวกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย และเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: *การสนับสนุนทางสังคม ภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ดูแล เด็กโรคธาลัสซีเมีย*

Abstract

Thalassemia is an inherited blood disorder that requires patients to receive continuing care, which affects caregivers. The caregivers encounter stress and feel burdened. The purpose

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Sawanpracharak Hospital, nut1999@live.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 13 พฤษภาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 8 กรกฎาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 23 กันยายน 2562

of this correlational descriptive research study was to investigate the burden felt by caregivers of children with thalassemia and the relationship between social support and perceived burden among caregivers of children with Thalassemia. Convenience sampling was used to recruit 85 caregivers of children with thalassemia aged 1 to 15 years old who received care at the pediatric outpatient departments of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Lampang Hospital, and Sawanpracharak Hospital from November 2018 to January 2019. The questionnaires used in the study consisted of social support and caregiver burden questionnaires. The validity of these questionnaires was .73 and .86, respectively and the reliability of these questionnaires was .92 and .86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that caregivers of children with thalassemia experienced mild to moderate levels of burden (75.29 %, $\bar{X}$ = 34.52). The study also found that social support had a low statistically significant negative relationship with the burden felt by caregivers of children with thalassemia ($r = -.25$, $p < .05$). The findings of this study provide information about burden among caregivers of children with thalassemia and can guide nurses to provide effective nursing planning for caregivers.

Keywords: *Social support, Caregiver burden, Caregivers, Children with thalassemia*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ อุบัติการณ์ทั่วโลกพบมีรายงานผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจำนวนมากกว่า 270 ล้านคน (Chaudhary et al., 2017) และเด็กโรคธาลัสซีเมียรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 350,000 รายต่อปี (Northern California Comprehensive Thalassemia Center, 2012) สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียทั้งหมด 434,460 ราย และเด็กโรคธาลัสซีเมียรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 9,853 รายต่อปี (Committee of Clinical practice guidelines for diagnosis and management of thalassemia syndromes, 2014)

โรคธาลัสซีเมียเกิดจากความผิดปกติของการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ อาการแสดงที่สำคัญคือมีอาการซีด เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ตับม้ามโต ปัสสาวะสีเข้ม มีลักษณะใบหน้าเฉพาะ ได้แก่ หน้าผากโหนก โหนกแก้มสูง จมูกแบน ลูกตาอยู่ห่างกันมากกว่าคนปกติ ฟันเหยิน (Chuansumrit, 2010) นอกจากนี้เด็กยังมีลักษณะตัวเล็กแคระแกร็น และน้ำหนักตัวน้อยเมื่อเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน (Charoenkwan, 2016) เด็กบางรายอาจจะเริ่มมีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อายุ 6 เดือนซึ่งอาการเหล่านี้จะอยู่ต่อไปตลอดชีวิต การรักษาโรคธาลัสซีเมียขึ้นอยู่กับความรุนแรง การปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นวิธีเดียวที่ทำให้หายขาดจากโรค แต่มีเด็กจำนวนน้อยที่ได้รับการรักษานี้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงและมีความยุ่งยากในวิธีการ กล่าวคือจะต้องมีการคัดเลือกไขกระดูกที่มีลักษณะทางพันธุกรรมเข้ากันได้ ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นเป็นแบบประคับประคองการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียในเด็กที่มีอาการซีดมากต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับยากรดโฟลิกเพื่อช่วยสร้างเม็ดเลือดแดงเป็นการบรรเทาอาการซีด ดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนตามกำหนดและตรวจฟันทุก 6 เดือน เนื่องจากเด็กมีโอกาสติดเชื้อง่าย (Viprakasit, 2013)

เด็กโรคธาลัสซีเมียต้องการการดูแลทุกช่วงวัยอย่างใกล้ชิดเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษา

ให้หายขาดและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในเด็กเล็ก (1-6 ปี) การดูแลส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด เนื่องจากเด็กไม่สามารถดูแลตนเองได้ เมื่อเด็กโตขึ้นอยู่ในวัยเรียนและวัยรุ่น (7-15 ปี) สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนตอนปลายและวัยรุ่น มีพัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ทำให้ดูแลตนเองได้มากขึ้น (Teerarungsikul & Sananreangsak, 2015) อย่างไรก็ตามเด็กกลุ่มนี้ยังคงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในด้านอื่น ๆ เช่น การต้องพาเด็กมารับเลือดบ่อยครั้งขึ้นหรืออาจมีภาวะอาการของโรคที่รุนแรง เด็กกลุ่มนี้ยังคงต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเมื่อเด็กโตขึ้นภาวะโรคจะมีความรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (Gharaibeh, Amarneh, & Zamzam, 2009) นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียในระยะเวลานาน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ พบว่าผู้ดูแลอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อยเนื่องจากการเดินทางและพักผ่อนไม่เพียงพอ (Elalfy, Farid, Labib, & Allah, 2014) ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลสูงร้อยละ 96 เกี่ยวกับอาการของโรค (Zaheer et al., 2015) และมีอาการซึมเศร้าสูงร้อยละ 38 (Khanna, Prabhakaran, Patel, Ganjiwale, & Nimbalkar, 2015) เนื่องจากเกิดความยากลำบากในชีวิตประจำวัน ร่วมกับลาออกจากงานเพื่อมาดูแล ทำให้มีรายได้ครอบครัวลดลง (Sapountzi-Krepia et al., 2006; Pouraboli et al., 2017) ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลสูง (Mashayekhi et al., 2016; Piran et al., 2017)

ภาระในการดูแล (burden) หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกยากลำบากหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล โดยแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือมิติปรนัยเป็นการแสดงออกที่สามารถสังเกตได้ เช่น การดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย และมิติอัตนัยเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกว่ามีความยากลำบากในการดูแล เช่นรู้สึกไม่พอใจ รู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Pai & Karpur, 1981; Platt, 1985; Oberst, 1991) โดยภาระในการดูแลตามแนวคิดของ Zarit, Reever, & Barch-Peterson (1980) ในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียจะเป็นการรับรู้ผลจากการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียในผู้ดูแลที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดและส่งผลกระทบทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาทำกิจกรรมสันทนาการส่วนตัว ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Anum & Dasti, 2016; Pouraboli et al., 2017) มีอาการเจ็บป่วยร้อยละ 29.2 (Sharma, Seth, Jawade, Ingale, & Setia, 2017) จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตในผู้ดูแลลดลงร้อยละ 57 (Shaligram, Girimaji, & Chaturvedi, 2007)

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลถึงจะมีมากแต่หากได้รับการการสนับสนุนทางสังคม อาจทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระน้อยลง กล่าวคือ ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลที่หนักเกินไป ทำให้รู้สึกมีความยากลำบากในการดูแล มีความความเครียดขึ้นได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนในด้านอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิด ด้วยความรักความเมตตาห่วงใย ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียดจากการดูแลได้ สำหรับการสนับสนุนด้านสิ่งของ/บริการ เนื่องจากเด็กโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังค่าใช้จ่ายสูง การได้รับการช่วยเหลือทางการเงินในครอบครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง หรือหน่วยงานของรัฐ (Oh & Lee, 2009) ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นทางสังคม รวมถึง การบริจาคโลหิตให้แก่เด็กโรคธาลัสซีเมีย เพื่อทดแทนเลือดที่เด็กได้รับด้วยสัมพันธภาพเชิงบวก ทำให้ผู้ดูแลลดระดับความเครียดลงได้ รวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียในระยะต่าง ๆ ของโรค ผู้ดูแลจะประสบปัญหาต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากครอบครัวที่มีเด็กโรคธาลัสซีเมีย และบุคลากรทางการแพทย์ จะเป็นการช่วยลดความเครียด และการสนับสนุนด้านประเมิน เมื่อผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ดูแลโรคธาลัสซีเมียด้วยกันจะเกิดความรู้ความเข้าใจจะทำให้พฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียมีการยืดหยุ่นเพื่อที่สามารถ

ปฏิบัติให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Palanisamy, Kosalram, & Gopichandran, 2017)

จากการศึกษาในประเทศไทยในกลุ่มผู้ดูแลเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังได้แก่ โรคหอบหืด (Sriwongsa, 2008; Preechapongmit, Lamchang, & Jintrawet, 2012) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล แต่การศึกษาต่างประเทศของ Mashayekhi et al. (2016) ศึกษาในผู้ดูแลโรคธาลัสซีเมียพบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลสูงและการสนับสนุนทางสังคมต่ำ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระในผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและภาระในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการศึกษาในโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคธาลัสซีเมีย ที่มีภาระการดูแลที่แตกต่างกัน และผู้วิจัยยังไม่พบรายงานการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียให้สามารถดูแลเด็กในประเทศไทยได้มีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวในการดูแลจากภาระที่อาจเกิดขึ้นได้ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีสนใจที่จะศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

คำถามการวิจัย

1. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียเป็นอย่างไร

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Zarit et al. (1980) ที่กล่าวว่า ภาระในการดูแลเป็นการรับรู้ผลจากการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ซึ่งกระทบต่อผู้ดูแลหลายมิติในด้านลบ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย (caregivers' health) เป็นการรับรู้ผลของการดูแลทำให้กิจวัตรประจำวันและกิจกรรมนันทนาการของผู้ดูแลเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ดูแลละเลยการดูแลตนเอง ด้านสภาวะทางจิตใจ (psychosocial well-being) เป็นศักยภาพทางจิตใจ ผู้ดูแลเกิดอาการไม่พึงประสงค์เนื่องจากมีคุณภาพชีวิตลดลง และการจัดการสถานการณ์ที่เป็นปัญหาทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบต่อภาระการดูแล ด้านสังคม (social life) มีความขัดแย้งในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และด้านเศรษฐกิจ (finances) เป็นการรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแล นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเด็กโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมและมีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตลอดชีวิต อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบเหล่านี้ ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นภาระขึ้นอาจต้องการการสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านประเมิน การสนับสนุนด้านสิ่งของ/บริการ และด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นแหล่งในการช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ถ้าผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอกับความต้องการ อาจทำให้การรับรู้ถึงภาระการดูแลลดลงได้ แต่ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือจากการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอกับความต้องการอาจทำให้รู้สึกเป็นภาระมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อ

ศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม คลินิกผู้ป่วยเด็กโรคเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยวิธีจับฉลาก ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามความสะดวก ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร .30 ซึ่งเป็นขนาดสัมพันธ์ขนาดกลางในการศึกษาหาความสัมพันธ์ในการวิจัยทางการพยาบาล โดยการเปิดตาราง approximate sample sizes necessary to achieve selected levels of power as a function of estimated population correlation coefficient for alpha 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย (Polit & Beck, 2017)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคธาลัสซีเมีย ตอนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียของ Srinon (1998) สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และตอนที่ 3 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Zarit แปลเป็นภาษาไทยโดย Toonsiri, Sunsern, & Lawang (2011) มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .73 และ .86 ตามลำดับ แล้วนำทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาโดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยนำหนังสือพิทักษ์สิทธิ์ขอการรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (เลขที่ Research ID: 5803/Study Code PED-2561-05803) และเอกสารขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 3 แห่ง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย ที่ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม รวมทั้งนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีประสบการณ์ในการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยหรือผ่านการอบรมด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยและผู้ช่วย วิจัยสำรวจรายชื่อของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุ 1-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย และ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเองทั้ง 3 ตอน ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ซึ่งหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืน และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลภาระในผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ แล้วทำการทดสอบเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง

ผลการวิจัย

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลของเด็กโรคธาลัสซีเมียจำนวน 85 ราย มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 36.5 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 77.6 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.6 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดามารดา ร้อยละ 82.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.0 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและปริญญา ร้อยละ 30.6 รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 9,000 - 15,000 บาท ร้อยละ 40 รายได้ไม่พอใช้ในครอบครัวร้อยละ 56.5 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 70.6 ระยะเวลาในการดูแล 5 ปี ร้อยละ 43.53

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคธาลัสซีเมีย

เด็กโรคธาลัสซีเมียเป็นเด็กผู้หญิง ร้อยละ 55.29 อายุมากกว่า 10 ปีร้อยละ 44.7 ส่วนมากได้รับการวินิจฉัยเป็นเบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี ร้อยละ 40 ระดับความรุนแรงของโรค ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 7-9 กรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 80 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 90.59 ระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 55.29 และการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ ได้แก่ ได้รับเลือด ยาขับเหล็กและยาโฟลิก ร้อยละ 52.94

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 63.24 (S.D.= 9.79) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย (n=85)

การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	0 - 27	0	0
ระดับปานกลาง	28 - 54	15	17.6
ระดับมาก	55 - 80	70	82.4
(Rang 39 - 80 คะแนน, $\bar{X}$ = 63.24, S.D.= 9.79)			

ส่วนที่ 4 ข้อมูลภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

จากการศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ร้อยละ 75.29 มีภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.52 (S.D. = 10.09) และภาระรายด้านมีค่าคะแนนน้อยถึงปานกลางได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เท่ากับ 16.69 (S.D. = 5.2) และ 10.61 (S.D. = 3.66) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลีสซีเมีย (n=85)

ข้อมูลภาระ	การรับรู้ภาระในผู้ดูแล				ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
	ไม่มีภาระ จำนวน (ร้อยละ)	น้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางถึงมาก จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านร่างกาย	13 (15.30)	53 (62.35)	19 (22.35)	0 (0)	16.69	5.2	น้อยถึงปานกลาง
ด้านจิตใจ	31 (36.47)	49 (57.65)	5 (5.88)	0 (0)	10.61	3.66	น้อยถึงปานกลาง
ด้านสังคม	54 (63.53)	27 (31.76)	4 (4.71)	0 (0)	5.35	1.86	ไม่มีภาระ
ด้านเศรษฐกิจ	54 (63.53)	22 (25.88)	8 (9.41)	1 (1.18)	1.97	1.12	ไม่มีภาระน้อยถึง
ภาระโดยรวม	0 (0)	64 (75.29)	18 (21.18)	3 (3.53)	34.52	10.09	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.250$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย (n=85)

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม	p-value
ภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย	- .250*	.021

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียโดยรวมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (20-40) คิดเป็นร้อยละ 75.3 เนื่องจากผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.6 ซึ่งในหลายสังคมรวมทั้งสังคมไทย ผู้หญิงมักถูกกำหนดบทบาทให้รับผิดชอบหลักในการดูแลบุคคลภายในครอบครัว มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงสามารถทนต่อความเครียดและสามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ชายจึงเป็นไปได้ว่าผู้หญิงจะรู้สึกว่าการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาระน้อย (Piran et al., 2017) และผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ยังรู้สึกว่ามีความเครียดที่ต้องดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 29.4 นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันถึงร้อยละ 77.6 ซึ่งสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกันและแบ่งเบาภาระภายในครอบครัวได้ ทำให้

ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลน้อย (Zaheer et al., 2015) รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีสุขภาพดีร้อยละ 78.8 จึงสามารถให้การดูแลหรือเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dhiranathara, 2008)

ในด้านการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้มีการศึกษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.6 จบมัธยมและปริญญา ในผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับสูงจะสามารถหาข้อมูลและความรู้ในการดูแลรักษาจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ จึงมีความความเข้าใจและสามารถแก้ไขปัญหาในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจึงสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียได้เหมาะสม นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่เป็นเด็กผู้หญิง ร้อยละ 55.29 ซึ่งการดูแลเด็กผู้หญิงจะดูแลได้ง่ายกว่าเด็กผู้ชาย เนื่องจากเด็กผู้ชายมักเล่นกิจกรรมที่โลดโผนมากกว่าเด็กผู้หญิง (Muazzam & Javed, 2013) ร่วมกับเด็กโรคธาลัสซีเมียมีอายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไป สามารถดูแลตนเองได้ (Rattanapibun, Kongsaktrakul, & Patoomwan, 2010) อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอยู่ระหว่าง 7-9 gm/dl ร้อยละ 68 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติจึงมีอาการซีดไม่มาก ทำให้เด็กไม่จำเป็นต้องได้รับเลือดบ่อย (Angastiniotis & Lobitz, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lohmae, Wiroonpanich, & Wattanasit (2016) ที่พบว่าภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่ามีปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การศึกษา เพศของเด็กและระดับความรุนแรงของโรค ในด้านอายุของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้อยู่ระหว่าง 31-40 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์ในชีวิตทำให้มีศักยภาพในการเผชิญและสามารถปรับตัว แก้ไขปัญหาในการดูแลได้ดี (Hawken, Cobb, & Barnett, 2018) ดังแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติการดูแลทั้งต่อตนเองและผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแล โดยความสามารถการดูแลจะเพิ่มขึ้นได้สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงในในวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mashayekhi et al. (2016) ที่พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียมีอายุมากขึ้นสามารถจัดการสถานการณ์ได้ดีจึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Shanmugam & Ramachandra, 2015) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา Mashayekhi et al. (2014) และการศึกษาของ Alizadeh et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียรู้สึกว่าเป็นภาระปานกลางถึงมาก และมากตามลำดับ อธิบายได้ว่าอาจมาจากวัฒนธรรมการที่แตกต่าง การดูแลจึงตกเป็นหน้าที่ของเพศหญิง ทำให้การเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ผู้ดูแลจึงมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลางถึงมาก Mashayekhi et al. (2016)

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 63.24 (S.D.= 9.79) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 77.6 เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ดูแล คอยให้กำลังใจ คำแนะนำ และแนวทางแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก ได้รับความรัก ความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจกล้าเผชิญกับปัญหา และปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Lohmae, Wiroonpanich, & Wattanasit, 2016) รวมทั้งผู้ดูแลที่ศึกษามีการศึกษาอยู่ในระดับสูง ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนข่าวสารต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง ด้านทรัพยากร ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียได้ใช้สิทธิบัตรสุขภาพดีถ้วนหน้า ผู้ดูแลสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ (Lohmae, Wiroonpanich, & Wattanasit, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Preechapongmit et al. (2012) พบว่าคู่สมรสที่อยู่ด้วยกันสามารถช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลได้ รวมถึงการได้รับช่วยเหลือด้านทรัพยากร และข้อมูลที่พอเพียง จากเพื่อน ญาติมิตร หรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการจัดการสุขภาพของเด็กได้อย่างเหมาะสมและรู้สึกว่ามีภาระการดูแลลดลง (Piran et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ

Sriwongsa (2008) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระในมารดาเด็กโรคหอบหืด จำนวน 120 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25$, $p < .01$)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -.25$, $p< .05$) หมายความว่าถ้าผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะรับรู้ภาระการดูแลลดลง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยส่งเสริมประสิทธิผลในการดูแล (Pitchalard & Moonpanane, 2013) ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียลดน้อยลง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการเผชิญกับปัญหาและให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (House, 1981) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพัน (Cobb, 1976) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lohmae, Wiroonpanich, & Wattanasit, (2016) พบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24$, $p< .01$) ดังนั้นการได้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียทำให้คุณภาพของชีวิตดีขึ้น ภาวะจิตใจ การยอมรับทางสังคม สามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแล ทำให้รู้สึกเป็นภาระน้อยลง (Hazlina, Rumaya, & Siti Nor, 2017)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคคลากรด้านการแพทย์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งผู้ดูแลควรจะมีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และการป้องกันโรคแทรกซ้อน การให้สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อลดค่าใช้จ่าย

2. บุคคลากรทางการแพทย์ควรประเมินภาวะจิตใจของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย เพื่อให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และป้องกันเกิดผลกระทบด้านจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลโดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

เอกสารอ้างอิง

Alizadeh, M., Chehrzad, M. M., Mirzaee, M., & Leyli, E. K. N. (2019). Caregiver burden and related factors in parents of children with thalassemia. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research, 9*(S2), 35-39.

Angastiniotis, M., & Lobitz, S. (2019). Review thalassemia: An overview. *International Journal of Neonatal Screening, 5*(16), 1-11. doi: 10.3390/ijns5010016

Anum, J., & Dasti, R. (2016). Caregiver burden, spirituality, and psychological well-being of parents having children with thalassemia. *Journal of Religion and Health, 55*(3), 941-955. doi: 10.1007/s10943-015-0127-1

Charoenkwan, P. (2016). β-thalassemia major. *Bulletin of the Thalassemia Club of Thailand, 25*(1), 8. (in Thai)

Chaudhary, S., Dhawan, D., Sojitra, N., Chauhan, P., Chandratre, K., Chaudhary, P. S., & Bagali, P. G. (2017). Whole gene sequencing based screening approach to detect β-thalassemia mutations. *Biology and Medicine, 9*(2), 1-8. (in Thai) doi: 10.4172/0974-8369.1000383

Chuansumrit, A. (2010). Thalassemia and hemoglobinopathies. In N. Chongviriyaphan, P. Poomthavorn, K. Pirojsakul, S. Pakakasama, & C. Khongkhatithum (Eds.), *Ambulatory pediatrics 3* (pp. 642-648). Nonthaburi: Beyond enterprise. (in Thai)

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

Committee of Clinical practice guidelines for diagnosis and management of thalassemia syndromes. (2014). *Clinical practice guidelines for diagnosis and management of thalassemia syndromes.* Bangkok: Paliving printing. (in Thai)

Dhiranathara, N. (2008). *Factors influencing burden experienced by caregivers of children with congenital heart disease* (Master of Nursing Science). Faculty of Nursing, Mahidol University. (in Thai)

Elalfy, M. S., Farid, N. N., Labib, J. H., & Allah, H. K. R. (2014). Quality of life of Egyptian ß-thalassmia major children and adolescents. *Egyptian Journal of Haematology, 39*(4), 222-226. doi: 10.4103/1110-1067.153963

Gharaibeh, H., Amarneh, B. H., & Zamzam, S. Z. (2009). The psychological burden of patients with beta thalassemia major in Syria. *Pediatrics International, 51*(5), 630-636. doi: 10.1111/j.1442-200X.2009.02833.x

Hawken, T., Cobb. J. T., & Barnett. J. (2018). Coping and adjustment in caregivers: A systematic review. *Health Psychology Open, 5*(2), 1-10. doi: 10.1177/2055102918810659

Hazlina, M. M., Rumaya, J., & Siti Nor, Y. (2017). Mediating role of perceived social support on the relationship between stress and quality of life among mothers with thalassemia children in Malaysia. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences, 4*(1), 103-123.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Massachusetts: Addison-Wesley.

Khanna, A. K., Prabhakaran, A., Patel, P., Ganjiwale, J. D., & Nimbalkar, S. M. (2015). Social psychological and financial burden on caregivers of children with chronic illness: A cross-section study. *Indian Journal Pediatric, 82*(11), 1006-1011. doi: 10.1007/s12098-015-1762-y

Lohmae, U., Wiroonpanich, W., & Wattanasit, P. (2016). Relationships between burden of care, social support, and quality of life among mothers of children with congenital heart disease. *Nursing Public Health and Education Journal, 17*(2), 27-42. (in Thai)

Mashayekhi, F., Jozdani, R. H., Chamak, M. N., & Mehni, S. (2016). Caregiver burden and social support in mothers with β-thalassemia children. *Global Journal of Health Science, 8*(12), 206-212. doi:10.5539/gjhs.v8n12p206

Mashayekhi, F., Rafati, S., Rafati, F., Pilehvaizadeh., & Mohammadi, S. M. R. (2014). A study of caregiver burden in mothers with thalassemia children in Jiroft, 2013. *Modern Care Journal, 11*(3), 229-235.

Muazzam, A., & Javed, S. (2013). Predictors of caregiver's burden: Interplay of physical and emotional health and perceived hope in children with thalassemia and hemophilia. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology, 11*(2), 36-42.

Northern California Comprehensive Thalassemia Center. (2012). *What is Thalassemia.* Retrieved from thalassemia.com/what-is-thal.aspx#gsc.tab=0

Oberst, M. T. (1991). *Appraisal of caregiving scale.* Madison: University of Wisconsin.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Pai, S., & Karpur, R. L. (1981). The burden on family of psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatric, 138*(12), 332-335. doi: 10.1192/bjp.138.4.332

Palanisamy, B., Kosalram, K., & Gopichandran, V. (2017). Dimensions of social capital of families with thalassemia in an indigenous population in Tamil Nadu, India - a qualitative study. *International Journal for Equity in Health, 16*(109), 1-12. doi: 10.1186/s12939-017-0609-8

Piran, P., Khademi, Z., Tayari, N., & Mansouri, N. (2017). Caregiving burden of children with chronic diseases. *Electronic Physician, 9*(9), 5380-5387. doi: 10.19082/5380

Pitchalard, K., & Moonpanane, K. (2013). Improvement of a continuing care model in child with thalassemia and caregivers. *Nursing Journal, 40*(3), 97-108. (in Thai)

Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine, 15*(2), 383-393. doi: 10.1017/s0033291700023680

Polit, D. F., & Beck, C. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Pouraboli, B., Abedi, H. A., Abbaszadeh, A., & Kazemi, M. (2017). The burden of care: Experiences of parents of children with thalassemia. *Journal of Nursing Care, 6*(2), 1-8. doi: 10.4172/2167-1168.1000389

Preechapongmit, K., Lamchang, S., & Jintrawet, U. (2012). Factor related to caregiving burden among caregivers of children with asthma. *Nursing Journal Volume, 39*(4), 13-22. (in Thai)

Rattanapibun, K., Kongsaktrakul, C., & Patoomwan, A. (2010). Parent participation in the care of hospitalized children. *Rama Nursing Journal, 17*(2), 232-247. (in Thai).

Sapountzi-Krepia, D., Roupa, Z., Gourni, M., Mastorakou, F., Vojiatzi, E., Kouyioumtzi, A., & Shell, S. V. (2006). A qualitative study on the experiences of mother caring for their children with thalassemia in Athens, Greece. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(2), 142-152. doi: 10.1016/j.pedn.2005.06.017

Shaligram, D., Girimaji, S. C., & Chaturvedi, S. K. (2007). Quality of life issues in caregivers of youngsters with thalassemia. *Indian Journal of Pediatrics, 74*(3), 275–278. doi: 10.1007/s12098-007-0043-9

Shanmugam, V., & Ramachandra. (2015). Stress factors among caregivers of children with thalassemia. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences, 1*(1), 39-42.

Sharma, S., Seth, B., Jawade, P., Ingale, M., & Setia, M. S. (2017). Quality of life in children with thalassemia and their caregivers in India. *Indian Journal of Pediatrics, 84*(3), 188–194. doi: 10.1007/s12098-016-2267-z.

Srinon, K. (1998). *Relationship between social support and maternal adaptation in caring for thalassemic children* (Master of Nursing Science). Faculty of Nursing, Mahidol University. (in Thai).

Sriwongsa, L. (2008). *Factors affecting caregiving burden of mothers having asthmatic children* (Master of Nursing Science). Faculty of Nursing, Burapha University. (in Thai)

Teerarungsikul, N., & Sananreangsak, S. (2015). Self-management experiences of children with thalassemia. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 23*(4), 48-60. (in Thai)

Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education, 4*(1), 62-75. (in Thai)

Viprakasit, V. (2013). Comprehensive management for thalassemia. *Journal of Hematology and Transfusion Medicine, 23*(4), 303-320. (in Thai)

Zaheer, Z., Wazir, S., Hameed, B., Zeeshan, S., Zaman, Q., & Iqbal, M. (2015). Psychological burden in ß- thalassemia affected families. *Journal of Postgraduate Medical Institute, 29*(4), 260-263.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peter, J. (1980). Relative of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist, 20*(6), 649-655. doi: 10.1093/geront/20.6.649

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ

Health Literacy and Care Behaviors of Parents in Preventing Respiratory Infection in Children with Congenital Heart Disease Prior to Cardiac Surgery

คนึงนิจ	วิชา *	Khanuengnit	Wicha *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
สุธิศา	ล่ามช้าง ***	Suthisa	Lamchang ***

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาที่ถูกต้องจะทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีสุขภาพดี และพร้อมในการผ่าตัดตามแผนการรักษา การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 1-6 ปี จำนวน 85 ราย โดยที่เด็กได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่ไม่มีอาการเขียว ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ เข้ารับการรักษาที่ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคเหนือ จำนวน 3 แห่ง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .89 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.12 (SD = 8.48)

2. กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.54 (SD = 10.80)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .390$, $p < .01$)

* *ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย*

* *Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, khanuengnit.w@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 11 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 18 มีนาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 1 เมษายน 2562

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสำหรับบุคลากรสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลของบิดามารดา การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*

Abstract

Parental correct care behaviors allow children with congenital heart disease to be healthy and undergo cardiac surgery as medically planned. The purpose of this descriptive correlational research was to study relationships between health literacy and care behaviors of parents in preventing respiratory infection in their children prior to cardiac surgery. The sample included 85 parents of children aged 1-6 years old diagnosed with cyanotic congenital heart disease who have not undergone cardiac surgery. These participants were drawn from the outpatient cardiac clinic in 3 tertiary-level hospitals in northern Thailand from June to November 2018. The research instruments included the health literacy and the parental care behaviors to prevent respiratory infection in children questionnaires. The reliability of the questionnaires, using the Cronbach's alpha coefficient, showed values of .89 and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

The results revealed that:

1. Participants had a high level of health literacy, mean 44.12, SD = 8.48.

2. Participants provided care behaviors to prevent respiratory infection in their children at a high level, mean 79.54, SD = 10.80.

3. Health literacy was positively moderately statistically correlated to care behaviors of parents in preventing respiratory infection in children prior to cardiac surgery ($r = .390$, $p < .01$)

The findings in this study provide preliminary data about health literacy and care behaviors of parents in preventing respiratory infection in children with congenital heart disease prior to cardiac surgery. The information may serve as a guide for health personnel to promote effective care among parents in preventing respiratory infection in children with congenital heart disease prior to cardiac surgery.

Keywords: *Health literacy, Care behaviors of parents, Preventing respiratory infection, Children with congenital heart disease*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นความผิดปกติที่พบตั้งแต่แรกเกิด พบอุบัติการณ์ประมาณ 8-10 รายต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย (American Heart Association [AHA], 2015) ทวีปเอเชียพบประมาณ 9.3 รายต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย และทวีปยุโรปพบประมาณ 8.2 รายต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย (Linde et al., 2011) ประเทศไทยพบประมาณ 8-10 รายต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย (Bureau of Policy and Strategy & Office of the Permanent Secretary for Public Health, 2011)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เกิดจากความผิดปกติและการพัฒนาของหลอดเลือดบางส่วนตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Atanavanich, 2009) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบ่งตามอาการทางคลินิก คือ ชนิดที่มีอาการเขียวและไม่มีอาการเขียว (Bhat, Dhar, Kumar, Patel, Rawat, & Kalra, 2013) ซึ่งโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว พบมาก ได้แก่ ventricular septal defect (VSD), atrial septal defect (ASD) และpatent ductus arteriosus (PDA) (Yeh et al., 2013) และตรวจพบตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 6 ปี

การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มี 3 วิธี คือ การรักษาโดยการใช้ยา (medical treatment) การรักษาโดยการใส่สายสวนหัวใจ (cardiac catheterization) และการรักษาโดยการผ่าตัด(surgery) (GaZit, Huddleston, Checchia, Fehr, & Pezzella, 2010) ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจชนิดแก้ไขทั้งหมด ทำให้มีการรอดชีวิตมากขึ้น ร้อยละ 85 (Green, 2004) พบว่าเด็กบางกลุ่ม ไม่สามารถผ่าตัดตามแผนการรักษาได้ เนื่องจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (Zachariah & Simoes, 2008) ทำให้เด็กต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Healy, Hanna, & Zinman, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD, ASD, PDA (Cabalka, 2004) พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนการผ่าตัดเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสำหรับการผ่าตัดตามแผนการรักษาจึงมีความสำคัญ แต่เด็กอายุแรกเกิด -6 ปี ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ใหญ่

พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อน ผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การได้รับอาหารที่เหมาะสม การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การป้องกันการสัมผัสเชื้อจากผู้ติดเชื้อทางเดินหายใจ และการได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย (Soiphet, 2014) ซึ่งเป้าหมายในการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้เด็กมีสุขภาพดีและเจริญเติบโตตามวัยมากที่สุด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของมารดาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Asumpinzub, 1997) พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ในระดับมาก (Soiphet, 2014) และพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Punpukdee, 2015) ซึ่งผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนการผ่าตัดของบิดามารดาแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนการผ่าตัดของบิดามารดา ได้แก่ปัจจัยด้านเด็ก และปัจจัยด้านบิดามารดา ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคล ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ (Nutbeam, 2000) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (critical health literacy)

โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการอ่าน เขียน และเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การอ่านเอกสาร ความเข้าใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล สำหรับบิดามารดาที่ให้การดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ต้องมีความสามารถในการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ การศึกษาของ บริดเจส และคณะ (Bridges, Parthasarathy, Wong, Yiu, Au, & McGrath, 2014) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ ในระดับปานกลางกับสุขภาพช่องปากของเด็ก และยังไม่พบข้อมูลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง ทักษะพื้นฐาน ทักษะทางสังคม ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ การเลือกใช้ข้อมูล แยกแยะข้อมูล และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับบิดามารดาที่ให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เมื่อพาเด็กมาตรวจตามแพทย์นัด จะได้รับข่าวสารด้านสุขภาพใหม่ๆจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ดูแลเด็กคนอื่น และข่าวสารที่ได้จากการติดตามทางอินเทอร์เน็ตแล้ว ต้องสามารถจำแนกข้อมูลที่ได้รับและประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการดูแลเด็กได้ถูกต้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ หมายถึง ทักษะทางปัญญา และสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ โดยเน้นการกระทำของแต่ละบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมประโยชน์ของบุคคลกับสังคม และสุขภาพของประชาชนทั่วไป (Nutbeam, 2000) สำหรับบิดามารดาที่ให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรทางสุขภาพผู้ดูแลเด็กคนอื่น และทางอินเทอร์เน็ตแล้ว ควรสามารถเลือกใช้ข้อมูลที่ได้รับให้เหมาะสมกับเด็ก โดยการสังเกตอาการของเด็ก การได้รับยาตามแผนรักษา (Arya, Glickstien, Levasseur, & Williams, 2013) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ และพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก และพบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ และตัวแปรดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจเป็นอย่างไร

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของบิดามารดาก่อนผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของบิดามารดา คือ การกระทำของบิดามารดาที่ปฏิบัติต่อเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถได้รับการผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การได้รับอาหารที่เหมาะสม การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การป้องกันการสัมผัสเชื้อจากผู้ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ และการได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย โดยปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การที่บิดามารดามีความสามารถและทักษะต่าง ๆ ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจทำให้บิดามารดามีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และให้เด็กมีสุขภาพดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และพร้อมสำหรับการผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บิดาหรือมารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 1-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD, ASD, และ PDA ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ.05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ระดับ.80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย (Polit, 2010) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) บิดาหรือมารดาอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดไม่มีอาการเขียว ได้แก่ VSD ASD PDA ที่มีอายุ 1-6 ปี ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ และเด็กไม่มีโรคอื่นร่วม เช่น โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม 2) สามารถ พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (proportional sampling) ของจำนวนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD ASD PDA ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง จากจำนวนประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และแหล่งข้อมูลสำหรับการดูแลที่ได้รับ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่

อายุ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของบิดามารดาที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ จนถึง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกวันหรือทุกครั้ง และแปลผลคะแนนโดยวิธีการหาอันตรภาคชั้น และใช้ค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่ากัน (Burns & Grove, 2009) ซึ่งแบ่งคะแนนออกเป็นโดยรวมและรายด้านเป็น 3 ระดับ ต่ำ ปานกลาง และสูง

3. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง ทุกครั้ง และแปลผลคะแนนโดยวิธีการหาอันตรภาคชั้น และใช้ค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่ากัน (Burns & Grove, 2009) ซึ่งแบ่งคะแนนออกเป็นโดยรวมและรายด้านเป็น 3 ระดับ ต่ำ ปานกลาง และสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของบิดามารดาของ Soiphet (2014) เนื่องจากไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไข จึงไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน (Polit & Beck, 2006) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .98

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของบิดามารดา และ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ ไปทดลองใช้กับบิดามารดาเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 10 ราย (Burns & Grove, 2009) คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .84 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบิดาหรือมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตามเกณฑ์การคัดเลือก ณ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 3 แห่ง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2561 โดยกลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถาม ระหว่างรอแพทย์ออกตรวจ และเป็นสถานที่ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้เตรียมไว้ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20-30 นาที ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ตามเอกสารเลขที่ 054/2018 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้ง 3 แห่ง ตามเอกสารเลขที่ 175/61COA-NUR 054/61, 58/61 และ ศธ 0527.10/4987 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัย

และผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของบิดามารดา และข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อมูลพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของบิดามารดา โดยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล ใช้สถิติโคลโมโกรอฟสมินอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.7 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 87.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.1 จบระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.9 รายได้ของครอบครัวพอใช้จ่าย ร้อยละ 74.1 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจรายอื่น ร้อยละ 82.4 ระยะเวลาในการดูแลเด็กระหว่าง 1-2 ปี 11 เดือน ร้อยละ 47.1 แหล่งข้อมูลสำหรับการดูแลที่ได้รับจากแพทย์ ร้อยละ 94.1 รูปแบบคำแนะนำที่ได้รับเป็นการสนทนา ร้อยละ 92.9 และคำแนะนำ/ความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ คือ การมาตรวจตามนัดแพทย์ ร้อยละ 95.3

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอายุ 1-3 ปี 11 เดือน ร้อยละ 69.4 อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรค แรกเกิด-3 ปี 11 เดือน ร้อยละ 96.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 1-2 ปี 11 เดือน ร้อยละ 44.7 จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง ร้อยละ 58.8 และจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ 1-5 ครั้ง ร้อยละ 57.6

2. กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.54 (SD = 10.80) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การดูแลได้รับอาหารที่เหมาะสม การได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การป้องกันการสัมผัสเชื้อจากผู้ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ และการได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.08 (SD = 3.65), 8.56 (SD = .94), 30.86 (SD = 4.13) และ10.04 (SD = 5.36) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของบิดามารดา (n=85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
พฤติกรรมการดูแลโดยรวม (range = 54-98)	0 (0.0)	11 (12.9)	74 (87.1)	79.54	10.80

3. กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.12 (SD = 8.48) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้

ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.24 (SD = 4.59), 14.27 (SD = 3.78) และ 14.61 (SD = 3.57) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ ในแต่ละระดับ (n = 85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (range = 27-60)	0 (0.0)	29 (34.1)	56 (65.9)	44.12	8.48

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .390, p < .01) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดา	.390	.000

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.12 (SD = 8.48) ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่เด็กเข้ารับการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้บิดามารดามีความคุ้นเคยเกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล อีกทั้งขณะที่ บิดามารดาพาเด็กมาตรวจตามนัดแพทย์ บิดามารดาได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กจากแพทย์ และพยาบาลทุกครั้ง ซึ่งอาจทำให้บิดามารดามีความเข้าใจและสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลเด็กได้มากขึ้น เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลที่มีต่อเด็กมากขึ้น ผลมาจากผู้ปกครองเกิดความคุ้นเคยกับโรงพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลต่าง ๆ ที่เด็กได้รับ และผลการศึกษารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.24 (SD = 4.59) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าบิดามารดามีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งสามารถเข้าใจ อ่านออกและสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 67 ของบิดามารดาเด็กโรคหอบหืด มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ และ บิดามารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการอ่านแบบฟอร์มทางการแพทย์และข้อมูลทางการแพทย์น้อยกว่าบิดามารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Shone, Conn, Sanders, & Halterman,

2009) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.27 (SD = 3.78) ซึ่งอธิบายได้ว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจรายอื่น ร้อยละ 82.4 ซึ่งผู้ไม่มีประสบการณ์มักจะแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ทำให้บุคคลสามารถได้รับข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น จากรูปแบบของสื่อ เช่น หนังสือ คู่มือ เอกสารรายงานต่าง ๆ จึงทำให้บุคคลนั้นเกิดการสั่งสมความรู้ (Nonaka & Konno, 1998) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.61(SD = 3.57) ซึ่งอธิบายได้ว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนต้น สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ และสามารถเข้าใจ ตัดสินใจในเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดี เพราะอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและถูกต้องในการแก้ไขปัญหาที่ดีกว่า (Orem, 2001) อีกทั้ง บิดามารดามีระยะเวลาในการดูแลเด็กนาน 1-2 ปี 11 เดือน ซึ่งบุคคลที่มีระยะเวลาในการดูแลนาน จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้เร็วกว่า เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงจากเรื่องราวเดิมมาสู่เรื่องราวใหม่ได้ดี

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.54 (SD = 10.80) ซึ่งอธิบายได้ว่า บิดามารดาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและมีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งสามารถเข้าใจและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลได้ดี อีกทั้งบิดามารดายังมีรายได้พอใช้จ่าย ทำให้บิดามารดามีปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดความสะดวก ในการค้นหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลบุตร เช่น การค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บิดามารดาที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคการรักษา และการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำให้บิดามารดามีความรู้และสามารถสังเกตภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (Arya, Glickstien, Levasseur, & William, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้รับแหล่งข้อมูลสำหรับการดูแลจากแพทย์ ร้อยละ 100 จากพยาบาล ร้อยละ 68.9 จากผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายอื่น ร้อยละ 9.4 และจากสื่อ เช่น โทรทัศน์ แผ่นพับ อินเทอร์เน็ต คิดเป็น ร้อยละ 8.5, 9.4, 15.1 ตามลำดับ มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ในระดับสูง (Phromreungrit, 2015) สำหรับผลการศึกษารายด้าน พบว่า ด้านการดูแลได้รับอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.08 (SD = 3.65) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.1 ได้รับคำแนะนำ/ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลได้รับอาหารที่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ ร้อยละ 94.1 ในรูปแบบการสนทนา ร้อยละ 92.9 ทำให้มีความรู้และสามารถดูแลเลือกอาหารที่เหมาะสมให้กับเด็ก ซึ่งเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในรายที่จะได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่การผ่าตัดจะดำเนินการได้ เด็กจะต้องมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด (Rodica, 2013) ด้านการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.56 (SD = .94) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.8 ได้รับคำแนะนำ/ความรู้เกี่ยวกับการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน อาจทำให้บิดามารดาเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของเด็ก ซึ่งเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ใหญ่ ในการได้รับวัคซีน เพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อทางระบบหายใจจึงมีความสำคัญ (Kang, 2014) ด้านการป้องกันการสัมผัสเชื้อจากผู้ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.86 (SD = 4.13) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.0 ได้รับคำแนะนำ/ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเชื้อจากผู้ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งความรู้ที่ได้รับอาจทำให้บิดามารดาสามารถดูแลเด็กจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการสัมผัสเชื้อจากผู้ที่มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์กับความรู้ของบิดามารดา (Soiphet, 2014) และด้าน

การได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวายอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.04 (SD = 5.36) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 21.2 ได้รับคำแนะนำ/ความรู้จากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย อาจทำให้บิดามารดามีความตระหนักเห็นความสำคัญของการได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวายมากขึ้น ซึ่งการได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย เป็นสิ่งที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มยาที่ใช้เพิ่มการบีบตัวของหัวใจ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Lertsapcharoen & Benjacholmas, 2011)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .390$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแล ดังนั้นบิดามารดาของเด็กที่มีทักษะในการรู้หนังสือที่ดี จะมีผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ดี แต่ถ้าหากบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะทำให้ขีดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพลดลง (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน พบว่า มารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีปัญหาในการให้ยาแก่บุตรที่เป็นโรคหอบหืดและบุตรที่เป็นโรคสมาธิ (Sleath et al., 2006) และการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดา ด้านบทบาทการคำนวณยาโรคเบาหวานแก่เด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็ก ($r = -.52$, $p < .01$) (Pulgaron et al., 2014)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และพร้อมในการผ่าตัดตามแผนการรักษา

2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางเพื่อการประยุกต์ใช้ในกระบวนการเรียนการสอนในการส่งเสริมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยที่เป็นระดับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อในรูปแบบปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนผ่าตัดหัวใจ

2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอื่นหรือกลุ่มที่มีภาวะการติดเชื้อทางเดินหายใจขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

Asumpinzub, U. (1997). *The relationship between perception of disease, selected factors and maternal behaviors in caring for children with congenital heart disease.* (in Thai) Retrieved from http://www.thaithesis.org/detail.php?id=42324

Atanavanich, S. (Ed.). (2009). *Congenital heart diseases.* Bangkok: Idea instant printing. (in Thai)

Arya, B., Glickstien, J. S., Levasseur, S. M., & Williams, I. A. (2013). Parent of children with congenital heart disease prefer more information than cardiology provide. *Congenital heart disease, 8*(1), 78-85. doi: 10.1111/j.1747-0803.2012.00706

American Heart Association. (2015). *Understand your risk for congenital heart defects.* Retrieved from http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Congenital Heart Defects/Understand Your Risk for Congenital Heart Defects/Understand-Your-Risk-for-Congenital-Heart Defects_UCM_001219_Article.jsp; on 15.03.15

Bureau of Policy and Strategy & Office of the Permanent Secretary for Public Health. (2011). *Sick summary report AD. 2011.* (in Thai) Retrieved from http://www.bps.moph.go.th/

Bhat, N. K., Dhar, M., Kumar, R., Patel, A., Rawat, A., & Kalra, B. P. (2013). Prevalence and Pattern of Congenital Heart Disease in Uttarakhand India. *Indian Journal of Pediatrics, 80*(4), 281-285. doi: 10.1007/s12098-012-0738-4

Bridges, S. M., Parthasarathy, D. S., Wong, H.M., Yiu, C. K. Y., Au, T. K., & McGrath, C. P. J. (2014). The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status. *Patient Education and Counseling, 94*(3), 411-416. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.018.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.

Cabalka, A. K. (2004). Physiologic risk factors for respiratory viral infections and Immunoprophylaxis for respiratory syncytial virus in young children with congenital heart disease. *The Pediatric Infectious Disease Journal, 23*(1), S41-S45. doi: 10.1097/01.inf.000108220.94201.1a

GaZit, A. Z., Huddleston, C. B., Checchia, D. A., Fehr, J., & Pezzella, A. T. (2010). Care of the pediatric cardiac surgery patient. *Current Problem Surgery, 47,* 185-250. doi: 10.1067/j.cpsurg.2009.11.0066

Green, A. (2004). Outcomes of congenital heart disease: A review. *Journal of Pediatric Nursing, 30*(4), 280-284.

Healy, F., Hanna, B. D., & Zinman, R. (2012). Pulmonary complication of congenital heart disease. *Pediatric Respiratory Reviews, 13*(1), 10-15. doi:10.1016/j.prrv.2011.01.007

Kang, J. H. (2014). Effectiveness and safety of seasonal influenza vaccination in children with underlying respiratory diseases and allergy. *Korean Journal Pediatric, 57*(4), 164-170. doi: 10.3345/kjp.2014.57.4.164

Lertsapcharoen, P., & Benjacholmas, W. (Eds.). (2011). *Congenital heart Disease.* Bangkok: Sukhumvitprinting. (in Thai)

Linde, D., Konings, E. M., Slager, M. A., Witsenburg, M., Helbling, W. A., Takkenberg, J. M., & Hesselink, W. R. (2011). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of cardiology, 58*(21), 2241-2247. doi: 10.1016/j.jacc.2011.08.025

Nonaka, I., & Konno, N. (1998). The concept of "ba": Building a foundation for knowledge creation. *California Management Review, 40,* 40-54. doi:10.2307/41165942

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health, 29*, 489-497. doi: 10.1002/nur.20147

Polit, D. F. (2010). *Statistic and analysis for nursing research* (2nd ed.). New York: Pearson.

Pulgaron, E. R., Sanders, L. M., Patin˜o-Fernandez, A. M., Wile, D., Sanchez, J., Rothman, R. L., & Delamater, A. M. (2014). Glycemic control in young children with diabetes: The role of parental health literacy. *Patient Education and Counseling, 94,* 67-70. doi: 10.1016/j.pec.2013.09.002

Phromreungrit, K. (2015). Caregiving and Related Factors among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease. *Nursing Journal, 42,* 35-45. (in Thai)

Punpukdee, P. (2015). *Behaviors of caregivers in children with congenital heart disease.* (in Thai) Retrieved from http://www.nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/701/1/Fulltext.pdf

Rodica, T. (2013). Nutritional Approach of Pediatric Patients Diagnosed with Congenital Heart Disease. *Acta Medica Marisiensis, 59*(2), 121-125. doi: 10.2478/amma-2013-0029

Sanders, L. M., Shaw, J. S., Guez, G., Baur, C., & Rudd, R. (2009). Health literacy and child health promotion: Implications for research, clinical care, and public policy. *American Academy of Pediatrics, 124*(3), S306-S314. doi: 10.1542/peds.2009-1162G

Sleath, B. L., Jackson, E., Thomas, K. C., Galloway, J., Dumain, L., Thorpe, J., Rollins, A., & Morrissey, J. (2006). Literacy and perceived barriers to medication taking among homeless mothers and their children. *American Journal of Health-System Pharmacy, 63*(4), doi: 10.2146/ajhp050070

Shone, L. P., Conn, K. M., Sanders, L., & Halterman, J. S. (2009). The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. *Patient Education and Counseling, 75*(3), 368-375. doi: 10.1016/j.pec.2009.01.004

Soiphet, S. (2014). Care behaviors of parents and related factors to prevent respiratory infection in children with congenital heart disease. *Nursing Journal, 46,* 102-113. (in Thai)

Yeh, S. J., Chen, H. C., Lu, C., Wang, J., Huang, L., Huang, S., ... Wu, M. (2013). Prevalence, mortality, and the disease burden of pediatric congenital heart disease in Taiwan. *Pediatric and neonatology, 54*(15), 113-118. doi: org/10.1016/j/pedneo.2012.11.010

Zachariah, P., & Simoes, E. A. (2008). Respiratory syncytial virus infection and congenital heart disease. *Southern African Journal of Epidemiology and Infection, 23*(2), 17-19.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Cardiac Surgery

จิราพร	มิตรมาตย์ *	Chirapon	Mitmat *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
ศรีมนา	นิยมค้า **	Srimana	Niyomkar **

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบได้บ่อยในเด็ก ภายหลังรักษาโดยการผ่าตัด เด็กต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2007) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 98 คน ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระยะเวลารวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา (The Readiness for Hospital Discharge Scale: RHDS Parent Form) แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายฉบับบิดา/มารดา (The Quality of Discharge Teaching Scale: QDTS Parent Form) และแบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย โดยมีค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือเท่ากับ .81 .87 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่ร้อยละ 79.55 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 91.80, SD = 20.11)

2. ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัว ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .58, .75, .81, .73 ตามลำดับ p < .01)

* *ผู้เขียนหลัก,พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital, padd_doc@hotmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 30 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 28 สิงหาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2560

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .32, p < .01) และภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .28 , p < .01)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลตระหนักถึงคุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลสำหรับการจำหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจ

คำสำคัญ: *ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ดูแล เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การผ่าตัดหัวใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*

Abstract

Congenital heart disease is commonly found in children. After cardiac surgery, these children need care from their caregivers and caregiver readiness for discharge from the hospital is important. This descriptive correlational study aimed to explore the readiness for hospital discharge among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery and the relationship of the characteristics of living, frequency of hospitalization, length of hospitalization, complications, quality of teaching, and care coordination with readiness for hospital discharge. Weiss et al., (2007) was used as the conceptual framework. Participants, purposively selected, were 98 caregivers of hospitalized congenital heart disease pediatric patients in the pediatric wards of 3 tertiary hospitals in the northern region, and one Heart Center in the northeast region. Data were collected from December 2016 to May 2017. The research instruments included the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS Parent Form), the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS Parent Form), and the Care Coordination Scale. The reliability of the three research instruments was .81, .87, and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman rank correlation coefficient, and point-biserial correlation coefficient.

The results revealed that:

1. There was a high level of readiness for hospital discharge among most of the caregivers (79.55%) ($\bar{X}$ = 91.80, SD = 20.11)

2. The characteristics of the living, frequency of hospitalization, quality of teaching, and care coordination had a high statistically significant correlation to readiness for hospital discharge (r = .58, .81, .73, respectively, p < .01). In addition, the length of hospitalization had a moderate statistically significant correlation to readiness for hospital discharge (r= .32, p < .01) and complications had a low statistically significant correlation to readiness for hospital discharge (r= .28, p < .01)

The results of this study serve as preliminary data to help nurses better understand the quality of teaching and care coordination to prepare caregivers for readiness for hospital discharge

following cardiac surgery for their children.

Keywords: *Readiness for hospital discharge, Caregivers, Children with congenital heart disease, Cardiac surgery, Related factors*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบสถิติทั่วโลกประมาณ 8-10 ราย ในเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ประมาณ 4-10 ราย ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศแถบยุโรปพบ 6.9 ราย ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน และในทวีปเอเชียพบ 9.3 ราย จากเด็กที่เกิดมีชีพ 1,000 ราย (AHA, 2013) ในประเทศไทยพบทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย เกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 8-9 ราย (Sittiwangkul, 2013) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบ่งตามลักษณะทางคลินิกได้สองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีอาการเขียว (acyanotic group) และกลุ่มที่มีอาการเขียว (cyanotic group) และแบ่งตามปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปสู่ปอด คือ ปริมาณเลือดไหลไปปอดมาก หรือ น้อย โดยชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มที่ไม่มีอาการเขียวพบมากที่สุด ได้แก่ หัวใจห้องล่างมีรูรั่ว (ventricular septal defect: VSD) ร้อยละ 42.42 หัวใจห้องบนมีรูรั่ว (atrial septal defect: ASD) ร้อยละ10.02 ลิ้นหลอดเลือดพัลโมนารีย์ตีบ (pulmonary stenosis: PS) ร้อยละ7.80 และการยังคงเปิดอยู่ของดัคตัสอาร์เทอริโอซัส (patent ductus arteriosus: PDA) ร้อยละ7.40 (Khongphatthanayothin, 2009)

การรักษาหลักในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่ การรักษาด้วยยา การสวนหัวใจ และการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (palliative surgery) และการผ่าตัดเพื่อแก้ไขทั้งหมด (corrective surgery) นอกจากนี้การผ่าตัดหัวใจสามารถแบ่งตามการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม มี 2 ลักษณะ ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (closed heart surgery) และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) (Attanaanich, 2009) จากสถิติข้อมูลการผ่าตัดหัวใจเด็กในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 12,209 ราย สำหรับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดที่พบบ่อยในต่างประเทศเป็นการผ่าตัดหัวใจในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว คือ VSD จำนวน 254 ราย และ ASD จำนวน 181 ราย และประเทศไทยพบการผ่าตัดมากในช่วงอายุ 1-7 ปี ซึ่งการผ่าตัดส่วนมากจะพบการผ่าตัด VSD ร้อยละ 42.42 (Khongphatthanayothin, 2009)

การดูแลพักฟื้นเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดต้องใช้เวลาอย่างน้อยหนึ่งปีสำหรับการปรับตัวทำหน้าที่ของหัวใจ (Payomhom, 2013) และเนื่องด้วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังมีวุฒิภาวะไม่พร้อม และพัฒนาการเด็กยังไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเองได้อย่างชัดเจน จึงไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ภายหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่คอยให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ตลอดจนภายหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลและภายหลังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ภาวะแรงดันเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension) ปอดอักเสบ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะหัวใจวาย ปอดแฟบ ภาวะน้ำเกิน มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เกิดการคั่งของน้ำเหลืองในช่องปอด (Chylothorax) (Healy, Hanna, & Zinman, 2012)

การสำรวจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในช่วงอายุ 1-7 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2008-2014 จำนวน 26,978 ราย พบว่าเด็กกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายหลังการผ่าตัดใน 30 วัน จำนวน 3,092 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.5 (Richards,

Yang, Goldin, Grieb, Murphy, & Drugas, 2016) และการศึกษาของ โคกอน และคณะ (Kogon, Jain, Oster, Woodall, Kanter, & Kirshbom, 2012) ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด VSD, ASD, PDA และ Atrioventricular septal defect (AVSD) จำนวน 178 คน กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดใน 30 วัน รวม 17 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.5 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากสุด คือน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ร้อยละ 26 และติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 10 แม้ว่าบิดามารดาจะได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านหรือได้รับความรู้ (Kogon et al., 2012) ไวส์และคณะ (Weiss, Johnson, Malin, Jerofky, & Lang, 2008) ระบุว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเด็กยังไม่มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ความพร้อมผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองและเด็กป่วยในองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุน และการเข้าถึงระบบสุขภาพและแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือในชุมชน เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเมื่อถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน (Weiss et al., 2008) ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต้องเริ่มเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการเตรียมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการดูแลเด็กป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Weiss et al., 2007)

การศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลทำให้มารดามีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม และสามารถให้การดูแลทารกภายหลังการกลับบ้านได้ (Bernstein, Spino, Lalama, Finch, Wasserman, & Mcconmick, 2013) และจากการศึกษาเชิงทดลองในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติอุบัติเหตุโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก จำนวน 13 ราย พบว่าการเตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการฝึกทักษะการปฏิบัติดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Kheiwchaum, Thosingha, Chayaput, & Utriyaprasit, 2012) การที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจะมีความพร้อมต่อการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ปกครองในระดับสูง ซึ่งยังพบว่าปัจจัยทางด้านคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระดับสูง ($r = 0.87$, $p < 0.001$; $r = 0.88$, $p<0.001$ ตามลำดับ) (Niyomka & Meesukkho, 2016)

ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลตามแนวคิดของไวส์และคณะ (Weiss et al. 2007) พบมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (caregivers characteristics factor) ปัจจัยการอยู่โรงพยาบาล (hospitalization factor) และปัจจัยการปฏิบัติของพยาบาล (nursing practices factor) ในการศึกษานี้ผู้วิจัย เลือกปัจจัยส่วนบุคคล คือลักษณะการอยู่อาศัย ปัจจัยการอยู่โรงพยาบาล คือ จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด และ

ปัจจัยการปฏิบัติของพยาบาล คือ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ในการศึกษาหาความสัมพันธ์กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ (Weiss et al., 2007) ผู้สูงอายุ (Panuthai, 2014) ส่วนการศึกษาในมารดาและทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายและผลลัพธ์ในการจำหน่ายของมารดาทารกแรกเกิด 63 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit) (Splingaire, 2005) ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจไม่สามารถอธิบายเรื่องความพร้อมสำหรับการจำหน่ายของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจได้เนื่องจากมีการดูแลที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

คำถามการวิจัย

1. ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเป็นอย่างไร

2. ลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ใช้กรอบแนวคิดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของไวส์และคณะ (Weiss el al., 2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมสำหรับการจำหน่าย ซึ่งความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ตามการรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองและเด็กป่วยใน องค์ประกอบ 4 ด้าน คือด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุน ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย รวมถึงการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังผ่าตัดหัวใจและกลับไปอยู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3

โรงพยาบาล และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกโดยวิธีเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มประชากร ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติที่ให้การดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ตั้งแต่ก่อนจนถึงหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครั้งแรกขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปบ้านอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 3) สามารถรับรู้ สื่อสาร พูด และเขียนด้วยภาษาไทยเข้าใจ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรสำหรับหาความสัมพันธ์ คือ n> 50+8m ซึ่ง m= จำนวนตัวแปรต้น (6 ตัวแปร) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 98 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น ข้อมูลผู้ดูแล และข้อมูลเด็กป่วย

2. แบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา (The Readiness for Hospital Discharge Scale: RHDS Parent Form) ของไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2007) แปลเป็นภาษาไทยโดยศิริรัตน์ ปานอุทัย (Panuthai, 2014) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความพร้อมที่จะกลับบ้าน การรับรู้ก่อนวันจำหน่าย (ภาวะด้านสุขภาพ) การดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก และการสนับสนุนให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่บ้าน ในข้อคำถามความพร้อมข้อที่ 1 ไม่นำมาคิดค่าคะแนน แต่ในข้อคำถามแต่ละข้อตั้งแต่ข้อ 2-24 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ ลักษณะคำตอบมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ความพร้อมสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อย คะแนน 10 หมายถึง มีความพร้อมสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาก

3. แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายฉบับบิดา/มารดา (The Quality of Discharge Teaching Scale: QDTS Parent Form) ที่พัฒนาโดยไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2007) แปลเป็นภาษาไทยโดยศิริรัตน์ ปานอุทัย (Panuthai, 2014) จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยมีข้อคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลในการสอน ข้อมูลที่คิดว่าจะได้รับ และวิธีการสอน ข้อ 1-6 จะมี 2 ส่วน คือ a เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการในการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ b หมายถึง ข้อมูลที่ได้รับในการสอนก่อนจำหน่าย ซึ่งคะแนนรวมได้จากคะแนนข้อมูลในการสอนที่ได้รับ และทักษะวิธีการสอน มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 10 ระดับ (0-10) คะแนน 0 หมายถึง มีคุณภาพการสอนน้อย คะแนน 10 หมายถึง มีคุณภาพการสอนมาก

4. แบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามความต่อเนื่องของการดูแล (The Continuity of Care Questionnaire) ที่พัฒนาโดย Hadjistavropoulos et al., (2008) แปลเป็นภาษาไทย โดยศิริรัตน์ ปานอุทัย (Panuthai, 2014) มีข้อคำถาม 27 ข้อ ซึ่งนำใช้ในการประเมินทุกข้อคำถาม เพื่อประเมินการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 4 หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่นำมาใช้ในงานวิจัยมีแบบสอบถาม 3 ชุด ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (content validity) เนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงเครื่องมือ สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายฉบับบิดา/มารดา และแบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้ง 3 ชุด ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลระดับ

ตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .81 .88 และ .85 ตามลำดับ (Polit & Beck, 2010)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยขอการรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายหลังได้รับเอกสารการรับรองผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนในการวิจัย การรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิ์ของการถอนตัวโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัว หรือยกเลิกในการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกขั้นตอนที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อเด็กป่วย และผู้ดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลขณะที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาที่หอผู้ป่วยและมีแผนจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามแผนของแพทย์ผู้ทำการรักษาในแผนคำสั่งการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและ เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวภายหลังการผ่าตัด โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลหาความสัมพันธ์ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติ point-biseerial correlation ในการหาความสัมพันธ์ของความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลกับลักษณะการอยู่อาศัย และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-45 ปี ร้อยละ 60.18 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.68 ปี และมีความสัมพันธ์กับเด็กป่วย เป็นบิดามารดา ร้อยละ 87.8 มีละ 75.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.68 โดยมีอาชีพทำสวนทำไร่และทำนา ร้อยละ 44.82 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 10,001-50,000 บาท ร้อยละ 74.5 ลักษณะการอยู่อาศัยเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 65.91 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดอื่น ร้อยละ 95.9

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่ามีเด็กป่วยเพศชาย ร้อยละ 55.10 อายุเด็กป่วย อยู่ในช่วงมากกว่า 3 ปี ถึง 7 ปี ร้อยละ 84.70 เด็กป่วย ร้อยละ 58.20 ได้รับผ่าตัดหัวใจ VSD closure เด็กป่วยร้อยละ 54.08 ภายหลังการผ่าตัดของเด็กป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 77.5 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ของเด็กป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 3 วัน ร้อยละ 90.8 และการนอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยในครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 38.8

ผู้ดูแลมีความพร้อมก่อนกลับบ้าน จำนวน 98 ราย คิดเป็น ร้อยละ100 และผู้ดูแลรับรู้ว่าเด็กป่วยมีความพร้อมก่อนกลับบ้าน จำนวน 94 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 96 ในส่วนคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งคะแนนความพร้อมในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 98 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.8 ($\bar{X}$ = 241.53, SD = 20.11) มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 180.0 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 290.0 คะแนน และพบว่าคะแนนความพร้อมในองค์ประกอบแต่ละด้าน คือด้านสภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 88 ให้คะแนนความพร้อมรายด้านนี้ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 104.93, SD = 15.27) ด้านสภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว โดยพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 91 มีคะแนนความพร้อมรายด้านนี้ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 36.06, SD = 3.68) ด้านการมีความรู้และการจัดการตนเองที่เพียงพอร้อยละ 89 พบในระดับสูง ($\bar{X}$ = 90.47, SD = 10.98) และองค์ประกอบด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 94 ให้คะแนนความพร้อมรายด้านนี้ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 48.00, SD = 4.62) จำนวน 92 ราย ซึ่งมีคะแนนในช่วง 0-50 คะแนน โดยจากรายงานจะเห็นว่าผู้ดูแลให้คะแนนความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในแต่ละรายด้านในระดับสูง ทำให้คะแนนโดยรวมของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลอยู่ระดับสูง

ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจชนิดไม่เขียว ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .58, .75, .81, .73 ตามลำดับ p < .01) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลาง (r= .32, p < .01) และภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .28 , p < .01) รายละเอียดดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ตัวแปร	ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล**
ลักษณะการอยู่อาศัยโดยรวม	rpb=0.58
ปัจจัยการอยู่โรงพยาบาลโดยรวม	
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล	r=0.75
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	r=0.32
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด	rpb=0.28
ปัจจัยการปฏิบัติของพยาบาลโดยรวม	
คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย	r=0.81
การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย	r=0.73

** p <. 01

r = Spearman rank correlation coefficient

rpb = Point-biserial correlation

การอภิปรายผล

1. ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ร้อยละ 79.55 มีคะแนนความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง และความพร้อมสำหรับการจำหน่ายในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงระบบสุขภาพและแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือในชุมชน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88, 91, 89 และ 94 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.8 ซึ่งเป็นมารดาเด็กป่วย โดยตามปกติมารดาจะใส่ใจในรายละเอียดการดูแลเด็กป่วยเพราะมารดาเป็นผู้ให้กำเนิด (Weiss & Lokken, 2009) และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-45 ปี ร้อยละ 60.18 ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ มามากมาย รวมถึงมีประสบการณ์ดูแลเด็กก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมด้านร่างกาย ส่งผลให้มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.40 และมีลักษณะการอยู่อาศัยเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 65.91 ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กป่วยได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม ให้การดูแลเด็กป่วยช่วยเหลือกันจากสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบความพร้อมก่อนจำหน่ายในด้านการได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือ และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมด้านสภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกปลอดภัย และมีความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลเด็กป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Weiss et al., 2007) จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.80 และมีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 ถึง 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 74.5 โดยจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการรับรู้องค์ประกอบความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของไวส์และคณะ (Weiss et al., 2008) ที่พบว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเด็กป่วยและการที่บิดามารดาเด็กป่วยสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ จะทำให้มีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่าครอบครัวเด็กป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวนั้นไม่ดี และการศึกษา ศรินทร์รัตน์ ศรีประสงค์ (Sriprasong, 2011) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุน้อยและยังมีรายได้เป็นปัจจัยทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร้อยละ 20.6 การศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยมากกว่า 3 วัน พบ ร้อยละ 90.8 และการมานอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นครั้งที่ 2 โดยจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลที่มากขึ้นและการที่เด็กป่วยก่อนจะได้รับการผ่าตัดต้องมารับการตรวจตามนัดเป็นระยะก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัว และใส่ใจที่จะเรียนรู้ หรือการสอบถามความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอกับทีมสุขภาพเพื่อนำไปใช้เป็นพื้นฐานการดูแลเด็กป่วย ทำให้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายด้านการมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยและยังส่งผลให้มีความพร้อมในทุกด้านที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการรับรู้ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอด และทารกจำนวน 4,300 ซึ่งมารดาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมจะมีการรับรู้องค์ประกอบความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม และพบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยมากกว่า 3 วัน พบ ร้อยละ 90.8 และการมานอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมากกว่า 2 ครั้ง ทำให้ผู้ดูแลมี

การปรับตัว และใส่ใจที่จะเรียนรู้ หรือการสอบถามความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอกับทีมสุขภาพเพื่อนำไปใช้เป็นพื้นฐานการดูแลเด็กป่วย ทำให้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายในทุกด้านที่สูง (Bernstein et al., 2013)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูง (r=.58) โดยพบว่าร้อยละ 65.91 ของผู้ดูแลเป็นครอบครัวขยาย และมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.40 นอกจากนี้ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับเด็กป่วยเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 87.8) สอดคล้องงานวิจัยของไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2008) ที่พบว่าลักษณะการอยู่อาศัย มารดาที่อาศัยอยู่กับบิดาของเด็กพบ ร้อยละ 86 มีการรับรู้ความพร้อมมากกว่ามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับคู่สมรส

ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.27, p< .01) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีระดับความพร้อมก่อนจำหน่ายในระดับระดับต่ำ และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดของเด็กป่วยซึ่งพบว่าภายหลังการผ่าตัดของเด็กป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 77.6 (S.D.=0.42) แต่ยังพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดของเด็กป่วย ร้อยละ 22 .45 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การติดเชื้อที่ปอด ภาวะน้ำเกิน และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้เด็กป่วยมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่มากขึ้นเพราะจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและให้หายก่อนที่จะจำหน่ายเด็กป่วยจากโรงพยาบาล โดยพบว่าการที่เด็กป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 6-10 วัน อาจทำให้ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อได้รับการนอนในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ย่อมทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเรียนรู้ในการจัดการการดูแลเด็กป่วยภายใต้สิ่งแวดล้อมและระบบการรักษาพยาบาลได้มากกว่าระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลในระยะเวลาอันสั้น (Weiss et al., 2008) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายเด็กป่วยออกจากโรงพยาบาลทำให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวข้างต้นยังพบผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 69 และได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 5 วัน โดยการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก ทำให้เห็นว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในช่วงระยะเวลาดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและยังมีอยู่ถึงแม้ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการผ่าตัดหัวใจ การกลับมารับการรักษาซ้ำก่อนกำหนดนัดของผู้ป่วยเด็กด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดหัวใจ เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าผู้ดูแลเด็กป่วยยังไม่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Richards et al., 2016) ทั้งนี้จึงทำให้ในขณะที่เด็กป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงให้การดูแลเด็กป่วยเป็นอย่างดี ส่งเสริมให้มีการสนใจ ใส่ใจ ในการดูแลภาวะสุขภาพของเด็ก เพื่อให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น และเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรค

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.32, p< .01) อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการนอนโรง

พยาบาลของเด็กป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 3 วัน ร้อยละ 90.8 (S.D.=1.30) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นของเด็กป่วยทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้การจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยการนอนโรงพยาบาลที่มากขึ้น เนื่องจากเด็กป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ หรือการที่จะต้องรับการรักษาโรคให้หาย หรือบรรเทาอาการก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลเด็กป่วยได้รับการสอน คำแนะนำ และการสอบถามในสิ่งที่สงสัยจากแพทย์ พยาบาล ทำให้เกิดเรียนรู้การดูแลเด็กป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจที่มากขึ้น และผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.75, p< .01) จากการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวภายหลังการผ่าตัดในครั้งนี้ส่วนใหญ่จะมากกว่า 1 ครั้งโดยพบว่าจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 และ 3 ร้อยละ 38.8 และร้อยละ 25.5 ตามลำดับโดยการที่เด็กป่วยได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบ่อยครั้งเนื่องจากการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะของโรค ภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดหัวใจ ทำให้ผู้ดูแลเด็กป่วยที่ให้การดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยจะสามารถเรียนรู้ เกี่ยวกับภาวะของโรค การจัดการกับโรค สภาวะของโรค การรับประทานยา อาหารของเด็กป่วย การมาตรวจตามนัด เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยนั้นที่มากขึ้นซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมด้านสภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงระบบสุขภาพและแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือในชุมชนไปทางบวก สอดคล้องการศึกษาความพร้อมจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการจำหน่าย และอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของบิดา/มารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตติยภูมิและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ในกลุ่มบิดา/มารดาจำนวน 348 ราย ยกเว้นเด็กป่วยโรคมะเร็งและที่ถูกส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น ผลการศึกษาพบว่าบิดา/มารดามากกว่าร้อยละ 90 รับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายในด้านข้อมูลความรู้เพื่อการดูแลเด็ก อาการเตือน และการได้รับยา และสิ่งที่มีผลต่ออัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังจำหน่ายพบว่าความพร้อมในการจำหน่ายในองค์ประกอบภาวะสุขภาพของเด็ก ความสะดวกในการติดต่อแพทย์ผู้ดูแล ความเข้าใจในการจัดการภาวะสุขภาพเด็ก (Berry et al., 2013)

คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.81, p< .01) ซึ่งทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสอน การได้รับคำแนะนำคุณภาพการสอนในการดูแลเด็กป่วยที่ดีก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายซึ่งจากข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นในส่วนในรายด้านการได้รับข้อมูลจากพยาบาลซึ่งพบว่าอยู่ในระดับสูง และคุณภาพการสอนด้านทักษะการสอนก็พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนในด้านการได้รับข้อมูลและทักษะการสอนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.71 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ การให้คำแนะนำในการดูแลเด็กป่วยและวิธีการสอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลอเรต (Lerret, 2009) พบว่าเนื้อหาการสอนและวิธีการสอนสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่าย และทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการ

กลับจากโรงพยาบาลไปบ้าน

การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.73, p< .01) โดยพบว่าการที่พยาบาลมีการประสานงานกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยผู้ให้บริการหลากหลายวิชาชีพภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการประสานการดูแลโดยการประสานงาน และวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการทีมเยี่ยมบ้านในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องโดยประเมินและสอนเกี่ยวกับเทคนิคการดูแลเฉพาะโรค และช่วยเหลือครอบครัวในการนัดหมายการพบกับผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ (Gupta, O'Connor, & Quezada-Gomez, 2004) จะทำให้มีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายในระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีความพร้อมก่อนจำหน่ายของไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2008) ซึ่งการศึกษาพบว่าปัจจัยการปฏิบัติของพยาบาล ทั้งคุณภาพการสอนและการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของบิดามารดาและเด็กป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลได้ตระหนักถึงคุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลสำหรับการจำหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Attanaanich, S. (2009). *Congenital heart diseases* (1st ed.). Bangkok: Factory of Medicine Ramathipbodi Hospital. (in Thai)

Bernstein, H. H., Spino, C., Lalama, C. M., Finch, S. A., Wasserman, R. C., & McCormick. (2013). Unreadiness for postpartum discharge following healthy term pregnancy: Impact on health care use and outcomes. *Academic Pediatrics, 13*(1), 27-39.

Berry, J. G., Ziniel, S. I., Freeman, L., Kaplan, W., Antonelli, R., Gay, J., . . . Goldmann, D. (2013). Hospital readmission and parent perceptions of their child's hospital discharge. *International Journal for Quality in Health Care, 25*(5), 573-581.

Gupta, V. B., O'Connor, K. G., & Quezada-Gomez, C. (2004). Care coordination services in pediatric practices. *Pediatrics, 113*(Suppl. 4), 1517-1521.

Hadjistavropoulos, H., Biem, H., Sharpe, D., Bourgault-Fagnou, M., & Janzen, J. (2008). Patient perceptions of hospital discharge: Reliability and validity of a patient continuity of care questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care, 20*(5), 314-323.

Healy, F., Hanna, B.D., & Zinman, R. (2012). Pulmonary complication of congenital heart disease. *Peadiatric Respiratory Reviews.* Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22208788/

Kheiwchaum, R., Thosingha, O., Chayaput, P., & Utriyaprasit, K. (2012). The development of a clinical nursing practice guideline for preparation of caregivers of patients with TBI (Traumatic Brain Injury). *Nursing Science Journal of Thailand, 29*(1), 18-25. (in Thai) Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/2793

Khongphatthanayothin, A. (2009). *Congenital heart diseases* (1st Ed.). Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co. (in Thai)

Kogon, B., Jain, A., Oster, M., Woodall, K., Kanter, K., & Kirshbom, P. (2012). Risk factors associated with readmission after pediatric cardiothoracic surgery. *The Annals of Thoracic Surgery, 94*(3), 865-873.

Lerret, S. M. (2009). Discharge readiness: An integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14*(4), 245-255.

Niyomka, S., & Meesukkho, J. (2016). Factors predicting readiness for hospital discharge among caregivers of hospitalized children in tertiary hospital. *Nursing Journal, 43*(1), 1-11. (in Thai)

Panuthai, S. (2014) Factors affecting readiness for hospital discharge among older persons. *Nursing Journal. 41*(4), 150-160. (in Thai)

Payomhom, C. (2013) The effect of education program on maternal care for children with congenital heart disease undergone post open-heart surgery. *Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 24*(1), 31-43.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Richards, M. K., Yanez, D., Goldin, A. B., Grieb, T., Murphy, W. M., & Drugas, G. T. (2016). Factors associated with 30-day unplanned pediatric surgical readmission. *The American Journal Surgery, 212*(3), 426-32.

Sittiwangkul, R. (2013). Critical congenital heart diseases in infants. *Pediatric Emergencies. 1,* 150-160. (in Thai)

Splingaire, J. M. (2005). *Readiness for hospital discharge: Predictors and outcomes in NICU Parents.* Paper presentation in part of: Rising Stars of Scholarship and Research St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI, USA.

Sriprasong, S. (2011). Personal factors related to perceived readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 22*(2). 45-57. (in Thai)

Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofky, T. A., & Lang, C. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized child. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(4), 282-295.

Weiss, M., & Lokken. L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers'perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 38*(4), 406-417.

Weiss, M., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Aecher, J., Gresser, S., . . . Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist, 21*(1), 31-42.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

Factors Related to Nurses' Practice for a Good Death for End of life Pediatric Cases

ณิศาพิชญาภัค	มีสมศักดิ์ *	Nisapichayapak	Meesomsak *
จุฑารัตน์	มีสุขโข **	Jutarat	Mesukko **
ศรีมนา	นิยมค้า **	Srimana	Niyomkar **

บทคัดย่อ

การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติของพยาบาลและการปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเพื่อการตายดี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 97 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเรื้อรัง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย 3) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย และ 4) แบบประเมินทัศนคติของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติ และมีความรู้ในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 60.85, SD = 14.61 และ $\bar{X}$ = 15.16, SD = 2.14 ตามลำดับ) และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ($\bar{X}$ = 3.68, SD = 0.31) ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61, p < .05$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: *การตายดี การปฏิบัติของพยาบาล ความรู้ ทัศนคติ ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย*

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปากช่องนานา*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Pakchongnana Hospital, tuinui4114@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 31 พฤษภาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 23 กรกฎาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 14 กันยายน 2561

Abstract

Helping patients have a good death is an important goal for nurses providing pediatric patient care at the end-of-life. These nurses relieve the physical, psychological, and spiritual suffering for pediatric patients and their family. This descriptive correlational research study aimed to study the relationship between nurses' knowledge, attitudes, and nursing practice for a good death in pediatric patients at the end-of-life. The participants were selected using purposive sampling and consisted of 97 registered nurses who worked in the pediatric chronic disease department in tertiary hospitals in upper Northeastern Thailand. The research instruments consisted of 1) the demographic questionnaire, 2) the nurses' practice for a good death in pediatric patients at the end-of-life questionnaire, 3) the nurses' knowledge for a good death in pediatric patients at the end-of-life questionnaire, and 4) the nurses' attitudes toward pediatric patients at the end-of-life questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

The results of the study revealed that nurses had a high level of practice ($\bar{X}$ = 60.85, SD = 14.61), high level of knowledge ($\bar{X}$ = 15.16, SD = 2.14), and good attitudes ($\bar{X}$ = 3.68, SD = 0.31) toward good death in pediatric patients at the end-of–life. In additional, nurses' knowledge had a moderate statistically significant positive correlation with the nurses' practice ($r = 0.61$, $p < 0.01$) and nurses' attitude had a low statistically significant positive correlation with the nurses' practice ($r = 0.24$, $p < 0.05$).

The findings indicated that knowledge and attitude of nurses were associated with good death nursing practices in pediatric patients at the end-of-life. This information can be used to enhance knowledge and good attitudes among nurses to provide effective practices for good death in pediatric patients at the end-of-life.

Keywords: *Good death, Nurses' practices, Knowledge, Attitude, Pediatric patients at the end-of-life*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเสียชีวิตของเด็กเป็นเรื่องยากที่จะยอมรับ เนื่องจากเด็กถูกคาดหวังจากบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งสังคมว่าต้องเจริญเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่และเป็นที่พึ่งของครอบครัว เด็กจึงยังไม่สมควรตาย (Carter, Levetown, & Friebert, 2013) อย่างไรก็ตาม สถิติในแต่ละปีพบมีเด็กจำนวนไม่น้อยเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง (Pediatrics, 2000) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2012, 2013 และ 2014 มีเด็กอายุระหว่าง 1-19 ปี เสียชีวิตจำนวน 19,429 ราย 18,888 ราย และ 18,676 ราย โดยมีเด็กเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจำนวน 4,533 ราย 3,096 ราย และ 4,378 ราย ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 50 เด็กเสียชีวิตในโรงพยาบาล (National Center for Health Statistic, 2015) ในประเทศไทยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2556, 2557 และ 2558 มีผู้ป่วยเด็กอายุ 1-14 ปี เสียชีวิตจำนวน 14,610 ราย 14,084 ราย และ 15,680 ราย โดยเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังจำนวน 978 ราย 987 ราย และ 1,004 รายตามลำดับ (Bureau of policy and strategy, Ministry of Public Health, 2015) ซึ่งก่อนการเสียชีวิตเด็กจะต้องเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตหรือที่เรียกว่า ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายหมายถึง เด็กที่เป็นโรคคุกคามต่อชีวิตไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีการดำเนินของโรคแย่ลงอย่างต่อเนื่อง และแพทย์ลงความเห็นว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยประเมินได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และหรือประเมินโดยใช้แบบประเมินการดูแลแบบประคับประคอง (PPS-children) มีคะแนนระหว่างร้อยละ 0-30 ซึ่งอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน (Department of Medical Services, 2014; Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2014; Baren & Mahon, 2003; Morgan, 2009; Chan, 2011) กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีการดำเนินของโรคทรุดลงตามลำดับจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคทางระบบประสาทและหัวใจ เป็นต้น (Feudtner, Hexem, & Rourke, 2011) เป้าหมายของการรักษาของเด็กกลุ่มนี้จะเปลี่ยนจากการรักษาให้หายขาดมาเป็นการดูแลแบบระยะสุดท้าย เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเด็กรวมทั้งครอบครัว และเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือเรียกว่า การตายดี (good death) (Cevik & Kav, 2013; Tubbs-Cooley et al., 2011)

การตายดี เป็นการตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Yang, 2013; Ito et al., 2015) ได้รับการยอมรับและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Hendrickson & McCorkle, 2008; Ito et al., 2015) ได้อยู่อย่างสงบและเป็นส่วนตัว มีทีมแพทย์และพยาบาลที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ (Welch, 2008; Ito et al., 2015) ได้อยู่ใกล้ชิดและตายท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก (Yang, 2013; Hendrickson & McCorkle, 2008; Ito et al., 2015)

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดี เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Kunsongkeit, 2011; Children's Project on Palliative/Hospice Services [ChiPPs], 2009) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายยังเกิดขึ้นน้อย แม้แต่ในโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัย การสังเกต และการสนทนากับพยาบาลที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เน้นการรักษาดูแลเพื่อช่วยชีวิต โดยใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ เมื่อไม่สามารถช่วยชีวิตได้ จึงส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวและบุคลากร ทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานกับอาการปวด อาการอ่อนเปลี้ย และอาการหายใจลำบาก (Wolfe et al., 2000) กลัวการพลัดพรากจากครอบครัว ไม่มีโอกาสใกล้ชิดกับครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก (Beckstrand, Rawle, Callister, & Mandleco, 2010) ไม่ได้รับการสอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Foster, Bell, & Gilmer, 2012; Von Lützau et al., 2012) และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดาจะเกิดความรู้สึกผิดและโทษตนเองที่ไม่สามารถช่วยเหลือให้บุตรพ้นจากความทุกข์ทรมานได้ (Hexem, Miller, Carrol, Faerber, & Feudtner, 2011) ทำให้ครอบครัว ไม่สามารถยอมรับการตายของผู้ป่วยเด็กได้ เศร้าโศกเสียใจเป็นระยะเวลานาน (Tamburro, Shaffer, Hahnlen, Felker, & Ceneviva, 2011) ผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อต้องสูญเสียผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในความดูแลบ่อยครั้งจะเกิดความรู้สึกขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกด้านลบในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย (Cevik & Kav, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามความรู้และทัศนคติของพยาบาล ถูกพิจารณาว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งจากทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1975) เชื่อว่าการกระทำที่แต่ละบุคคลแสดงออกมีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติ

ของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัตินั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของลอร์สัน และคณะ (Lawson et al., 2008) ที่พบว่าพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กใกล้ตายอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว พบว่าพยาบาลที่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทัศนคติในด้านบวกของพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อความสำเร็จในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กใกล้ตาย (Morgan, 2009) ในทางตรงกันข้ามการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเด็กใกล้ตายและครอบครัว ก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่ดีและหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (Bailey et al., 2011; Peters et al., 2013)

ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย แต่ด้วยความแตกต่างของบริบทด้านสุขภาพ ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถอธิบายการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายได้ สำหรับในประเทศไทยการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการและมุมมองของความตายที่แตกต่างจากผู้ป่วยเด็ก อีกทั้งผลการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเพื่อให้ตายดีได้ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กในแต่ละวัยมีการรับรู้ต่อความตายแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านความรู้และด้านทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ผลจากการศึกษาครั้งนี้อาจนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายให้ตายดีที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

2. ความรู้และทัศนคติของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1975) และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ซึ่งหากบุคคลมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะก่อให้เกิดกระบวนการทางจิตวิทยามีการจดจำ ทำให้บุคคลมีความเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง และความรู้ยังทำให้บุคคลสามารถวิเคราะห์แยกแยะปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติ เกิดการสังเคราะห์หาวิธีแนวทางในการแก้ไขปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี เช่นเดียวกับทัศนคติ เมื่อบุคคลมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะเกิดแรงผลักดันจากการรับรู้และความรู้สึกภายในบุคคลทำให้มีความมุ่งมั่นและสามารถปฏิบัติในเรื่องนั้นให้ลุล่วงไปด้วยดี หากพยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาลโดยปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรคเรื้อรัง ในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรคเรื้อรังและมีประสบการณ์การทำงานเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) (Polit, 2010) ในระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ซึ่งในการแจกแบบสอบถามผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ได้ทั้งหมดจำนวน 97 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

2. แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีจำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วยการปฏิบัติการพยาบาล 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย 5 ข้อ ด้านจิตใจ 12 ข้อ ด้านสังคม 6 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุกครั้ง

3. แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ความรู้ทั่วไปและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย 4 ข้อ การจัดการกับอาการต่าง ๆ 2 ข้อ การจัดการกับความปวด 3 ข้อ การดูแลด้านจิตสังคม 5 ข้อ การดูแลด้านจิตวิญญาณ 1 ข้อ การติดต่อสื่อสาร 2 ข้อ ความเข้าใจความตายของเด็กแต่ละวัยและปฏิกิริยาต่อความตาย 2 ข้อ และองค์ประกอบการตายดีในเด็ก 4 ข้อ แบบประเมินเป็นคำถามปลายปิด มี 2 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) ทั้ง 2 ชุดเท่ากับ 0.98

4. แบบประเมินทัศนคติของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายของฟรอมเมลท์ (Frommelt, 1991) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Nantawan Somanasak, Jutarat Mesukko and Usanee Jintrawet (2016) ลักษณะของแบบประเมินมีข้อความให้เลือกตอบ โดยเรียงจากคำตอบเชิงลบมากที่สุดไปยังคำตอบเชิงบวกมากที่สุด ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับตามมาตราส่วนประมาณค่า คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 30 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1.00 ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.96, 0.96, และ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วเสนอเข้ารับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่ใช้เก็บข้อมูลจำนวน 4 แห่ง ทั้งนี้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานและการปรับเลื่อนตำแหน่งในหน้าที่การงาน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งหลังจากงานวิจัยได้ตีพิมพ์ลงวารสารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว การนำเสนอเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับหนังสืออนุญาตจากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรคเรื้อรัง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือและขอใช้สถานที่ในการทำวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 2 โรงพยาบาล สำหรับอีก 2 โรงพยาบาล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลละ 1 คน มีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายรายละเอียดในการแจกแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ตรวจสอบความเข้าใจให้ตรงกัน มอบหมายชุดแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ1 ราย กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเองทั้ง 4 ชุด โดยชุดแบบสอบถามที่กรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ใส่คืนในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ที่ห้องหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีช่องสำหรับใส่ชุดเอกสารสำหรับรับคืนแบบสอบถามและเอกสารยินยอมแยกกันชัดเจน เมื่อครบ 2 สัปดาห์ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรับแบบสอบถามคืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ข้อมูลความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งโดยรวมและรายด้าน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 97 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 23-53 ปี (mean = 34.90 ปี, SD =7.78) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.40 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.94 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 95.88 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังระหว่าง 2- 32 ปี (mean = 10.26 ปี, SD =7.59) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมคิดเป็นร้อยละ 67.01 เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายที่เป็นผู้ป่วยในความดูแล ร้อยละ 54.64 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเรื่องตัวชี้วัดการตายดีในเด็กร้อยละ 67.01

2. กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายครอบคลุม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 60.85, SD = 14.61) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกาย ($\bar{X}$ = 11.79, SD = 2.73) ด้านจิตใจ ($\bar{X}$ = 27.12, SD = 7.03) ด้านสังคม ($\bar{X}$ = 13.51, SD = 3.84) อยู่ในระดับมาก ส่วนในด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 8.42, SD = 2.82) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านแต่ละระดับ (n = 97)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	การแปลผล
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
การปฏิบัติโดยรวม	4 (4.12)	22 (22.68)	71 (73.20)	60.85	14.61	มาก
การปฏิบัติรายด้าน						
ด้านร่างกาย	4 (4.12)	27 (27.84)	66 (68.04)	11.79	2.73	มาก
ด้านจิตใจ	4 (4.12)	27 (27.84)	66 (68.04)	27.12	7.03	มาก
ด้านสังคม	6 (6.19)	30 (30.92)	61 (62.89)	13.51	3.84	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	8 (8.25)	47 (48.45)	42 (43.30)	8.42	2.82	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

3.1 กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 15.16, SD = 2.14) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย (n =97)

ข้อมูล	ระดับคะแนน			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	การแปลผล
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
ความรู้ของพยาบาล	0 (0.00)	47 (48.45)	50 (51.55)	15.16	2.14	สูง

3.2 กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ($\bar{X}$ = 3.68, SD = 0.31) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านทัศนคติในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย (n =97)

ข้อมูล	ระดับคะแนน					ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	การแปลผล
	ไม่ดีอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ที่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ที่ดีอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)			
ทัศนคติของพยาบาล	0 (0.00)	0 (0.00)	27 (27.84)	69 (71.13)	1 (1.03)	3.68	0.31	ทัศนคติที่ดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61$, $p < .01$) และความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดี ในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .24$, $p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้และทัศนคติของพยาบาลกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย (n = 97)

การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย	ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์(r)
ความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย	.61*
ทัศนคติของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย	.24**

หมายเหตุ * $p < .05$

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 60.85, SD = 14.61) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปฏิบัติด้านร่างกาย จิตใจและสังคมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก อาจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรคเรื้อรังเฉลี่ย 10.26 ปีและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 71.13 อธิบายได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะ ร่วมกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายจำนวนมาก จะเกิดทักษะการปฏิบัติงานจากการสั่งสมประสบการณ์ในวิชาชีพมานาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของคูลเล่ย์และคณะ (Tubbs-Cooley et al., 2011) ซึ่งทำการศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น สำหรับการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.01 ไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกอบรมในด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย อีกทั้งพยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.01 ยังมีความเข้าใจ

เรื่องการตายดีในเด็กไม่ชัดเจน และเนื่องด้วยภาระงานที่มากจึงทำให้การปฏิบัติของพยาบาลในด้านจิตวิญญาณสามารถปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.55 มีความรู้ในระดับสูงเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ($\bar{X}$ = 15.165, SD = 2.144) ซึ่งความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.61, p < 0.05$) อธิบายได้ว่า ระดับความรู้ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อระดับการประเมินผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายไปในทิศทางเดียวกันสอดคล้องกับแนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะก่อให้เกิดกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำที่เชื่อมโยงนำไปสู่การปฏิบัติส่งผลให้มีการจดจำซึ่งบุคคลจะมีความเข้าใจสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของคาสซาและคณะ (Kassa et al., 2014) พบว่าพยาบาลที่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในระดับสูงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.13 มีทัศนคติในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายอยู่ในระดับที่ดี ($\bar{X}$ = 3.68, SD = 0.31) ทัศนคติของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายกับการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.24, p < 0.01$) พบว่าพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีทัศนคติที่ดีส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อีกทั้งทัศนคติในด้านบวกของพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อความสำเร็จในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กใกล้ตาย (Morgan, 2009) ในทางตรงกันข้ามการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเด็กใกล้ตายและครอบครัว ก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่ดีและหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (Bailey et al., 2011; Peters et al., 2013)

ข้อเสนอแนะของการนำผลวิจัยไปใช้

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายให้เกิดการตายดี โดยเฉพาะการปฏิบัติของพยาบาลในด้านจิตวิญญาณ

2. เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้มีการอบรมความรู้ในด้านนี้เพิ่มเติมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจัดให้เป็นโครงการอบรมวิชาการประจำปีงบประมาณ

3. ควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

4. เป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายให้ตายดี เพื่อให้นักศึกษามีพื้นฐานความรู้ที่เพียงพอในการนำไปใช้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายภายหลังจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยทำนายการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายของพยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรคเรื้อรัง

2. ควรมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดอบรมให้ความรู้ด้านจิตวิญญาณแก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดการตายดี

เอกสารอ้างอิง

Bailey, C., Murphy, R., & Porack, D. (2011). Trajectories of end - of - life care in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine, 57*(4), 362 - 369. doi: 10.1016j.annemergmed.2010.10.010

Baren, J. M., & Mahon, M. (2003). End-of-life issues in the pediatric emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine, 4*(4), 265-272.

Beckstrand, R. L., Rawle, N. L., Callister, L., & Mandleco, B. L. (2010). Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Critical Care, 19*(6), 543-552.

Bloom, B. S. (Ed). (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook: Cognitive domain* (20th ed.). New York: David McKay.

Bureau of policy and strategy, Ministry of Public Health (2015). *Health Information.* Retrieved from http;//bps.moph.go.th/new_bps/healthdata.

Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing, 36*(6), E58-E65.

Carter, B. S., Levetown, M., & Friebert, S. E. (Eds.). (2013). *Palliative care for infants, children, and adolescents: A practical handbook.* JHU Press.

Chan, G. K. (2011). Trajectories of approaching death in the emergency department: Clinician narratives of patient transitions to the end of life. *Journal of pain and Symptom Management, 42*(6), 864-881.

Children's Project on Palliative/Hospice Services. (2009). *National Hospice and Palliative Care Organization.* Standards of Practice for Pediatric Palliative Care and Hospice Company. Retrieved from https://www.nhpco.org/quality/nhpco%E2%80%99s-standards-pediatric-care

Department of Medical Services (2014). *Guideline for Patient at End - of-Life.* Retrieved from www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/ Guideline for Patient at End - of-Life.pdf

Feudtner, C., Hexem, K., & Rourke, M. T. (2011). Epidemiology and the care of children with complex conditions. In J. Wolfe, P. S. Hinds, B. M. Sourkes (Eds.), *Textbook of interdisciplinary pediatric palliative care.* Philadelphia: Elsevier Saunders.

Foster, T. L., Bell, C. J., & Gilmer M. J. (2012). Symptom management of spiritual suffering in pediatric palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing 14,* 109-115.

Frommelt, K. H. (1991). The effect of death education on nurses' attitude toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Care, 8*(3), 37-43.

Hendrickson, K., & McCorkle, R. (2008). A dimensional analysis of the concept: Good death of a child with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 25*(3), 127-138.

Ito, Y., Okuyama, T., Ito, Y., Kamei, M., Nakaguchi, T., Sugano, K., ... Akechi, T. (2015). Good death for children with cancer: A qualitative study. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 45*(4), 349-355.

Kassa, H., Murugan, R., Zewdu, F., Hailu, M., & Woldeyohannes, D. (2014). Assessment of knowledge attitude and practice and associated factors toward palliative care among nurses working in selected hospitals Addis Ababa Ethiopia. *Journal of Palliative Nurse, 13*(6), 1-11. doi: 1186/1471-684X-13-6

Kunsongkeit, W. (2011). Good death as perceived by the patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 19*(2), 1-12.

Lawson, B. J., Burge, F. I., McIntyre, P., Field, S., & Maxwell, D. (2008). Palliative care patients in the emergency department. *Journal of Palliative Medicine, 24*(4), 247-287.

Morgan, D. (2009). Caring for dying children: Assessing the needs of the pediatric palliative care nurse. *Pediatric Nursing, 35*(2), 86-90.

Somanasak, N., Mesukko, J., & Jintrawet, U. (2016). Practices of end-of-life care pediatric patients and related factors among emergency nurses. *Nursing Journal, 43,* 82-92.

National Center for Health Statistics [NCHS]. (2015). *National vital statistics reports.* Retrieved From http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/61/nvsr61_04.pdf

Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2014). *Policies and guidelines for "Palliative Care."* Retrieved from www.https://w2.med.cmu.ac.th/ha/wp-content/

Pediatrics, A. A. (2000). American academy of pediatrics committee on bioethics and committee on hospital care. *Pediatrics, 106,* 351-357.

Peters, L., et al. (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with Death: A questionnaire survey. *Journal of Australasian Emergency Nursing, 16*(4), 152-159. doi: 10.1016/j.aenj.2013.08.001

Polit, D. F. (2010). *Statistic and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.

Tamburro, R. F., Shaffer, M. L., Hahnlen, N. C., Felker, P., & Ceneviva, G. D. (2011a). Care goals and decisions for children referred to a pediatric palliative care program. *Journal of Palliative Medicine, 14*(5), 607-613. doi: 10.1089/jpm.2010.0405

Tubbs-Cooley, H. L., Santucci, G., Kang, T. I., Feinstein, J. A., Hexem, K. R., & Feudtner, C. (2011). Pediatric nurses' individual and group assessments of palliative, end-of-life, and bereavement care. *Journal of Palliative Medicine, 14*(5), 631-637.

Von Lützau, P., Otto, M., Hechler, T., Metzing, S., Wolfe, J., & Zernikow, B. (2012). Children dying from cancer: Parents' perspectives on symptoms, quality of life, characteristics of death, and end-of-life decisions. *Journal of palliative care, 28*(4), 274-281.

Welch, S. B. (2008). Can the death of a child be good? *Journal of pediatric nursing, 23*(2), 120-125.

Wolfe, J., Grier, H. E., Klar, N., Levin, S. B., Ellenbogen, J. M., Salem-Schatz, S., ... Weeks, J. C. (2000). Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *New England Journal of Medicine, 342*(5), 326-333.

Yang, S. C. (2013). Assessment and quantification of Taiwanese children's views of a good death. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 66*(1), 17-37.

สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

Self-efficacy, Social Support, and Caregiving Burden Among Caregivers of Children with Cancer Receiving Chemotherapy

ชวิศา	รัตนกมลกานต์ *	Chawisa	Rattanakamonkarn *
ศรีมนา	นิยมค้า **	Srimana	Niyomkar **
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **

บทคัดย่อ

ความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา ทำให้เด็กต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากผู้ดูแลตลอดเวลา ดังนั้นการดูแลเด็กโรคมะเร็งเป็นระยะเวลานานจึงอาจทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลได้ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิดภาระการดูแลของ โอเบิร์ส (Oberst, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือ 3 แห่ง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 จำนวน 85 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .83 .92 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่ร้อยละ 81.2 มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 58.51, SD = 10.64)

2. สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.35, p < .01$, $r = -.36, p < .01$) ตามลำดับ

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรพัฒนากลวิธีต่าง ๆ โดยเน้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเหล่านี้ เพื่อลดการรับรู้ถึงภาระในการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดลงได้

คำสำคัญ: *ภาระการดูแล ผู้ดูแล เด็กโรคมะเร็ง สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม*

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต*

* *Corresponding Author, Registered Nurse, Bangkok Hospital Phuket, tubtim.goldenfish@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 21 พฤษภาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 11 มิถุนายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 27 สิงหาคม 2561

Abstract

Illness with cancer and complications from its treatment in children with cancer require close and continuing care from caregivers all times. The long term care for children with cancer may increase caregiving burden for caregivers. The purpose of this correlational descriptive study was to investigate the caregiving burden among caregivers of children with cancer receiving chemotherapy, and to explore the relationship between self-efficacy, social support, and caregiving burden among these caregivers. The conceptual framework of this study was based on Oberst (1990) and literature review. Participants were caregivers of children with cancer aged 1 to 5 years who received chemotherapy at the pediatric department at three tertiary hospitals, northern Thailand from October 2017 to February 2018. A total of 85 participants were selected by purposive sampling. The research instruments consisted of the Caregiving Burden Among Caregivers of Children with Cancer Receiving Chemotherapy Questionnaire, the Self-Efficacy for Caregivers of Children with Cancer Receiving Chemotherapy Questionnaire, and the Social Support for Caregivers of Children with Cancer Questionnaire. The reliability of questionnaires were .83 .92 and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Most of the caregivers of children with cancer receiving chemotherapy (81.2%) had the mean score of caregiving burden at a moderate level ($\bar{X}$ = 58.51, S.D. = 10.64).

2. Self-efficacy and Social support were statistically significant negative correlation with the caregiving burden among caregivers of children with cancer receiving chemotherapy at a moderate level ($r = -.35$, $p<.01$, $r = -.36$, $p <.01$), respectively.

Therefore, healthcare providers should develop strategies to enhance self-efficacy and social support for these caregivers in order to decrease their caregiving burden while their children with cancer receive chemotherapy.

Keywords: *Caregiving burden, Caregivers, Children with cancer, Self-efficacy, Social support*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งในเด็กเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์โดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้มีกลุ่มเซลล์เจริญเติบโตที่ผิดปกติขึ้นในร่างกาย ซึ่งเซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายเข้าไปในเซลล์ดี และไปทำลายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆในร่างกายได้ (National Cancer Institude, 2015) ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ซึ่งตั้งแต่ปี 2005 ถึงปัจจุบันพบอัตราการเกิดโรคมะเร็งรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น 0.5% ต่อปี และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิตได้เป็นอันดับ 2 ของโลก (Murphy, Xu, & Kochanek, 2013) สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจสถิติการเกิดโรคมะเร็งในเด็กในเขตภาคเหนือ ซึ่งรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง 2555 พบว่ามีเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึงอายุ 14 ปี จำนวน 664 ราย และพบมากในช่วงอายุ 1 ถึง 5 ปี (Cancer Registry of Lampang Hospital, 2012)

เด็กโรคมะเร็งอายุ 1 ถึง 5 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความต้องการการพึ่งพาและการดูแลมากที่สุด เนื่องจากพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจยังพัฒนาไม่เต็มที่ จึงทำให้เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มากนัก ส่งผลให้เด็กต้องได้รับการดูแลตลอดเวลา (Graham, 2015) อีกทั้งการรักษาด้วยเคมีบำบัดแม้จะมีประสิทธิภาพสูงแต่ก็มีผลข้างเคียงที่รุนแรงและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานานโดยเฉลี่ย 3 ถึง 5 ปี (Linder, Al-Qaaydeh, Donaldson, 2017) ดังนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญของผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอและใกล้ชิดตลอดเวลา อีกทั้งผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคอย่างเข้มงวดทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะใช้เวลาในการดูแลเด็กประมาณ 20 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเป็นการดูแลที่หนักอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Rubira, Marcon, Belasco, Gaiva, & Espinosa, 2012) ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้

จากภาระการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนานส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากการดูแลเด็กโรคมะเร็งตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียและสุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง อีกทั้งผู้ดูแลยังมีความรู้สึกเหนื่อย เครียด และเบื่อหน่าย จากการที่ต้องดูแลเด็กป่วยตลอดเวลา (Rubira et al., 2012) นอกจากนี้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น และผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็กป่วยตลอดเวลา ส่งผลให้บทบาททางด้านสังคมลดลง (Dambi, Makotore, & Kaseke, 2015) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ดูแลมีภาระในการดูแลที่มากขึ้น มักจะรับรู้การดำเนินชีวิตของตนเองในด้านลบทั้งร่างกายและจิตใจ จนส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการดูแลเด็กโรคมะเร็งลดต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด (Rubira et al., 2012; Salvador, Creapo, Martins, Santos, & Canavarro, 2015)

ตามแนวคิดของโอเบิร์ส (Oberst, 1990) ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในสถานการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา โดยประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล (objective burden) และความรู้สึกยากลำบากที่ใช้ในการดูแล (subjective burden) ในกิจกรรมที่เป็นภาระการดูแล 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการดูแลโดยตรง (direct care) เป็นกิจกรรมการดูแลด้านร่างกายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การดูแลเกี่ยวกับการจัดยาและให้รับประทานยาตามแผนการรักษา และการป้องกันการติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และการเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยากจากการกดการทำงานของไขกระดูก (Wells et al., 2002) 2) ด้านการดูแลที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal care) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตใจในการให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้ความรัก และอยู่เป็นเพื่อนกับเด็กป่วยตลอดเวลา เพื่อให้เด็กป่วยรู้สึกอบอุ่นและไม่ถูกทอดทิ้ง หรือเมื่อเด็กป่วยมีความไม่สุขสบายต่าง ๆ จากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือได้รับความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กป่วยที่ไม่เหมาะสม เช่น อารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด หรือโกรธ เป็นต้น (Wells et al., 2002) และ 3) ด้านการดูแลทั่วไป (instrumental care) เป็นการดูแลที่เน้นการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและเดินทาง การจัดการให้เด็กป่วยมารับการรักษาตามนัดทุกครั้ง เป็นต้น (Dambi et al., 2015) จากกิจกรรมที่เป็นภาระการดูแลทั้ง 3 ด้าน ผู้ดูแลจะรับรู้ภาระการดูแลมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะกิจกรรมการดูแลและศักยภาพของ

ผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลประเมินว่าศักยภาพที่ตนมีอยู่นั้นไม่เพียงพอที่จะจัดการกับกิจกรรมการดูแลนั้นได้ จะทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการปฏิบัติมากในขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกยากลำบากที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลดังกล่าวด้วย ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง (Kasinpila, Sriamporn, & Juangpanich, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วย พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Dhiranathara, 2008; Marron et al., 2013) และปัจจัยด้านเด็กป่วย เช่น อายุ และความต้องการการดูแล (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991; Ow, 2003) โดยปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ แต่ปัจจัยที่สำคัญในการรับรู้ภาระการดูแล คือปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขและเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้โดยทีมสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ในผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคสมองพิการแต่กำเนิด เป็นต้น (Dhiranathara, 2008; Marron et al., 2013) อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการศึกษาภาระการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในเด็กโรคมะเร็งที่มีอายุ 1 ถึง 5 ปี และปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่สำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแล ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการจัดการต่อสถานการณ์หรือกิจกรรมการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จากการศึกษาของ Preechapongmit, Lamchang, & Jintrawet (2012) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นหอบหืด อายุ 1 ถึง 6 ปี พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38$, $p < .01$) กล่าวคือ หากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้นได้โดยไม่มีความยากลำบาก สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ต่อภาระการดูแลลดลง อีกทั้งการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคสมองพิการแต่กำเนิด พบว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ร้อยละ 40.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Marron et al., 2013) นอกจากนี้จากสถานการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กในเขตภาคเหนือมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลน้อยลงได้เช่นกัน ดังนั้นปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนจึงอาจเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยลดภาระการดูแล (Chou, 2000) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เป็นการที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดแบบเปิด ที่มีอายุ 1 ถึง 6 ปี พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38$, $p < .01$) (Saopeng, Jintrawet, & Chotibang, 2019) กล่าวคือ หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ต่อภาระการดูแลลดลง นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (Suwannaosod, 2004) ซึ่งคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินคุณค่าและทรัพยากร ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า

และเป็นที่ยอมรับจากบุคคลในครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลน้อยลงได้ (Sriwongsa, 2008) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีองค์ความรู้ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลและการวิจัยสำหรับพัฒนาวิธีการลดภาระการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างไร

2. สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดภาระการดูแลของ Oberst (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการรับรู้ถึงการใช้เวลาและความรู้สึกยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลโดยตรง ด้านการดูแลที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการดูแลทั่วไป โดยปัจจัยสำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยหากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้นได้โดยไม่มีความยากลำบาก อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลได้ในระดับน้อย และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดใน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญภาวะวิกฤติและเพิ่มความสามารถในการดูแล ทำให้สามารถดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลน้อยลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุ 1 ถึง 5 ปี ที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุ 1 ถึง 5 ปี ที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือ 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ของเด็กป่วยใน

ปกครองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลเด็กป่วยโดยตรงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) เป็นผู้ให้การดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 รอบ (cycle) และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการฟัง พูด อ่าน และเขียนได้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ค่าอำนาจการทดสอบ .80 และค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร .30 (Polit, 2010) ซึ่งจากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยตั้งแต่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งและจำนวนชั่วโมงในการดูแลเด็กโรคมะเร็งต่อวัน และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะของการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวนครั้งในการได้รับยาเคมีบำบัดและผลข้างเคียงที่ได้รับจากยาเคมีบำบัด

2. แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แบบสอบถามภาระการดูแล (Caregiving Burden Scale: OCBS) ของ Oberst (1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลโดยตรง (9 ข้อ) ด้านการดูแลที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (4 ข้อ) และด้านการดูแลทั่วไป (7 ข้อ) ข้อคำถามแต่ละข้อแยกประเมิน 2 ส่วน คือ ด้านความต้องการการดูแล ประเมินจากการใช้เวลาในการทำกิจกรรมและด้านความยากลำบากในการดูแล ประเมินจากความรู้สึกที่ยุ่งยากซับซ้อนในการทำกิจกรรม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องใช้เวลาหรือไม่มีความยากลำบากในการดูแลเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง ใช้เวลาในการดูแลหรือมีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง

3. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32-160 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในระดับสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ .97 และ .96 ตามลำดับ

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ของ Suwannaosod (2004) สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (7 ข้อ) ด้านการประเมินคุณค่า (7 ข้อ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (9 ข้อ) และด้านทรัพยากร (6 ข้อ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29-145 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

ที่ต้องการศึกษาโดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .92, และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำหนังสือพิทักษ์สิทธิ์ขอการรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 148/2017 และเอกสารขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 370/60 COA-NUR 148/60 โรงพยาบาลลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ 64/60 และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เอกสารรับรองเลขที่ 38/2560 ภายหลังการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเน้นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาใดๆกับเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านจริยธรรมการวิจัยในคนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ หลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัย โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้วิจัยจำนวน 1 ราย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อของเด็กโรคมะเร็งอายุ 1 ถึง 5 ปี ที่กำลังเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในแผนกผู้ป่วยนอกผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากพาเด็กป่วยพบแพทย์แล้ว กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเองภายในห้องให้คำปรึกษา ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวและเงียบสงบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 ถึง 45 นาที โดยกำหนดให้มีเวลาหยุดพัก 5 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการพักขณะตอบแบบสอบถาม หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรับแบบสอบถามคืนและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ข้อมูลภาระการดูแล ข้อมูลสมรรถนะแห่งตนและข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้ดูแลของเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 75.3 เป็นมารดาของเด็กป่วย มีอายุระหว่าง 18 ถึง 35 ปี ร้อยละ 57.6 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 41.2 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.1 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.7 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแล

เด็กป่วยตั้งแต่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 1.44 ปี (ระหว่าง 6 เดือน ถึง 5 ปี) และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเด็กป่วยต่อวันโดยเฉลี่ย 20.76 ชั่วโมง (ระหว่าง 10 ชั่วโมง ถึง 24 ชั่วโมง)

เด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 3 ถึง 5 ปี ร้อยละ 75.3 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 72.9 มีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 1.72 ปี (ระหว่าง 1.3 ถึง 5.11 ปี) เด็กโรคมะเร็งร้อยละ 43.5 ได้รับการรักษาในระยะ Consolidation phase และได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 60.0 ซึ่งภายหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัด เด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 97.6 ได้รับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา โดยพบอาการผมร่วงมากที่สุด ร้อยละ 94.0 รองลงมาคืออาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 68.7 และอาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 57.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

จากการศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่ร้อยละ 81.2 มีภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.51 (S.D.=10.64) และเมื่อพิจารณาภาระการดูแลซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลด้านการใช้เวลาอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.78 (S.D.=13.22) และภาระการดูแลด้านความยากลำบากอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.38 (S.D.=14.62) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม และรายด้าน (n=85)

ข้อมูล	ระดับภาระการดูแล			ค่าที่เป็นไปได้	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	การแปลผล
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)				
ภาระการดูแลโดยรวม	10 (11.8)	69 (81.2)	6 (7.1)	20-100	58.51	10.64	ปานกลาง
ภาระด้านการใช้เวลา	2 (2.4)	55 (64.7)	28 (32.9)	20-100	69.78	13.22	ปานกลาง
ภาระด้านความยากลำบาก	29 (34.1)	49 (57.6)	7 (8.2)	20-100	52.38	14.62	ปานกลาง

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมเป็นรายข้อ พบว่า กิจกรรมการดูแลที่เป็นภาระการดูแลโดยรวมมากที่สุดสามลำดับแรก ได้แก่ การจัดการแก้ไขอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของเด็กป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 3.54 (S.D.=0.86) และการให้กำลังใจ ปลอบใจ และการอยู่เป็นเพื่อนกับเด็กป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 3.41 (S.D.=0.88) ซึ่งเป็นภาระด้านการดูแลที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รองลงมา คือ การจัดการกับค่าใช้จ่ายต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ย 3.40 (S.D.=0.83) เป็นภาระด้านการดูแลทั่วไป ส่วนกิจกรรมการดูแลที่เป็นภาระการดูแลน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก เป็นภาระด้านการดูแลโดยตรง ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่าย มีคะแนนเฉลี่ย 2.56 (S.D.=0.89) รองลงมา คือ การดูแลเกี่ยว

กับการอาบน้ำแต่งตัว มีคะแนนเฉลี่ย 2.60 (S.D.=0.86) และการดูแลเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ มีคะแนนเฉลี่ย 2.61 (S.D.=0.78) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับ เคมีบำบัด

จากการศึกษาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 103.50 (S.D.=20.12) และการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.72 (S.D.=19.13)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) พบว่าสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.35$, $p < .01$, $r = -.36$, $p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (n=85)

ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
สมรรถนะแห่งตน	-.35**
การสนับสนุนทางสังคม	-.36**

หมายเหตุ. **p < .01

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.2 มีภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.51 (S.D.=10.64) อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 75.3 มีอายุอยู่ในช่วง 18 ถึง 35 ปี ร้อยละ 57.6 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยวัยนี้เป็นวัยที่บรรลุนิติภาวะอย่างสมบูรณ์ มีวุฒิภาวะทางจิตใจ สามารถควบคุมอารมณ์และแสดงพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ในการดูแลได้เป็นอย่างดี และเป็นวัยที่มีความพร้อมในการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาหรือผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาได้ (Havighurst, 1972) อีกทั้งผู้ดูแลบางส่วนร้อยละ 27.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และอีกส่วนหนึ่งร้อยละ 24.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จึงทำให้มีความยืดหยุ่นเรื่องเวลาและสามารถจัดสรรเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กโรคมะเร็งได้อย่างเต็มที่ ร่วมกับผู้ดูแลร้อยละ 41.2 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานของไทยที่ต้องสำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยตนเองจากหลายช่องทาง เช่น หนังสือ วารสาร แผ่นพับ หรืออินเตอร์เน็ต และสามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในกิจกรรมการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในผู้ดูแลเด็กป่วยโรค

มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศอิหร่าน โดยพบว่าผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาและไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำให้มีเวลาในการดูแลเด็กป่วยได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งยังมีคู่สมรสที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลบุตรคนอื่นๆในครอบครัว (Valizadeh et al., 2013)

สำหรับการประเมินภาระการดูแลตามแนวคิดของโอเบิร์ส (Oberst, 1990) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การใช้เวลาในการดูแลและความรู้สึกยากลำบากในการดูแล การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาระการดูแลด้านการใช้เวลาในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.78 (S.D.=13.22) ซึ่งมากกว่าภาระด้านความยากลำบากในการดูแล ที่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน แต่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.38 (S.D.=14.62) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเด็กโรคมะเร็งไม่ใช่งานที่ยากลำบากมากนัก แต่เป็นงานที่ต้องใช้เวลาในการดูแลค่อนข้างมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 3 ถึง 5 ปี ร้อยละ 75.3 ซึ่งเป็นช่วงวัยที่พัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็กยังพัฒนาไม่เต็มที่ จึงทำให้ยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (Graham, 2015) ร่วมกับเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในระยะ consolidation phase ร้อยละ 45.3 ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 60.0 และเกือบทุกรายได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร้อยละ 97.6 จึงส่งผลให้ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กด้วยตัวเองทั้งหมดและต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้ดูแลมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเด็กป่วยต่อวันโดยเฉลี่ย 20.76 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการดูแลที่หนักอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะใช้เวลาในการดูแลเด็กโรคมะเร็งค่อนข้างมากแต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 75.3 ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับเด็กป่วยมากที่สุด มีความรักและความรับผิดชอบในฐานะมารดาในการดูแลบุตร ร่วมกับมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งมาเป็นระยะเวลาโดยเฉลี่ย 1.44 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลานานมากพอที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความความชำนาญและทักษะในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการนำกิจกรรมการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมของชีวิตประจำวันของตัวเอง จึงทำให้ผู้ดูแลอาจไม่รู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriwongsa (2008) พบว่ามารดาเด็กโรคหอบหืดมีระยะเวลาในการดูแลเด็กเฉลี่ย 2 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลานานพอในการทำให้มารดามีความชำนาญและความสามารถในการดูแลเด็ก ส่งผลให้มารดารับรู้ภาระการดูแลน้อยลง

เมื่อพิจารณาภาระการดูแลโดยรวมเป็นรายข้อ พบว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลมากที่สุดคือ การจัดการแก้ไขอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของเด็กป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 3.54 (S.D.=0.86) และการให้กำลังใจ ปลอบใจ และการอยู่เป็นเพื่อนกับเด็กป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 3.41 (S.D.=0.88) ซึ่งเป็นภาระด้านการดูแลที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเป็นการดูแลด้านจิตใจ อาจเนื่องมาจากเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะมีความเครียดและความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงกว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Siadaty, 2013) สำหรับกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลน้อยที่สุด คือ การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่าย มีคะแนนเฉลี่ย 2.56 (S.D.=0.89) และการดูแลเกี่ยวกับการอาบน้ำแต่งตัว มีคะแนนเฉลี่ย 2.60 (S.D.=0.86) โดยกิจกรรมการดูแลดังกล่าวเป็นกิจกรรมด้านการดูแลโดยตรงที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน และไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งผู้ดูแลเคยปฏิบัติให้แก่เด็กที่บ้านทั้งขณะที่ปกติและเจ็บป่วยอย่างคุ้นเคย และปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในด้านนี้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาภาระการดูแลในต่างประเทศของเวลส์และคณะ (Wells et al., 2002) พบว่าผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลด้านจิตใจสูงที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการจัดการแก้ไขกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของเด็กป่วย และการดูแลเกี่ยวกับชีวิตประจำวันเป็นภาระการดูแลที่ผู้ดูแลรับรู้น้อยที่สุด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.35$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลลดลง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 103.50 (S.D.=20.20) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมาแล้วเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 1.44 ปี (S.D.=1.43) อีกทั้งเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 60.0 ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง แสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่มีความยากลำบาก จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Preechapongmit et al. (2012) พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38$, $p < .01$) อีกทั้งยังพบว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการดูแล และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลที่น้อยลงได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Yildiz, Karakas, Gungormus, & Cengiz, 2017)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแล และส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดน้อยลง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.12 (S.D.=19.06) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 85.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านอารมณ์ ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสารและการประเมินคุณค่าในการดูแลเด็กป่วยได้มากที่สุด อีกทั้งยังสามารถทำหน้าที่แทนกันได้ในกรณีที่คนใดคนหนึ่งต้องการความช่วยเหลือให้ทำหน้าที่แทน นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างทั้งสมาชิกในครอบครัว เครือญาติและบุคลากรทางสุขภาพ จะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น (Preechapongmit et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Saopeng et al. (2019) พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38$, $p < .01$) อีกทั้งยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลเด็กลดลงได้ (Kahriman & Zaybak, 2015)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจและวางแผนการพยาบาลในด้านนี้อย่างเหมาะสม

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงวิธีการลดภาระการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งโดยการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน เช่น การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

3. ใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล เช่น การจัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์การดูแลและการให้กำลังใจระหว่างกัน เพื่อให้สามารถดูแลเด็กโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

2. ควรมีการศึกษาวิธีการลดภาระการดูแลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเฉพาะการดูแลด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เน้นการดูแลด้านจิตใจ เช่น การศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เอกสารอ้างอิง

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H. Freeman.

Cancer Registry of Lampang Hospital. (2012). *Cancer incidence in Northern Thailand, 2008-2012.* Retrieved from http://www.lpch.go.th/lpch/ lpch_attachment/2015 1016 08514413437.pdf

Carey, R. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family member caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum, 18*(8), 1341-1348.

Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing, 15*(6), 398-407.

Dambi, J. M., Makotore, F. G., & Kaseke, F. (2015). The impact of caregiving a children with cancer: A cross sectional study of experiences of Zimbabwean caregivers. *Journal of Palliative care & Medicine, 5*(5), 230.

Dhiranathara, N., (2008). *Factors influencing burden experienced by caregivers of children with congenital heart disease* (Master of Nursing Science, Pediatric Nursing). Faculty of Graduate studies, Mahidol university.

Graham, A. N., (2015). Effects of childhood cancer and hospitalization on preschool aged children: Benefits of movement programming in child life departments. *Senior Honors Theses,* Paper 109.

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). United States: David McKay Publications.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Angle wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kahriman, F., & Zaybak, A. (2015). Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16*(8), 3313-3317.

Kasinpila, C., Sriamporn, S., & Juangpanich, U. (2007). Caregiver burden with cancer patients. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division, 25*(1), 22-30.

Linder, L. A., Al-Qaaydeh, S., Donaldson, G. (2017). Symptom characteristics among hospitalized children and adolescents with cancer. *Cancer Nursing 2017, 1*(1), 1-10.

Marron, E. M., ReDolar-ripol, D., BoixaDós, M., niEto, I., guillaMón, n., HErnánDEz, E., & góMEz, B. (2013). Burden on caregivers of children with cerebral palsy: Predictors and related factors. *Universitas Psychologica, 12*(3), 767-777.

Murphy, S. L., Xu, J., & Kochane, K. D. (2013). Deaths: Final data for 2010: National vital statistics reports. *National Center for Health Statistics, 61*(4).

National Cancer Institute. (2015). Children with cancer a guide for parents. *NIH Publication, 15*, 23-78.

Oberst, M. T. (1990). *Caregiver Burden Scale.* (Unpublished Manuscript), University of Wisconsin-madison.

Ow, R. (2003). Burden of care and children cancer: Experiences of parents in an Asian context. *Health & Social Work, 28*(3), 232-240.

Polit, D. F. (2010). *Statistic and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.

Preechapongmit, K., Lamchang, S., & Jintrawet, U., (2012). Factors related to caregiving burden among caregivers of children with Asthma. *Nursing Journal, 39*(4), 13-22. (in Thai)

Rubira, E. A., Marcon, S. R., Belasco, A.G.S., Gaiva, M. A. M., & Espinosa, M. M. (2012). Burden and quality of life of caregivers of children and adolescents with chemotherapy treatment for cancer. *Acta Paulista de Enfermagem. 25*(4), 567-573.

Salvador, A., Creapo, C., Martins, A. R., Santos, S., & Canavarro, M. C. (2015). Parent's perceptions about their child's illness in pediatric cancer: Links with caregiving burden and quality of life. *Journal of Child Family Studies, 24*(4), 1129-1140.

Saopeng, Y., Juntrawet, U., & Chotibang, J. (2019). Factors related to caregiver burden of children with congenital heart disease after open heart surgery, *Nursing Journal, 46*(4), 13-24. (in Thai)

Siadaty, M. (2013). *Psychological problem in children with cancer 6th international congress on child and adolescent psychiatry.* Tabriz University of Medical Sciences. Tabriz, Iran.

Sriwongsa, L. (2008). *Factors affecting caregiving burden of mothers having asthmatic children* (Master of Nursing Science, Family nursing). Graduate School, Burapha university. (in Thai)

Suwannaosod, S., (2004). *Uncertainty, social support, and coping strategies among parents of children with cancer* (Master of Nursing Science, Pediatric Nursing). Graduate School, Chiang Mai university. (in Thai)

Valizadeh, L., Pashae, S., Shirvani, H., Kalantary, H., & Jonbakhsh, F. (2013). Investigation on the burden of care the mothers of children with cancer in Tabriz pediatrics treatment and educational center in 2013. *International Journal of Review in Life Science, 5*(7), 177-180.

Wells, D. K., James, K., Stewart, J. L., Moore, L. M., Kelly, K. P., Moore, B., Bond, D., ... Speckhart, B. (2002). The care of my child with cancer: A new instrument to measure caregiving demand in parents of children with cancer. *Journal of pediatric nursing, 7*(3), 201-210. doi: 10.1053/jpdn.2002.124113

Yildiz, E., Karakas, S. A., Gungormus, Z., & Cengiz, M. (2017). Levels of care burden and self-efficacy for informal caregiver of patients with cancer. *Holistic Nursing Practice, 31*(1), 7-15.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1
Factors Related to Self-Management Behaviors in Adolescent with Type 1 Diabetes

ณัฐพร	ออนตะไคร้ *	Nattaporn	Ontrakrai *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
จุฑามาศ	โชติบาง ***	Jutamas	Chotibang ***

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Schilling, Grey, & Knafl (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อายุ 13 - 18 ปี จำนวน 68 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหพันธ์พอยด์ ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 70.26, S.D.= 12.81) คิดเป็นร้อยละ 64.71

2. ฐานะทางเศรษฐกิจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .05, r = .69, p < .01, r = .58, p < .01$) ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: *พฤติกรรมการจัดการตนเอง เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*

* *ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, forevermenp@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 19 กันยายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 17 ตุลาคม 2559 วันที่ตอบรับบทความ 31 ตุลาคม 2559

Abstract

Proper self-management behaviors in adolescents with type 1 diabetes will lead to good health outcomes and proceed to productive adults. The objective of this correlational descriptive research was to examine factors related to self-management behaviors in adolescents with type 1 diabetes. Self-management concept of Schilling, Grey, and Knafl (2002) with a review of literature were used as framework. The participants were 68 adolescents with type 1 diabetes aged 13 to 18 years old who visited the tertiary hospital in the north, and northeastern, Thailand. The research instruments included the personnel information questionnaire, the perceived self-efficacy of adolescents with type 1 diabetes questionnaire, the family support of adolescent with type 1 diabetes questionnaire and the self-management behaviors in adolescents with type 1 diabetes questionnaire, developed by the researcher based on the framework and the purpose of a research study. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, the Spearman rank correlation coefficient, and Point biserial correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The mean score of self-management behaviors in adolescents with type 1 diabetes was at a high level ($\bar{X}$ = 70.26, S.D.= 12.81) of 64.71 %

2. Economic status of the family, perceived self-efficacy, and family support showed statistically significant positive relationship with self-management behaviors in adolescents with type 1 diabetes ($r = .34$, $p < .05$, $r = .69$, $p < .01$, $r = .58$, $p < .01$), respectively.

The results of this research serve as the preliminary information of self-management behaviors in adolescents with type 1 diabetes and could be used to promote effective self-management behaviors in adolescents with type 1 diabetes.

Keywords: *Self-management behaviors, Adolescent with type 1 diabetes, Factors related*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นโรคเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางเมตาบอลิก (metabolic disorder) ที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น โรคนี้สามารถตรวจพบในเด็กตั้งแต่แรกเกิด แนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ตรวจพบตั้งแต่เด็กแรกเกิดลดลง แต่พบมากขึ้นในเด็กวัยรุ่น (Patterson et al., 2019) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เบต้าเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายจากระบบภูมิคุ้มกัน (autoimmune) ส่งผลให้มีการสร้างฮอร์โมนอินซูลินลดลงจนนำไปสู่การขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Chiang et al., 2018) ทำให้กระบวนการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันในร่างกายผิดปกติ เนื่องจากโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งของการรักษาคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับน้ำตาลในเลือดปกติ การรักษาหลักคือ การฉีดยาอินซูลิน ร่วมกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม (Wherrett, Ho, Huot, Legault, Nakhla, & Rosolowsky, 2018) การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจะพบมากขึ้นโดยสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในเด็กป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่อายุน้อย ๆ เมื่อเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น ภาวะแทรกซ้อนจะแสดงอาการเด่นชัดขึ้น การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานได้สูงขึ้น (Jacobson, Braffett, Cleary, Gubitosi-Klug, & Larkin, 2013)

เด็กวัยรุ่น (adolescent) แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 2 ช่วงวัย คือ วัยรุ่นตอนต้น อายุ 13-15 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย 16 - 18 ปี (Madsen, Roisman, & Collins, 2002) เป็นวัยที่ก้าวเปลี่ยนจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการอย่างมากทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม (Sanders, 2013) ซึ่งเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แม้เด็กจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จากการรักษาที่มีความซับซ้อนและอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงเข้าสู่วัยรุ่น ทำให้มีความยากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เด็กบางรายเกิดความรู้สึกท้อถอยต่อการรักษา จนส่งผลให้ดูแลตนเองลดลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย (Kakleas, Kandyla, Karayianni, & Karavanaki, 2009) ในภาวะที่มีความเจ็บป่วยจึงยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้นเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ยังคงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลจากคนในครอบครัวหรือผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง (Chiang et al., 2018; Abolhassani, Babaee, & Eghbali, 2013) การส่งเสริมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ร่วมกับผู้ปกครอง จะทำให้เด็กรู้สึกว่าการดูแลตนเองมีความสำคัญ ซึ่งช่วยผลักดันให้เด็กยังคงพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ (Rankin et al., 2018) ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษา ลดอัตราการเกิดความพิการ และการเสียชีวิต นอกจากนี้ยังช่วยให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีและส่งต่อการรักษาไปสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการควบคุม และรับผิดชอบในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเรียนรู้ (Ryan & Sawin, 2009) จากแนวคิดของ Schilling, Grey, & Knafl (2002) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ในกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน และเป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเป็นการแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลและการตัดสินใจร่วมกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมอาการโรค ภาวะสุขภาพ และความผาสุก พฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการแก้ไขปัญหาในโรคเบาหวาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการกำหนดเป้าหมาย (Schilling et al., 2009) หากเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดี อาจช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบการศึกษาของประเทศอังกฤษ ประเมินการจัดการตนเองใน 4 ด้าน คือด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการฉีดยาอินซูลิน พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการจัดการตนเองที่ดี (Law, Kelly, Huey, & Summerbell, 2002) ต่างจากการศึกษาของประเทศจีนโดยใช้แนวคิดของ Schilling et al. (2009) ประเมินการจัดการตนเองใน 5 ด้าน คือ ด้านความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการแก้ไขปัญหาในโรคเบาหวาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการกำหนดเป้าหมาย พบว่า เด็กยังคงพึ่งพาผู้ปกครองในการดูแล และมีการจัดการตนเองที่ต่ำ โดยเฉพาะในด้านการติดต่อสื่อสาร และการแก้ไขปัญหาในโรคเบาหวาน (Guo,

Whittemore, Grey, Wang, Zhou, & He, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาในเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อายุระหว่าง 11-14 ปี พบว่า เด็กวัยรุ่นมีการจัดการตนเองในระดับที่ต่ำในด้านการแก้ไขปัญหาในโรคเบาหวาน (Chao, Whittemore, Minges, Murphy, & Grey, 2014) ดังนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ยังมีความแตกต่างกันตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา และผลการศึกษามีความแตกต่างในด้านบริบทของสังคมตะวันตกและเอเชีย

สำหรับประเทศไทย พบการศึกษาเชิงทดลองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จากการศึกษาผลของการจัดค่ายเบาหวานในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุมากกว่า 12 ปี โดยการให้ความรู้ในด้านทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการมีคุณค่าในตัวเอง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมค่ายเบาหวาน พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำ และไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมค่ายเบาหวาน (Santiprabhob et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าการเข้าค่ายเบาหวานเด็กช่วยเพิ่มความรู้ให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แต่อย่างไรก็ตามภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายเบาหวานเด็กวัยรุ่นยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Costa & Gameiro (2016) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบในการดูแลตนเองโดยรวม แต่ในด้านการปรับระดับยาอินซูลินเด็กวัยรุ่นเพศชายดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศหญิง และอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความรับผิดชอบ และดูแลตนเองสูงขึ้น การศึกษาของ Guo et al. (2013) พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีการจัดการตนเองที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ยังคงเรียนหนังสือ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ต่างกับการศึกษาของ Skinner, John, & Hampson (2000) พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี มีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ในด้านของระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ระยะการเจ็บป่วยที่นานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กวัยรุนโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการจัดการตนเองที่แย่ลง (Skinner et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chao et al. (2014) ที่พบว่า เด็กวันรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 2 ปี มีการจัดการตนเองที่ดีกว่าเด็กที่เจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่ผ่านมา มีความแตกต่างกันในด้านการเลี้ยงดู เชื้อชาติ สังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อบุคคล จึงไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานอย่างไร และปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความแตกต่างของเพศและการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ยังมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมและเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีความขัดแย้งกันอยู่ ดังนั้น จึงไม่อาจสรุปได้ว่าเพศและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างไร

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือการจัดการกับภาวะเรื้อรังให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางเอาไว้

(Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ภายใต้สถานการณ์ที่กดดันให้ประสบความสำเร็จได้ (Ryan & Sawin, 2009) จึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีความสำคัญกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากการศึกษาของ Chih, Jan, Shu, & Lue (2010) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) อาจกล่าวได้ว่า หากเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับที่สูง จะสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดให้ต่ำลงมาได้ ซึ่งเป้าหมายของการจัดการตนเองก็เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1

การสนับสนุนจากครอบครัว (family support) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) โดยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) มี 4 ด้านได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยสถาบันครอบครัว เป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่หล่อหลอมพัฒนาบุคคลตั้งแต่เด็ก ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิด และมีความผูกพันกับเด็กวัยรุ่นมากที่สุด จากการศึกษาพบว่าการที่บิดามารดายังคงให้การดูแลช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นทำให้เด็กสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น (Ouzouni et al., 2018) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอาจช่วยให้เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังเช่นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการความเจ็บป่วยของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่รักษาโดยการฉีดยาอินซูลิน พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเจ็บป่วยของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน (Carcone, Ellis, Weisz, & Naar-King, 2011) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Narit, 2007) ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว จึงอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ และศึกษาหาความสัมพันธ์ของเพศ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้คำแนะนำแก่เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และครอบครัวในการส่งเสริมการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสามารถอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นอย่างไร

2. เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองในเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ของ Schilling, Grey, & Knafl (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งกระทำในแต่ละวัน และเป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเป็นการแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลและการตัดสินใจร่วมกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง โดยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการแก้ไขปัญหาในโรคเบาหวาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการกำหนดเป้าหมาย ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นการที่เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ร่วมกับปัจจัยด้านเพศและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว อาจมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นหรือลดลง การศึกษาครั้งนี้จึงหาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคเหนือ 4 แห่ง และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคเหนือ 4 แห่ง และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ เป็นเด็กที่มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี ที่สามารถรับรู้สื่อสารภาษาไทยได้ โดยวิธีการอ่าน และเขียนได้ โดยสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย ทำการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยแบ่งตามสัดส่วน (proportional sampling) ของจำนวนประชากรทั้งหมดของแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ข้อคำถามแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย และไม่มั่นใจเลย คำถามมีทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 - 90 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 1 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนใหญ่ เป็นจริงน้อย และไม่เป็นจริง คำถามมีทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 - 39 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ด้านความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการแก้ไขปัญหาในโรคเบาหวาน ด้านการติดต่อสื่อสาร ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ และด้านการกำหนดเป้าหมาย ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เป็นเป้าหมายสำหรับฉันอย่างแน่นอน เป็นเป้าหมายสำหรับฉันในบางครั้ง ฉันไม่เคยนึกถึงเป้าหมายนี้ และไม่เป็นเป้าหมายสำหรับฉันอีกต่อไป คำถามมีทั้งหมดจำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 30 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 3 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0 - 99 คะแนน

โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.87, 0.92 และ 0.82 ตามลำดับ และคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.94, 0.82 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ FULL-029-2558 รายละเอียดบันทึกข้อความที่ ศธ.6393 (7.15.2)/ข.101 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 5 แห่ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองทราบ โดยที่สามารถปฏิเสธได้เมื่อไม่ต้องการให้ข้อมูล ซึ่งไม่กระทบต่อการรักษา ดำเนินการขอความยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง และขอความสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ปกครองลงนามยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และทำการร่วมเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สำรวจไว้ และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงการตอบแบบสอบถาม และแจกแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 50 นาที จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหพันธ์พอยด์ ไบซีเรียล

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 70.26, S.D. = 12.81) คิดเป็นร้อยละ 64.71

2. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34$, $p < .05$, $r = .69$, $p < .01$, $r = .58$, $p < .01$) ตามลำดับ แต่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ($p>.05$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามคำถามการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.26 (S.D.= 12.81) จากคะแนนเต็ม 99 คะแนน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าปัจจุบันการรักษาเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และนอกจากนี้สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้มีการส่งเสริมให้เด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุมากกว่า 7 ปี มีทักษะในการจัดการตนเอง โดยการจัดการตนเองเป็นการร่วมมือระหว่างเด็กป่วย และครอบครัว (Chiang et al., 2018) ในปัจจุบันเด็กวัยรุ่นไทยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จึงได้รับการสอนทักษะในการจัดการตนเอง โดยเด็กจะได้ฝึกทำด้วยตนเองตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยเรียนโดยมีผู้ปกครองคอยดูแล เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเด็กเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น (Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Ministry of Public Health, & National Health Security Office, 2017)

ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีวิธีการให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการสอนเป็นรายบุคคล ให้ความรู้แก่คนในครอบครัว การจัดค่ายเบาหวานเด็ก เป็นต้น โดยกระบวนการให้ความรู้เพื่อให้เด็กสามารถจัดการตนเองได้นั้น เป็นกระบวนการที่กระทำซ้ำ ๆ ต่อเนื่อง ทุกครั้งที่เด็กมาตรวจตามนัด จึงทำให้เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Narit (2007) ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี และการศึกษาการจัดการตนเอง ของ Law et al. (2002) โดยประเมินการจัดการตนเอง 4 ด้าน คือด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการฉีดยาอินซูลิน พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการจัดการตนเองที่ดีทั้ง 4 ด้าน

ผลการศึกษาในครั้งนี้ เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.77 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านความร่วมมือระหว่างผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการเป็นอิสระจากผู้ปกครอง แต่ลักษณะของโรคและการดูแลมีความซับซ้อน การดูแลตนเองจึงเป็นเรื่องยากหากไม่มีคนช่วยดูแลแนะนำ ทำให้เด็กวัยรุ่นยังต้องพึ่งพาบิดามารดา (Karlsson, Arman, & Wikblad, 2008) การที่เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครองจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 73.53 ของกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแก้ไขปัญหาในโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า เด็กวัยนี้อยู่ในระยะพัฒนาการด้านความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (formal operation period) เด็กสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีเหตุผล ซึ่งลักษณะเช่นนี้ทำให้สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง จากการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง (ร้อยละ 70.59) และการกำหนด

เป้าหมาย (ร้อยละ 95.59) อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การที่เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ ย่อมส่งผลทำให้เด็กมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการติดต่อสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เด็กจึงยังคงพึ่งพาผู้ปกครอง ในการมาตรวจตามนัดพร้อมกับผู้ปกครอง จึงทำให้ผู้ปกครองเป็นผู้ปรึกษาหรือสอบถามในสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความผิดปกติต่าง ๆ และการมาตรวจตามนัด การตรวจพิเศษอื่น ๆ กับแพทย์และพยาบาล

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.00 มีระดับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า 7.5 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (Chiang et al., 2018) อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 63.24 เด็กวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการ ทำให้เด็กวัยรุ่นต้องมีการปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะในวัยรุ่นตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย แม้เด็กจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่จากการรักษาที่มีความซับซ้อนและอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งมีผลต่อการทำงานของอินซูลิน ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ยาก (Kakleas et al., 2009) จึงพบว่าระดับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

2. เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า เพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p>.05$) สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการกำหนดเป้าหมายอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเหมือนกัน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงปกติ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความตั้งใจในการที่จะกระทำสิ่งใดไม่ว่าย่อมแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ นอกจากนี้เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับการสอนทักษะในการจัดการตนเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Law et al. (2002) ในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี พบว่า เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการจัดการตนเองที่ดี โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง และการศึกษาของ Narit (2007) ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34$, $p < .05$) แสดงว่าเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ครอบครัวมีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่จะเอื้อบุคคลสามารถในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง จากการศึกษาวิจัยพบว่า ความถี่ของการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ในได้ดียิ่งขึ้น (Ziegler, Heidtmann, Hilgard, Hofer, Rosenbauer, & Holl, 2011) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด บ่อยครั้งจึงเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ดังนั้นในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงจึงกำลังทรัพย์เพียงพอที่จะซื้ออุปกรณ์ เข็มเจาะน้ำตาล แผ่นตรวจน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สามารถประเมินน้ำตาลในเลือดได้บ่อยครั้งตามความจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Skinner et al. (2000) ศึกษาในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 54 ราย พบว่าเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี มีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านรายได้ เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก แต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกันไป

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .69$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.00 (S.D.= 12.36) จากคะแนนเต็ม 90 คะแนน การที่เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้เด็กได้รับประสบการณ์ความรู้ ทักษะต่าง ๆ รวมถึงการพูดชักจูง กำลังใจจากการสอนจากแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่เด็กมาตรวจตามนัด จึงทำให้เกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าการที่ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำ จะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chih et al. (2010) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ($r = -.295$, $p < .05$) เมื่อเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จึงสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดให้ต่ำลงมาได้ และการศึกษาของ Narit (2007) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ($r = .49$, $p = .001$)

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก จะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.55 (S.D.=6.74) จากคะแนนเต็ม 39 คะแนน ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ จะช่วยให้เด็กสามารถเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การที่สมาชิกในครอบครัวยกย่อง ชมเชย เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นประโยชน์ จะช่วยให้เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และนำข้อมูลที่ได้รับไปปรับปรุงการปฏิบัติของตนเองต่อไป 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ยังคงต้องการคำปรึกษาจากบิดามารดา และช่วยเตือนในด้านต่าง ๆ และ4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ อุปกรณ์ การให้เวลา การแบ่งเบาภาระ ทำให้เด็กป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย เนื่องจากเด็กเชื่อว่าความรับผิดชอบในการจัดการกับโรคเบาหวานเพียงลำพังเป็นสิ่งที่ยากลำบาก (Karlsson et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่รักษาโดยการฉีดยาอินซูลิน พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดการ

ความเจ็บป่วยของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวาน ($r = .312$, $p < .001$) (Carcone et al., 2011) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Narit (2007) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ($r = .27$, $p = .015$) จากการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ทำให้คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สามารถพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรการทางการพยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ให้มีความเหมาะสม เพื่อส่งต่อการรักษาไปสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการศึกษาหรือในการทำวิจัยต่อไปในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการสนับสนุนจากเพื่อน

2. การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงควรมีการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

Abolhassani, S., Babaee, S., & Eghbali, M. (2013). Mothers' experience of having children with diabetes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 18*(4), 304.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W. H. Freeman.

Carcone, A. I., Ellis, D. A., Weisz, A., & Naar-King, S. (2011). Social support for diabetes illness management: Supporting adolescents and caregivers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 32*(8), 581.

Chao, A., Whittemore, R., Minges, K. E., Murphy, K. M., & Grey, M. (2014). Self-management in early adolescence and differences by age at diagnosis and duration of type 1 diabetes. *The Diabetes Educator, 40*(2), 167-177. doi: 10.1177/0145721713520567

Chiang, J. L., Maahs, D. M., Garvey, K. C., Hood, K. K., Laffel, L. M., Weinzimer, S. A.,... Schatz, D. (2018). Type 1 Diabetes in Children and Adolescents: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes care, 41*(9), 2026–2044. doi.org/10.2337/dci18-0023

Chih, A.-H., Jan, C.-F., Shu, S.-G., & Lue, B.-H. (2010). Self-efficacy affects blood sugar control among adolescents with type I diabetes mellitus. *Journal of the Formosan Medical Association,109*(7), 503-510.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences.* Hillside. NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Costa, M., & Gameiro, M. G. H. (2016). Self-care of adolescents with type 1 diabetes: Responsibility for disease management. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(9), 9-19.

Diabetes Association of Thailand, The Endocirne Society of Thailand, Ministry of Public Health, & National Health Security Office. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes 2017.* Retrieved from https://www.dmthai.org/attachments/article/443/guideline-diabetes-care-2017.pdf

Guo, J., Whittemore, R., Grey, M., Wang, J., Zhou, Z. G., & He, G. P. (2013). Diabetes self-management, depressive symptoms, quality of life and metabolic control in youth with type 1 diabetes in China. *Journal of Clinical Nursing, 22*(1-2), 69–79. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04299.x

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* MA: Addison-Wesley.

Jacobson, A. M., Braffett, B. H., Cleary, P. A., Gubitosi-Klug, R. A., & Larkin, M. E. (2013). The long-term effects of type 1 diabetes treatment and complications on health-related quality of life. *Diabetes Care, 36*(10), 3131-3138.

Kakleas, K., Kandyla, B., Karayianni, C., & Karavanaki, K. (2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism, 35*(5), 339-350. doi.org/10.1016/j.diabet.2009.05.002

Karlsson, A., Arman, M., & Wikblad, K. (2008). Teenagers with type 1 diabetes-a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. *International Journal of Nursing Studies, 45*(4), 562-570.

Law, G. U., Kelly, T. P., Huey, D., & Summerbell, C. (2002). Self-management and well-being in adolescents with diabetes mellitus: Do illness representations play a regulatory role?: *The Journal of Adolescence Health, (31),* 381-385.

Madsen, S. D., Roisman, G. I., & Collins, W. A. (2002). The intersection of adolescent development and intensive intervention: Age-related psychosocial correlates of treatment regimens in the diabetes control and complication trial. *Journal of Pediatric Psychology, 27*(5), 451-459.

Narit, N. (2007). *Perceived self-efficacy, social support and factors related self-care behavior of adolescents with type 1 diabetes mellitus* (Master of Science of Public Health Nursing). Graduate Study, Mahidol University. (in Thai).

Ouzouni, A., Galli-Tsinopoulou, A., Kazakos, K., Dimopoulos, E., Kleisarchaki, A. N., Mouzaki, K., & Lavdaniti, M. (2018). The intervention of parents in supporting of diabetes type 1 in adolescents. *Materia socio-medica, 30*(2), 98–102. doi.org/10.5455/msm.2018.30.98-102

Patterson, C. C., Karuranga, S., Salpea, P., Saeedi, P., Dahlquist, G., Soltesz, G., & Ogle, G. D. (2019). Worldwide estimates of incidence, prevalence and mortality of type 1 diabetes in children and adolescents: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. *Diabetes Research and Clinical Practice, 157.* doi.10.1016/j.diabres.2019.107842

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.

Rankin, D., Harden, J., Barnard, K., Bath, L., Noyes, K., Stephen, J., & Lawton, J. (2018). Barriers and facilitators to taking on diabetes self-management tasks in pre-adolescent children with type 1 diabetes: A qualitative study. *BMC endocrine disorders, 18*(1), 71. doi.org/10.1186/s12902-018-0302-y

Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook, 57*(4), 217-225.

Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review, 34*(8), 354-358. doi: 10.1542/pir.34-8-354

Santiprabhob, J., Kiattisakthavee, P., Likitmaskul, S., Chaichanwattanakul, K., Wekawanich, J., Dumrongphol, H., ... Nitiyanant, W. (2012). Glycemic control, quality of life and self-care behavior among adolescents with type 1 diabetes who attended a diabetes camp. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 43*(1), 172-184.

Schilling, L. S., Grey, M., & Knafl, K. A. (2002). The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 37*(1), 87-99.

Schilling, L. S., Dixon, J. K., Knafl, K. A., Lynn, M. R., Murphy, K., Dumser, S., & Grey, M. (2009). A new self-report measure of self-management of type 1 diabetes for adolescents. *Nursing Research, 58*(4), 228-236.

Skinner, T. C., John, M., & Hampson, S. E. (2000). Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: A longitudinal study of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 25*(4), 257-267.

Wherrett, D. K., Ho, J., Huot, C., Legault, L., Nakhla, M., & Rosolowsky, E. (2018). Type 1 Diabetes in Children and Adolescents. *Canadian Journal of Diabetes, 42*(S1), S234-S246. doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.036

Ziegler, R., Heidtmann, B., Hilgard, D., Hofer, S., Rosenbauer, J., & Holl, R. (2011). Frequency of SMBG correlates with HbA1c and acute complications in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes, 12*(1), 11-17. doi.org/10.1111/j.1399-5448.2010.00650.x

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น
Developing Breastfeeding Support Model for Adolescent Mothers

สุสัณหา	ยิ้มแย้ม *	Susanha	Yimyam *
สุนิสา	ปัทมาภรณ์พงศ์ **	Sunisa	Pattamapornpong **
อัมพิกา	สุวรรณบุตร ***	Ampika	Suwannabut ***

บทคัดย่อ

แม่วัยรุ่นอาจเป็นกลุ่มที่เปราะบางและเสี่ยงต่อการขาดความต่อเนื่องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นและทดสอบประสิทธิผลต่ออัตราการให้นมแม่แก่ลูกอย่างเดียวภายใน 6 เดือนแรกหลังคลอด โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบนั้นเป็นแม่วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลแพร่จำนวน 52 คน ซึ่งได้รับการจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติจำนวน 26 คน และเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 26 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และไควสแคว์ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสนับสนุนการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังคลอด (ประกอบด้วยการช่วยเหลือและการสอนทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม) 2) การติดตามการให้นมแม่ในระยะแรกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อสนับสนุนและช่วยในการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและอย่างต่อเนื่อง 3) การทบทวนแผนการปฏิบัติเมื่อกลับไปเรียนหรือทำงานหลังคลอด และ 4) การประเมินผลและการช่วยสนับสนุนเพิ่มเติมเมื่อกลับไปเรียนหรือทำงาน หลังจากการนำรูปแบบการสนับสนุนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นนี้ไปทดลองใช้ พบว่า แม่วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องตามรูปแบบจากพยาบาลมีอัตราการให้นมแม่อย่างเดียวแก่ลูกในหกเดือนแรกหลังคลอดสูงกว่าแม่วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (100.0% VS 69.2%, p = .002), ระยะหลังคลอด 1 เดือน (96.2% VS 69.2%, p = .005), 2 เดือน (96.2% VS 69.2%, p = .005), 3 เดือน (84.7% VS 65.4%, p = .041), และ 6 เดือน (77.8% VS 42.4%, p = .011)

จากการศึกษานี้สรุปได้ว่ารูปแบบการสนับสนุนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลสำหรับแม่วัยรุ่นมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนหลังคลอด

* *ผู้เขียนหลัก ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Corresponding Author, Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, syimyam@gmail.com*

** *พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลแพร่*

** *Registered Nurse, Postpartum ward, Prae Hospital*

*** *พนักงานมหาวิทยาลัยสายปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *University Supporting Staff, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 14 สิงหาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 23 กันยายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 22 ตุลาคม 2562

คำสำคัญ: *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่วัยรุ่น พยาบาลวิชาชีพ*

Abstract

Adolescent mothers may be more vulnerable to and at a high risk of discontinuing exclusive breastfeeding (EBF). The objectives of this study were to develop a breastfeeding support model for adolescent mothers and to test the effectiveness of this breastfeeding support on breastfeeding rates within the first six months postpartum by using participatory action research. Participants for developing the breastfeeding support model were 10 professional nurses. The effectiveness of the program was tested by 52 adolescent mothers who gave birth in Phrae hospital. The adolescent mothers with newborns were assigned into two groups: 26 adolescent mothers were in the control group and received routine care while the other 26 adolescent mothers were in the intervention group and received the breastfeeding support model. Quantitative data analysis included frequency, percentage, and Chi-square test, whereas qualitative data analysis was done by using content analysis.

The findings reveal that breastfeeding support model for adolescent mothers was developed to promote n continuing exclusive breastfeeding. The program included: 1) support provision for breastfeeding initiation after childbirth during hospitalization (consisting of assistance and individual and group health education) 2) home visit or follow up for continuing exclusive breastfeeding support and action plan adjustment 3) revision action plan for school or work, and 4) evaluation and additional support when the mothers return to study or work. The effectiveness of the program was found that the exclusive breastfeeding rates within first six months of mothers who received the breastfeeding support model was higher rate than those of the mothers who received routine care statistically significant at discharge from hospital (100.0% VS 69.2%, p = .002), at one month (96.2% VS 69.2%, p = .005), at two month (96.2% VS 69.2%, p = .005), at three month (84.7% VS 65.4%, p = .041), and at six month (77.8% VS 42.4%, p = .011).

It could be concluded that this breastfeeding support model were effective for improving exclusive breastfeeding rates among adolescent mothers.

Keywords: *Exclusive breastfeeding, Breastfeeding support model, Adolescent mother, Registered nurse*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลดีกว่านมผสมทั้งในแง่ประโยชน์ต่อทารก แม่ ครอบครัว และสังคม (American Academy of Pediatrics [AAP], 2012; Lawrence & Lawrence, 2011; World Health Organization [WHO], 2012; Yimyam, 2013) ทั้งนี้นมแม่มีคุณค่าทางด้านสารอาหารที่มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามความต้องการของทารก นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในแง่ภูมิคุ้มกันโรค พฤติกรรม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (AAP, 2012; United Nations Children's Fund

[UNICEF], 2013; WHO, 2009, 2011; Yimyam, 2013) ดังนั้นองค์การอนามัยโลก และ องค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จึงเสนอแนะว่าควรนำทารกมารับนมแม่ตั้งแต่แรกเริ่มภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด และให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และควรให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับอาหารตามวัยอื่นจนเด็กอายุได้ประมาณ 2 ปี (WHO 2012; UNICEF 2013) และกำหนดเป้าหมายของนโยบายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน เป็นไม่ต่ำกว่า 50 % ภายในปี ค.ศ. 2025 อย่างไรก็ตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหลายประเทศยังคงต่ำทั้งในการเริ่มให้นมแม่ และระยะเวลาในการให้นมแม่ (UNICEF, 2015) จากการสำรวจในปี ค.ศ. 2018 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 41 (UNICEF, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งแม่วัยรุ่น (Apostolakis-Kyrus, Valentine, & DeFranco, 2013) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในระยะแรกเริ่มและอย่างต่อเนื่องในแม่วัยรุ่นต่ำกว่าแม่วัยผู้ใหญ่ (Apostolakis-Kyrus et al., 2013; Bica & Giugliani, 2014; Kingston, Heaman, Fell, & Chalmers, 2012; Leclair, Robert, Sprague, & Fleming, 2015; Sipsma, Jones, & Cole-Lewis, 2014) แม้ว่าแม่วัยรุ่นที่ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอดก็มีโอกาสที่เลิกให้นมแม่โดยเร็ว ตัวอย่างเช่น การศึกษาระดับชาติในสหรัฐอเมริกาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่นในระยะแรกเริ่มเท่ากับ 60% และมีเพียง 22% ที่ยังคงให้นมแม่จนถึง 6 เดือน ขณะที่แม่วัยผู้ใหญ่มีอัตราการให้นมแม่ระยะแรกเริ่มเท่ากับ 79% และ 50% ยังคงให้นมแม่จนถึง 6 เดือน (AAP, 2012)

ประเทศไทยได้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง แต่สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคงต่ำกว่าของประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกอยู่มาก โดยเฉพาะอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน เมื่อพิจารณาถึงแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่กำหนดเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 50 จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี ในประเทศไทย พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีร้อยละ 23.0 ในพ.ศ. 2559 (National Statistical Office, 2017) และเพียงร้อยละ 14.0 ในปี พ.ศ. 2562 (National Statistical Office, 2020) จะเห็นได้ว่าอัตราของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำเช่น แม่วัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่นโดยรวมทั้งประเทศยังไม่ทราบที่แน่ชัด แต่ในการศึกษาแม่หลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในจังหวัดนครนายก ช่วงปี พ.ศ. 2553-2556 พบว่ามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 27.0 ในแม่วัยรุ่นจำนวน 527 คน ขณะที่ ร้อยละ 29.2 ในแม่อายุมากกว่า 20 ปีจำนวน 3,036 คน (p= 0.414) (Puapornpong, Raungrongmorakot, Manolerdtewan, Ketsuwan, & Wongin, 2014) และในปี พ.ศ. 2559 แม่วัยรุ่นในกรุงเทพฯ จำนวน 192 คน มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 19.8 เหตุผลที่พบมากที่สุดที่ทำให้ยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวนั้น คือ การกลับไปเรียนหรือทำงาน (Ngamnil & Kaewkiattikun, 2019) และจากการศึกษาในแม่วัยรุ่นไทยในปี พ.ศ. 2560-2561 จำนวน 195 คน ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและพาทารกมารับวัคซีนที่โรงพยาบาล 6 แห่งในเขตภาคเหนือ (Khonsung, Yimyam, Xuto, & Chaloumsuk, 2021) พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 36.4 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสนับสนุนของครอบครัว แต่มีเพียงสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่านั้นที่เป็นปัจจัยทำนาย ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงลักษณะทั่วไปของแม่วัยรุ่นแล้วน่าจะมีความเสี่ยงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เนื่องจากแม่วัยรุ่นต้องเผชิญปัญหาด้านวุฒิภาวะ ความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจ การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นมักเป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการศึกษาต่อ ซึ่งปัญหาหลายอย่างเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่พบอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากการมีลูกของวัยรุ่นทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด มักพบบ่อยที่ปู่ย่าตายายจะกลายเป็นผู้เลี้ยงดูหลาน เนื่องจากแม่วัยรุ่นมักจะยังเรียนไม่จบ ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ในการเลี้ยงดูลูก และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ยังไม่มีวุฒิภาวะที่เพียงพอในการจะเป็นพ่อแม่ สิ่งเหล่านี้จึงมีผลกระทบต่อการเลี้ยงดูทารกโดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (UNPFA in Thailand, 2013; UNICEF in Thailand, 2015)

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องน่าจะเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วนนมแม่ในกลุ่มแม่วัยรุ่นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่นของ Moran, Edwards, Dykes, & Downe (2007) โดยการสนับสนุนแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความเชื่อมั่นหรือภูมิใจในตนเอง การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ การให้ข้อมูล และการสร้างเครือข่าย จากการศึกษาที่ผ่านมา (Pérez-Escamilla et al., 2012) พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความเชื่อมั่นหรือภูมิใจในตนเอง และการสร้างเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญ โดยการสนับสนุนจากแม่ของสตรีวัยรุ่นเป็นพลังในการช่วยเหลืออย่างมากที่สุด และการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และทำงานกับวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องมีส่วนสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดโปรแกรมการเรียนรู้ที่เฉพาะสำหรับแม่วัยรุ่นอาจจะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการให้นมแม่ในระยะแรกเริ่มและอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามสาระสำคัญในรายละเอียดที่ซับซ้อนเป็นองค์ประกอบในการให้ข้อมูลและสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและยังเป็นสิ่งท้าทาย ในประเทศไทยได้มีการส่งเสริมหรือการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่น ตัวอย่างเช่น การจัดโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยการใช้สื่อซีดีเพลงพระคาถาโพธิบาทสำหรับแม่วัยรุ่นที่บ้าน (Phakot,& Thaithae, 2013) การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ ตามกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson) ในแม่วัยรุ่นระยะแรกหลังคลอดที่พักฟื้นในโรงพยาบาล (Ratisuthorn, Thaithae, & Bowanthammajak, 2014) การจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่นและการจัดโปรแกรมสมรรถนะแห่งตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่น จังหวัดกำแพงเพชร (Boondej, Ritpho, & Wanapornsiri, 2014) รวมทั้งการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่น โรงพยาบาลแพร่ (Pattamaporn, Khamhang, Sanguanjiam, Ritthisin, & KomLaem, 2011) แม้ว่าทุกโปรแกรมส่งผลดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่มักจะเป็นการใช้ทฤษฎีหรือแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง เน้นการสนับสนุนบางส่วน เช่น ด้านอารมณ์ ความเชื่อมั่นหรือภูมิใจในตนเอง และการให้ข้อมูล แต่ขาดการสร้วงเครือข่าย เป็นการสนับสนุนระยะสั้นมักจะเป็นระยะพักฟื้นหลังคลอดและบางโปรแกรมมีการติดตามการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะสั้น ไม่ครอบคลุมไปถึงการกลับไปเรียนหรือกลับไปทำงาน และบางการวิจัยยังขาดต่อเนื่อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นที่ผสมผสานแนวคิดที่หลากหลายที่มีการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ความเชื่อมั่นหรือภูมิใจในตนเอง การให้การช่วยเหลือ การให้ความรู้ และการสร้างเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในชุมชนหรือกลับไปเรียนหรือกลับไปทำงาน

คณะผู้วิจัย จึงสนใจพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและการติดตามผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนหลังคลอดในแม่วัยรุ่น ซึ่งพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยและคณะทำงานที่ประกอบด้วยพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการสนับสนุนนมแม่ ทั้งนี้รูปแบบนอกจากจะมีแนวทางพื้นฐานของการสนับสนุน คุ้มครอง และปกป้อง

สำหรับแม่ทั่วไปแล้ว ยังควรมีรายละเอียดเฉพาะสำหรับแม่ที่เป็นวัยรุ่นและบางรายต้องกลับไปศึกษาต่อหรือต้องไปทำงานในช่วงระยะเวลาที่ยังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงจำเป็นต้องช่วยวางแผนที่เหมาะสมสำหรับการให้นมแม่แก่ลูกเมื่อแม่วัยรุ่นต้องกลับไปเรียนหรือทำงาน เช่น การจัดสรรเวลา การฝึกการบีบเก็บน้ำนมและการเก็บรักษาน้ำนมแม่ และการป้อนนมแม่โดยผู้ดูแลลูก เป็นต้น ซึ่งอาจประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่ที่ทำงานนอกบ้าน แต่ต้องหาเทคนิคและวิธีการให้คำแนะนำและช่วยเหลือสนับสนุนให้เหมาะสมตามวัยและปัญหาเฉพาะ สิ่งที่สำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรเป็นการผสมผสานการช่วยเหลือและสนับสนุนหลายวิธีการ ทั้งจากบุคลากรสุขภาพและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในครอบครัว ชุมชน และในโรงเรียนหรือที่ทำงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนคลอดและหลังคลอด ตลอดจนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอด (Pérez-Escamilla, et al., 2012) อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับเด็กซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญของสังคมในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างแม่วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแม่วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ

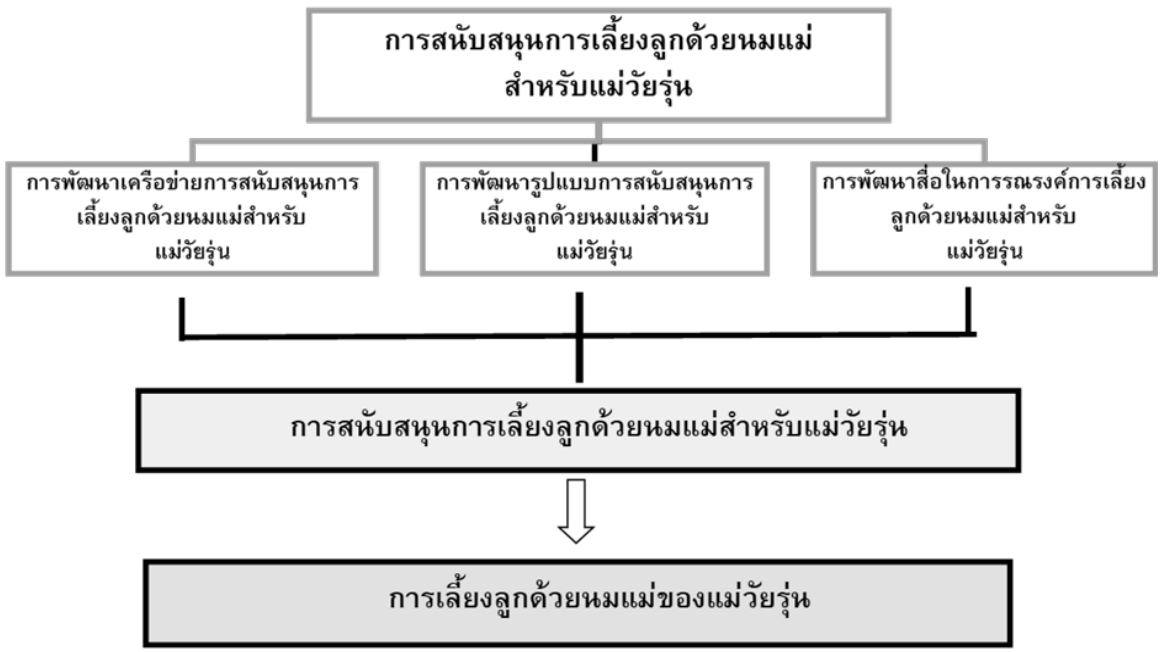
สมมติฐานการวิจัย

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างแม่วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าแม่วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิด โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ขององค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก และโครงการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งนโยบายต่าง ๆ ของรัฐบาลไทย ที่ให้บุคลากรสุขภาพสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอด โดยมีกลยุทธ์ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์ในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับคณะทำงานสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น ได้แก่ พยาบาลในหน่วยงานต่าง ๆ ทีเกี่ยวข้องในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในโรงพยาบาลแพร่และเครือข่ายภายในจังหวัดแพร่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โควต้า จำนวน 10 คน เป็น หัวหน้าหน่วยงานละ 1 คน พยาบาลคลินิกนมแม่ 1 คนและ พยาบาลสูติกรรม 8 คน ที่สนใจเข้าร่วมเป็นคณะทำงานโครงการนี้

ส่วนประชากรสำหรับทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น ได้แก่ แม่วัยรุ่นในช่วงระยะหกเดือนหลังคลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาลแพร่ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ แม่วัยรุ่นที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ สตรีที่มีอายุขณะคลอดต่ำกว่า 20 ปี เป็นแม่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เต้านมหัวนมปกติทั้งสองข้าง และมีทารกครบกำหนด ที่มีน้ำหนักเท่ากับหรือมากกว่า 2,500 -4,000 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ที่มีผลต่อการดูดนมแม่ (เช่นปากแหว่ง เพดานโหว่ หรือความผิดปกติในการดูดกลืนหรือความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร) การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยคิดจาก effect size เปิดตารางเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2012) ซึ่งกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าอำนาจจำแนกความแตกต่างร้อยละ 80 และ effect size = 0.8 โดยคำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คนต่อกลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งตามขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. แนวทางทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาเครือข่ายฯ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย การจัดตั้งคณะทำงานการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับ

แม่วัยรุ่น การปรับกระบวนทัศน์ในการทำงานร่วมกัน การดำเนินกิจกรรมเน้นการทำงานแบบพหุภาคี การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

2. รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น ที่พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยและคณะทำงานในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น อาศัยใช้แนวคิด โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ขององค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก โครงการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งนโยบายต่าง ๆ ของรัฐบาลไทย และงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งแนวทางการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนโครงการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสนับสนุนการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังคลอด 2) การติดตามการให้นมแม่ในระยะแรกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อสนับสนุนและช่วยในการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างต่อเนื่อง 3) การทบทวนแผนการปฏิบัติเมื่อกลับไปทางานหลังคลอด และ 4) การประเมินผลและการช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อกลับไปทำงาน

3. สื่อสุขภาพในการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น ซึ่งพัฒนาโดยคณะผู้วิจัยและคณะทำงานฯ ซึ่งอาจจะประยุกต์จากสื่อรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยทั่วไปที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ แผ่นพับ และโปสเตอร์ที่พัฒนาโดย yimyam & Hanpa (2014) สื่อรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉพาะสำหรับแม่วัยรุ่น ที่พัฒนาขึ้นใหม่ในโครงการวิจัยนี้ ได้แก่ คู่มือ ‘การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับคุณแม่วัยรุ่น’ และหนังสือการ์ตูน “เรื่องเล่า. . . คุณแม่วัยใส”

4. แบบบันทึกการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะประยุกต์ใช้แบบบันทึกการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 6 เดือนหลังคลอดของ Yimyam & Hanpa (2014)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น คู่มือ ‘การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับคุณแม่วัยรุ่น’ และหนังสือการ์ตูน “เรื่องเล่า. . . คุณแม่วัยใส” ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้กับแม่วัยรุ่นที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 5 ราย เพื่อดูความเหมาะสมและความเป็นไปได้ที่นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้รับจะถูกตรวจสอบภายในสองประเด็น คือ ความหลากหลายและอิ่มตัวกับมีความเป็นจริง ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณนั้นการตรวจสอบใช้วิธีสามเส้า (triagulation) กล่าวคือ ใช้การเปรียบเทียบข้อมูลเดียวกันกับการรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ผู้รวบรวมข้อมูลหลายคน และต่างช่วงเวลากัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการพัฒนานี้ได้รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 181/2017) และการพิจารณารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่ (เลขที่ 32/2561) ทั้งนี้ตลอดระยะดำเนินการวิจัยครั้งนี้คณะทำงานได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลงานโดยคณะทำงานจะแนะนำทีมวิจัย ชี้แจงโครงการโดยย่อ แจ้งถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขอความร่วมมือพร้อมกับแจกแผ่นพับแนะนำโครงการฯ อธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูล การนำเสนอและเผยแพร่ข้อมูล และสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการในการเข้าร่วมโครงการ โดยไม่มีการบังคับใด ๆ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมในโครงการในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบหรือผลเสียหายใด ๆ นอกจากนี้การนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ หรือการรวบรวมข้อมูล ขึ้นอยู่กับความสะดวกโดยไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมโครงการ

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีระยะเวลาในการดำเนินงาน 12 เดือน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1 ขั้นค้นหาปัญหาและวางแผน ประกอบด้วย

1.1 การพัฒนาเครือข่ายในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น โดยจัดตั้งคณะทำงานสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นในโรงพยาบาลแพร่และเครือข่ายภายในจังหวัดแพร่ ซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยสูติกรรม 1 คน พยาบาลคลินิกนมแม่ 1 คนและ พยาบาลสูติกรรม 8 คน ที่สนใจเข้าร่วมเป็นคณะทำงานโครงการนี้ โดยการกำหนดบทบาท หน้าที่ และการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น ทั้งนี้ตลอดการทำงานได้มีการปรับแนวคิดและวิธีการทำงานร่วมกัน โดยเน้นการดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผล

1.2 การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวสถานการณ์กับอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่น โดยคณะทำงานฯ หารายชื่อแม่วัยรุ่นที่มาคลอดลูกในโรงพยาบาลมีลูกอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 2 ปี พร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อจากหน่วยหลังคลอดของโรงพยาบาล จากนั้นคณะผู้วิจัยติดต่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับแม่วัยรุ่นที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 26 ราย (เป็นกลุ่มควบคุม) เกี่ยวกับการให้อาหารลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือนหลังคลอด รวมทั้งเหตุผลที่ตัดสินใจเช่นนั้น ปัจจัยเอื้อ ปัญหา และอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1.3 การพัฒนารูปแบบในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างคณะผู้วิจัยและคณะทำงานฯ โดยใช้แนวคิดโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ขององค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก โครงการการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายต่าง ๆ ของรัฐบาลไทย ที่ให้บุคลากรสุขภาพสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอด ทั้งนี้รูปแบบในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นนี้ได้มีการปรับปรุงในรายละเอียดเล็กน้อยหลังจากทดลองใช้ในแม่วัยรุ่นและมีการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างคณะทำงานฯ และคณะผู้วิจัย เป็นระยะๆ จนได้รูปแบบที่เหมาะสม

1.4 การพัฒนาสื่อในการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างคณะผู้วิจัยและคณะทำงานฯ สื่อในการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น ที่พัฒนาในครั้งนี้ ประกอบด้วย คู่มือ ‘การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับคุณแม่วัยรุ่น’ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เทคนิคสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (การอุ้มและเอาทารกเข้าเต้า การประคบและการนวดเต้านม การบีบเก็บน้ำนมแม่ และการป้อนน้ำนมแม่ เป็นต้น) รวมทั้งปัญหาที่พบบ่อยและการแก้ไขในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่น และหนังสือการ์ตูน “เรื่องเล่า...คุณแม่วัยใส” ซึ่งเป็นเรื่องเล่าถึงประสบการณ์ของแม่วัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเริ่มหลังคลอดในโรงพยาบาล และเมื่อกลับพักฟื้นที่บ้าน ตลอดจนกระทั่งการให้นมแม่เมื่อต้องกลับมาเรียน ทั้งนี้ได้สะท้อนถึงปัญหาที่แม่วัยรุ่นต้องเผชิญและการช่วยเหลือสนับสนุนที่ได้รับ จนทำให้ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ ยังได้มีการพัฒนาจัดทำไลน์กลุ่มเพื่อความสะดวกในการให้คำปรึกษาแนะนำช่วยแก้ไขปัญหา การนัดหมาย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็วระหว่างแม่วัยรุ่นกับพยาบาล รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และข้อมูลระหว่างกลุ่มแม่วัยรุ่นเอง

2. ขั้นดำเนินการ คณะทำงานสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นนำรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นที่พัฒนาในครั้งนี้ไปทดลองใช้แม่วัยรุ่นที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 26 ราย (เป็นกลุ่มทดลอง) โดยมีการปรับปรุงรูปแบบเป็นระยะ ๆ จนได้รูปแบบที่เหมาะสม

3. ขั้นติดตามประเมินผล เปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่นกลุ่มทดลองและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. ขั้นสะท้อนข้อมูลกลับ โดยคณะผู้วิจัยการนำเสนอผลการดำเนินงานแก่คณะทำงานฯ และผู้บริหารโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตได้บันทึกในแบบบันทึกภาคสนาม ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มถูกบันทึกในเทปบันทึกเสียงและถอดข้อความ แล้วนำวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบด้วย อ่านและทำความเข้าใจ ข้อความถ้อยคำต่าง ๆ จากการบันทึก จับประเด็นสำคัญ และจัดหมวดหมู่ เพื่อนำใช้ประกอบในการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่น ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคสแควส์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

1. ได้รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่น ที่เน้นผลที่ได้จากการสนับสนุนปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น คือการที่แม่วัยรุ่นสามารถให้นมลูกอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลจนถึง 6 เดือนหลังคลอด โดยเริ่มตั้งแต่ระยะพักฟื้นหลังคลอดในโรงพยาบาลจนกระทั่งลูกอายุได้ 6 เดือน โดยได้มีการปรับปรุงแนวทางการสนับสนุนปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นจนได้รูปแบบที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้เป็นแผนการติดตามแม่วัยรุ่นหลังจากจำหน่ายจากสถานบริการ (discharge planning) ได้ ซึ่งมี 4ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังคลอด

ในระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังคลอด แม่ส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจและทักษะในการให้นมแม่แก่ลูกโดยเฉพาะในแม่วัยรุ่น ดังนั้นพยาบาลควรทบทวนและสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเน้นความสำคัญและประโยชน์ของนมแม่ กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม การจัดท่าแม่และลูกขณะให้นมแม่ หลักของ 3 ดูด (ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี) การประคบเต้านม การนวดเต้านมและคลึงหัวนม การบีบน้ำนม ปัญหาที่บ่อยและการแก้ไขปัญหา ที่สำคัญคือสร้างความเข้าใจและสร้างความมั่นใจกับแม่เกี่ยวกับกระบวนการสร้างและการหลั่งของน้ำนมแม่ การเปลี่ยนแปลงของน้ำนมแม่ทั้งจำนวน องค์ประกอบ สีและความเข้มข้นที่เปลี่ยนไปให้สอดคล้องระยะเวลาและความต้องการของทารกที่เปลี่ยนไปเช่นกัน รวมทั้งการประเมินความเพียงพอของน้ำนมแม่ เพื่อให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นพยาบาลควรกระตุ้นและร่วมวางแผนกับแม่ในการผสมผสานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งเมื่อกลับกับการเรียนหรือการทำงาน และวางแผนในการนัดเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามความสะดวกและความสมัครใจของแม่ ควรเป็นช่วง 2-4 สัปดาห์หลังคลอด พร้อมกับให้ชื่อ ที่อยู่ และให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้ที่รับปรึกษาและช่วยเหลือ เมื่อแม่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามการให้นมแม่ในระยะแรกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อสนับสนุนและช่วยในการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างต่อเนื่อง ในระยะนี้แม่เริ่มหาแนวทางในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่มีต้องปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่บ้าน โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังจากกลับจากโรงพยาบาล แม่ส่วนใหญ่ต้องการคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการให้นมแม่ เช่น เต้านมคัดตึง น้ำนมออกน้อย เป็นต้น การติดตามเยี่ยมแม่เป็นระยะ ๆ ในช่วงเวลาดังกล่าว จะทำให้แม่ลดความวิตกกังวลและประสบความสำเร็จในการให้นมลูกในระยะต่อมา

ขั้นตอนที่ 3 การทบทวนแผนการปฏิบัติเมื่อกลับไปเรียนหรือทางานหลังคลอด

พยาบาลผดุงครรภ์ควรเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือให้แม่และผู้ที่จะช่วยเลี้ยงดูลูกขณะแม่กลับไปเรียน/ทำงานนอกบ้าน โดยการเยี่ยมหรือนัดมาร่วมกันวางแผนที่สถานบริการ ในช่วง 4 - 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด และในช่วง 1 - 2 สัปดาห์ ก่อนออกกลับไปเรียน/ทำงานนอกบ้าน ควรให้ติดตามเยี่ยมอีกครั้ง เพื่อให้แม่เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะความสามารถในการบีบน้ำนมเก็บไว้ในการติดตามเยี่ยมบางครั้งอาจใช้โทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและการช่วยเหลือเพิ่มเติมกลับไปเรียนหรือทำงาน

ในการติดตามเยี่ยมในช่วงสัปดาห์แรกที่แม่กลับไปเรียนหรือทำงาน และทุกเดือนจนกระทั่งครบ 6 เดือนหลังคลอด ควรสอบถามถึงประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหาภายหลังกลับเข้าทำงานในสัปดาห์แรก โดยเฉพาะปัญหาในการบีบน้ำนม เกี่ยวกับ เวลา สถานที่ การได้รับการสนับสนุนจากที่ทำงาน ในระยะนี้แม่ส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจและตอบข้อซักถามบางประการ โดยทั่วไปหากแม่มีโอกาสบีบน้ำนมเก็บไว้ให้ลูก 1 - 2 ครั้ง ส่วนใหญ่จะประสบความสำเร็จสามารถให้นมแม่ได้อย่างน้อย 4 เดือนหลังคลอด การติดตามอาจใช้การโทรศัพท์ก็ได้ ทั้งนี้หลังจากแม่กลับไปเรียนหรือทำงานแล้ว อาจจะยุ่งยากในการจัดเวลาให้เยี่ยมที่บ้านหรือที่โรงเรียนหรือที่ทำงาน

2. ผลการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่นต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่น

หลังจากนำรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในแม่วัยรุ่นแล้ว จากการติดตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหกเดือนหลังคลอดในแม่วัยรุ่นในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่นในกลุ่มทดลองสูงกว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่นในกลุ่มควบคุมทุกระยะในหกเดือนแรกหลังคลอด ตั้งแต่ขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในระยะ 1, 2, 3 และ 6 เดือนหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญในระดับ .01, 01, 01, .05 และ .05 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหกเดือนหลังคลอดในแม่วัยรุ่นในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การให้นมทารก	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			χ^2 (p valve)
	EBF	Partial BF	No BF	EBF	Partial BF	No BF	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
ขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาล	18 (69.2)	8 (30.8)	0 (0.0)	26 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9.785 (.002)**
ระยะ 1 เดือนหลังคลอด	18 (69.2)	0 (0.0)	8 (30.8)	25 (96.2)	1 (3.8)	0 (0.0)	10.439 (.005)**
ระยะ 2 เดือนหลังคลอด	18 (69.2)	0 (0.0)	8 (30.8)	25 (96.2)	1 (3.8)	0 (0.0)	10.439 (.005)**
ระยะ 3 เดือนหลังคลอด	17 (65.4)	0 (0.0)	9 (34.6)	22 (84.7)	3 (11.5)	1 (3.8)	6.404 (.041)*
ระยะ 6 เดือนหลังคลอด	11 (42.4)	1 (3.8)	14 (53.8)	21 (77.8)	2 (7.7)	3 (11.5)	8.998 (.011)*

* P <.05, ** P <.01

การอภิปรายผล

ในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมุติฐานของการวิจัยและผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบอัตราการให้นมแม่แก่ลูกใน 6 เดือนแรกหลังคลอด ในแม่วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลองกับแม่วัยรุ่นในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า โดยรวมแม่ที่ได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีอัตราการให้นมแม่แก่ลูกในหกเดือนแรกหลังคลอดสูงกว่าแม่วัยรุ่นในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ตั้งแต่ขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในระยะ 1, 2, 3 และ 6 เดือนหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญในระดับ .01, 01, 01, .05 และ .05 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ทั้งนี้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นนั้นเป็นประสบการณ์ใหม่ที่แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นแม่ครรภ์แรกและไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์เพื่อจะเป็นแม่มาก่อน ต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด เนื่องจากแม่อยู่ในระยะพักฟื้น กำลังปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นแม่ ต้องเรียนรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติหลายอย่างทั้งเพื่อการดูแลตนเองและการเลี้ยงดูลูก โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนโดยการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และฝึกทักษะในการให้นมแม่แก่ลูกในโรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในระยะแรกเริ่ม อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนในช่วงนี้อย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอ ทั้งนี้ในช่วงแรกน้ำนมแม่ยังมีน้อย การให้คำแนะนำในการบีบน้ำนมแม่เพื่อเก็บไว้ให้ลูกเป็นไปได้ยาก อาจทำให้แม่รู้สึกเจ็บเมื่อต้องบีบน้ำนมให้ได้ปริมาณที่มากพอ เกิดท้อแท้ใจเมื่อเห็นว่าน้ำนมมีน้อย และเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งปัญหาการคัดตึง และ/หรือหัวนมแตกที่อาจจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย อาจจะยังไม่เกิดขณะพักฟื้นในโรงพยาบาล แต่มักจะเกิดมาน้ำนมมาจำนวนมากแล้วซึ่งอาจจะเริ่มในช่วง 3-10 วันหลังคลอด นอกจากนี้หลังจากที่แม่กลับไปอยู่ที่บ้านแม่ต้องเริ่มค้นหาวิธีการในการเลี้ยงลูกด้วยตนเองในสภาพแวดล้อมของบ้านตนเองที่ต่างไปจากโรงพยาบาล อาจประสบปัญหาในการให้นมแม่ โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่ขาดการสนับสนุนจากคู่ครองและครอบครัว ดังนั้นจึงควรมีการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาแนะนำอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบที่กล่าวมาแล้ว เพื่อช่วยในการวางแผน สร้างความมั่นใจ สนับสนุนให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ ซึ่งการศึกษานี้ได้สนับสนุนการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาทั้งในประเทศ เช่น การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจตามกรอบแนวคิดของกิบสัน (Gibson) ในแม่วัยรุ่นระยะแรกหลังคลอดที่พักฟื้นในโรงพยาบาล และมีการโทรศัพท์ติดตามปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึงหกเดือนหลังคลอด (Ratisuthorn, et al., 2014) การจัดโปรแกรมสมรรถนะแห่งตนเองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่วัยรุ่น จังหวัดกำแพงเพชร ที่พบว่าแม่วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสมรรถนะแห่งตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าแม่วัยรุ่นในกลุ่มควบคุม (Boondej, et al., 2014) และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นในโรงพยาบาลแพร่ที่พบว่า แม่วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนหลังคลอดสูงกว่าแม่กลุ่มควบคุม (Pattamaporn, et al., 2011) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ เรื่องการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Moran et al., 2007) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และทำงานกับวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องมีส่วนสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสร้างความเชื่อมั่นหรือภูมิใจในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญ (Pérez-Escamilla et al., 2012) การจัดโปรแกรมการเรียนรู้ที่เฉพาะสำหรับแม่วัยรุ่นอาจ

จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการให้นมแม่ในระยะแรกเริ่มและอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนเป็นรายบุคคล ลักษณะตัวต่อตัวมีความสำคัญในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสร้างความเชื่อมั่นหรือภูมิใจในตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การช่วยเหลือแม่วัยรุ่นในการแก้ไขปัญหาการให้นมแม่แก่ลูกอย่างเห็นอกเห็นใจ ไม่รีบเร่ง สิ่งที่สำคัญคือการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่นนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างคณะทำงานสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นที่เป็นพยาบาลในโรงพยาบาลและเครือข่ายในจังหวัดร่วมกับคณะผู้วิจัย และการดำเนินการทดลองโดยคณะทำงานฯ เอง และมีการติดตามประเมิน รวมทั้งปรับปรุงรูปแบบเป็นระยะซึ่งเป็นการทำงานที่ยืดหยุ่นปรับให้เหมาะสมกับบริบท และจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทำให้มีความตระหนักและความรับผิดชอบที่จะดำเนินงานไปอย่างต่อเนื่อง จึงน่าจะทำให้มีความยั่งยืนในการพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากโครงการนี้มีระยะเวลาในการดำเนินงานเพียงหนึ่งปี ทำให้มีแม่วัยรุ่นค่อนข้างน้อยที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการที่ได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจจะมีปัญหาในการนำผลงานวิจัยอ้างอิงประชากร ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวมากกว่านี้เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่านี้ นอกจากนี้ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึงระยะเลิกให้นมแม่ทุกราย เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding duration) และการศึกษาที่ติดตามในระยะยาวนานขึ้นเพื่อดูความยั่งยืนของกิจกรรมการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่ารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่นเป็นสิ่งจำเป็น พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญ ซึ่งอาจนำรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่วัยรุ่นนี้ไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสุขภาพ โดยนำไปเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนจำหน่ายแม่และทารกออกจากโรงพยาบาล (discharge planning) และควรมีการจัดตั้งหรือมอบหมายหน่วยงานที่รับผิดชอบในการติดตามและให้คำแนะนำสำหรับแม่ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง หรือนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการติดตามเยี่ยมหลังคลอด และให้คำปรึกษาแนะนำทางโทรศัพท์ หรือ การติดตามเยี่ยมบ้านหรือนัดมาให้การช่วยเหลือที่หน่วยงานในสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดต่อกับแม่หลังคลอด เช่น หน่วยวางแผนครอบครัว และหน่วยตรวจสุขภาพทารก ควรได้นำรูปแบบการให้คำแนะนำและติดตามหลังคลอดนี้ ไปประยุกต์ในการให้บริการทุกครั้งที่แม่มาติดต่อ เพื่อช่วยแม่ในการวางแผน สร้างความมั่นใจ สนับสนุนให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องเพื่อสุขภาพที่ดีของแม่และทารกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

American Academy of Pediatrics [AAP]. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics, 129*(3), 827-841.

Apostolakis-Kyrus, K., Valentine, C., & DeFranco, E. (2013). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *The Journal of pediatrics, 163*(5), 1489-1494.

Bica, O. C., & Giugliani, E. R. J. (2014). Influence of counseling sessions on the prevalence of breastfeeding in the first year of life: A randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Birth, 41*(1), 39-45.

Boondej, W., Ritpho, P., & Wanapornsiri, C. (2014). The effect of self-efficacy program on breastfeeding of adolescent mothers in Khampangphet province. *Journal of Nursing and Health, 8*(3 special), 65-79 (in Thai).

Kingston, D., Heaman, M., Fell, D. & Chalmers B. (2012). Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatric, 129*(5), e1228-1237.

Khonsung, P., Yimyam, S., Xuto, P., & Chaloumsuk, N. (2021). Factors predicting exclusive breastfeeding among Thai adolescent mothers at 6-months postpartum. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 26*(1), 34-47.

Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E. & Fleming, N. (2015). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 28*(6), 516-521

Lawrence, R.M., & Lawrence, R.A. (2011). Breastfeeding: more than just good nutrition. *Pediatrics in Review, 32*(7), 267-280.

Moran, V.H., Edwards, J., Dykes, F., & Downe, S. (2007). A systematic review of the nature of support for breast-feeding adolescent mothers. *Midwifery, 23,* 157 - 171

National Statistical Office. (2017). *Report of the situation of children and women in Thailand 2015-2016.* Bangkok: National Statistical Office (in Thai).

National Statistical Office. (2020). *Report of the situation of children and women in Thailand 2019.* Bangkok: National Statistical Office (in Thai).

Ngamnil N, & Kaewkiattikun K. (2019). Prevalence of exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology, 27*(2), 73-82.

Pattamaporn, S., Khamhang, T., Sanguanjiam, S., Ritthisin, K., & KomLaem, M. (2011). The effectiveness of clinical practice guidelines to promote breastfeeding in adolescent mothers. *Journal of Phrae Hospital, 19*(2), 59-69 (in Thai).

Pérez-Escamilla, R., Curry, L., Minhas, D., Taylor, L., & Bradley, E. (2012). Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: The “breastfeeding gear” model. *Advance Nutrition, 3,* 790-800. doi:10.3945/an. 112.002873

Phakot, W., & Thaithae, S. (2013). Effectiveness of spiritual well-being promotion program for postpartum adolescent mothers on the perceived self-efficacy of continuous breastfeeding at home. *Journal of Public Health, 27*(2), 27-39. (in Thai).

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th Ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Puapornpong, P., Raungrongmorakot, K., Manolerdtewan, W., Ketsuwan, S., & Wongin, S. (2014). Teenage pregnancy and exclusive breastfeeding rates. *Journal of the Medical Association of Thailand, 97*(9), 893-898.

Ratisuthorn, J., Thaithae, S., & Bowanthammajak, U. (2014). Effects of empowerment program on breastfeeding behavior and duration exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Kuakarun Journal of Nursing, 21*(2), 139-154 (in Thai).

Sipsma, H. L., Jones, K. L., & Cole-Lewis, H. (2014). Breastfeeding among adolescent mothers: A systematic review of interventions from high-income countries. *Journal of Human Lactation, 5,* 1-9.

The United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2013). *Breastfeeding on the worldwide agenda: findings from a landscape analysis on political commitment to protect, promote and support breastfeeding.* New York: WHO. Retrieved from http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding_on_worldwide_agenda.pdf

UNICEF in Thailand. (2015). *Synthesis report on situation analysis of adolescent pregnancy in Thailand.* Bangkok: UNICEF Thailand.

UNICEF. (2018). *Breastfeeding: A mother's gift for every child.* Retrieved from https://data.unicef.org/resources/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child/

United Nations Population Fund [UNPFA] in Thailand. (2013). *Motherhood in childhood: Facing the challenge adolescent pregnancy.* Bangkok: Success Publication.

World Health Organization [WHO]. (2009). *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2012). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Yimyam, S. (2013). Breastfeeding experiences among employed mothers (pp. 159-180). In T. M. Cassidy (Ed.). *Breastfeeding: Global Practices, Challenges, Maternal and Infant Health Outcomes.* New York: Nova Science Publishers.

Yimyam, S., & Hanpa, W. (2014). Developing a workplace breast feeding support model for employed lactating mothers. *Midwifery, 30,* 720-724.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในโรงพยาบาลธัญญารักษ์

The Relationship Between Personal Factors, Psychosocial Factors, and Environmental Factors Among Repeated Methamphetamine Recurrence in Thanyarak Hospital

ศิริลักษณ์	ปัญญา *	Siriluck	Panya *
เสาวลักษณ์	ทาแจ้ง **	Saowaluk	Thajang **
นภาจันทร์	ชาปลิก ***	Naprajan	Chapik ***
สุกัญญา	กาญจนบัตร ****	Sukunya	Kanchanabut ****
จริยา	มงคลสวัสดิ์ ***	Jariya	Mongkolsawad ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยใช้การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 227 คน ในช่วงระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2562 - กรกฎาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเกี่ยวกับการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิหาค่าดัชนีความตรงได้เท่ากับ 0.80

ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ที่กลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ จำนวน 1-2 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 รองลงมา จำนวน 3-4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.60 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.40 และ เพศหญิง ร้อยละ 25.60 โดยพบมากที่สุดใน ช่วงอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.10 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือ 1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคล อายุ ศาสนา และการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .14$, $r = .13$, $r = .13$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า การใช้สารเสพติดครั้งแรก มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .13$, $p < .05$) โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้ใช้สารเสพติดครั้งแรก มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อยากลอง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 50.20 รองลงมา คือ เพื่อนชวน จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 33.50 และ ความสนุกสนาน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 6.60 ตามลำดับ

* *ผู้เขียนหลัก อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี*

* *Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing at Ratchathani University, Udonthani campus, ksirilak9@yahoo.com*

** *อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี*

** *Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani campus*

*** *อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*

*** *Lecturer, Faculty of nursing at Udonthani Rajabhat University*

**** *รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี*

**** *Deputy Director of Nursing, Thanyarak Udon Thani*

วันที่รับบทความ 12 พฤศจิกายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 25 พฤษภาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 24 พฤษภาคม 2564

3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่า ลักษณะชุมชนที่พักอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.14, p < .05) โดยลักษณะชุมชนที่ผู้รับการบำบัดยาเสพติดพักอาศัยอยู่มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ชุมชนชนบท จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 52.80 รองลงมา คือ ชุมชนเมือง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 21.60 และ ชานเมือง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 15.40 ตามลำดับ

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการพัฒนาโปรแกรมในเชิงบำบัดที่สามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ด้านที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดหวนกลับมาเสพยาซ้ำ อีกทั้งลดความเสี่ยงตั้งแต่ต้นในกลุ่มเด็กและเยาวชน ภาครัฐควรกำกับดูแลสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่วัยเด็กเพื่อเป็นเกราะป้องกันไม่ให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดทุกประเภท

คำสำคัญ: *ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ผู้กลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ*

Abstract

This research is descriptive - the purpose for the relationship between personal factors psychosocial and environmental factors associated with Methamphetamine re-use. Using the Pearson Correlation Coefficient Test, The sample group was 227 drug treatment recipients at Thanyarak Hospital during November 2019 - July 2020. Interview for the relapse of methamphetamine. Passed the content validity check by a qualified person to find the correctness index equal to 0.80.

The research results showed that the drug treatment recipients of Thanyarak Hospital who had the most repeated use of methamphetamine were 45.80%, followed by 3-4 times. It was 36.60 percent, with 74.40 percent male and 25.60 percent female, the most common in 21-30 years, accounting for 47.10 percent. The relational factors were 1) personal factors; age, religion. The study had a statistically significant positive relationship (r = .14, r = .13, r = .13 and p <.05, respectively). The first time There was a statistically significant positive correlation (r = .13, p <.05), with the top 3 main causes of drug use, the number of wanting to try 114 people, representing 50.20% second. There were 76 friends, 33.50%, and the fun of 15, representing 6.60%, respectively. 3) Environmental factors for frequent use of methamphetamine, it was found that residential communities' characteristics. There was a statistically significant positive correlation (r = .14, p <.05), with the top three communities in which drug treatment recipients lived in the top three, being 120 rural communities, representing hundreds. 52.80 percent followed by urban communities, 49 people, accounting for 21.60 percent, and suburban areas, representing 35 people, accounting for 15.40 percent.

The results of this study indicated that therapeutic programs should be developed that can reduce The three risk factors that cause patients who have undergone treatment to return drugs. It also reduces the risk early in children and young people. The government should provide good environmental supervision in the community, which will be essential in reducing childhood risk factors as a shield against all types of drug-related interference.

Keywords: *Personal factors, Psychosocial factors, Environmental factors, Methamphetamine recurrence*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบอย่างมากมายต่อมวลมนุษยชาติและเป็นภัยต่อความมั่นคงของทุกประเทศ ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากทรัพยากรบุคคลของทุกประเทศรวมถึงประเทศไทยของเราด้วย ที่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องพัวพันกับยาเสพติดจะทำให้ประเทศนั้น ๆ ต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นทรัพยากรอันมีค่าของสังคมไป ซึ่งยังจะก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ในสังคม เช่น อาชญากรรม ความรุนแรงทางเพศ เศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงในชาติ โดยพบว่ายาเสพติดนั้นเป็นปัจจัยหลักในการประกอบอาชญากรรมต่าง ๆ ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม จากรายงานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ หรือ UNODC ในปี ค.ศ. 2016 ระบุว่า มีประชากรประมาณ 243 ล้านคน หรือ 5% ของประชากรโลก ที่อายุระหว่าง 15-64 ปี ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย โดยมีผู้ใช้ยาเสพติดที่มีปัญหาประมาณ 27 ล้านคน หรือ 0.6% ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก หรือ 1 คนในทุก ๆ 200 คน (UNODC,2016) และจากรายงานของปี ค.ศ. 2017 พบว่า มีประชากรทั่วโลกจำนวน 37 ล้านคน ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน (United Nations Office on Drugs and Crime., [UNODC], 2017) และเป็นคดีที่ถูกจับกุมมาก ในเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อเมริกาเหนือและบางพื้นที่ในยุโรป สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันยาบ้าเป็นที่ได้รับความนิยมเป็นอันดับหนึ่ง จากข้อมูลผลจะพบว่ายาบ้าบางชนิดอาจจะมีอีเฟดรีนผสมอยู่โดยทังแคฟเฟอีนและอีเฟดรีน จัดเป็นสารกระตุ้นประสาทจำพวกหนึ่งแต่ออกฤทธิ์ ไม่รุนแรงเท่าเมทแอมเฟตามีน จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันเป็นยุคโลกาภิวัตน์โดยจะมีจุดเด่นอยู่ที่เทคโนโลยีข่าวสารข้อมูลที่ไร้พรมแดน แต่ในขณะเดียวกันปัญหาการเข้าถึงสิ่งเสพติดในสังคมไทยไทยก็ยังทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ พร้อมทั้งมีการแพร่ไปสู่เด็กและเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษาอย่างรวดเร็วทั่วประเทศ อีกทั้งจะมีเด็กและเยาวชนกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากมีการพัฒนาทักษะชีวิตไม่ถูกต้อง มีความตั้งใจในการเลิกยาน้อย อยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและอารมณ์ (Meena & Suthakorn, 2018) รวมถึงปัจจุบันจะมีวิธีการเสพมีการเปลี่ยนจากกินเป็นการสูบประมาณร้อยละ 98 ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำให้เข้าถึงสมองได้รวดเร็ว จึงเกิดการเสพติดได้โดยง่ายและมีอันตรายต่อสมองอย่างรุนแรง นอกจากทำให้เสพติดแล้วยังส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ทุกระบบของร่างกายอีกทั้งยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ที่ติดยาเสพติดเรื้อรัง จะมีอาการเห็นภาพหลอน หลงผิด งุนงง สับสน บางคนอาจพัฒนาไปเป็นโรคจิตเภทหรือมีความคิดหลงผิดเห็นภาพหลอน (Department of mental health, 2016) ทั้งนี้การเสพเมทแอมเฟตามีนยังทำให้ประเทศชาติเกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาประเทศ เพราะเมื่อบุคคลติดสิ่งเสพติดแล้วบุคคลนั้นจะถูกบั่นทอนทำลายทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ เช่น เกิดความเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลง ความเครียด ความทุกข์ทรมาน สูญเสียหน้าที่การงาน สัมพันธภาพในครอบครัวถูกทำลาย ความเจ็บปวดเหล่านี้จะเกิดขึ้นทั้งผู้เสพและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเสพยาเสพติด

สำหรับประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ (สศช.) ได้กำหนดกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวิธีการแก้ไขปัญหายาเสพติดโลก ทั้งนี้ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศและเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ตามวิสัยทัศน์ “สู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” โดยเน้นที่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นสำคัญ

อันหมายถึง ประชากรที่มีคุณภาพและมีสุขภาวะที่ดี และมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเน้นการฟื้นฟูสมรรถนะและสมรรถภาพของคนในประเทศให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของชาติ โดยผู้ติดยาเสพติดจึงมีสิทธิในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ถึงกระนั้นก็ดียังพบว่ายังมีผู้รับการบำบัดยาเสพติดอีกจำนวนมากที่ยังมีพฤติกรรมการหวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก ซึ่งร่างกายของผู้เสพนั้นจะมีความต้องการเสพในปริมาณมากขึ้น หากเสพเป็นจำนวนมากหรือเป็นระยะเวลานานจะมีผลทำลายระบบต่าง ๆ ในร่างกายและส่งผลทำให้เกิดโรคทางจิตเวชซึ่งนับว่าเป็นโรคชนิดหนึ่ง โดยผู้ติดยาเสพติดถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายและจิตใจที่ผิดปกติ ดังนั้นการแก้ไขปัญหารักษาผู้ติดยาเสพติดจึงจะมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการป้องกัน และผู้ที่ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาจนสามารถหยุดเสพยาได้แล้ว ควรมีวิธีการป้องกันไม่ให้กลับไปใช้ยาซ้ำอีก ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จะเห็นได้ว่าเพราะผู้ติดยาเสพติดเป็นบ่อเกิดของความสูญเสียต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติที่ต้องสูญเสียงบประมาณในการบำบัดรักษาฟื้นฟูที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น อีกทั้งปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของผู้ได้รับการบำบัดยาเสพติดส่งผลต่อการเกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายในสังคม เช่น ทำให้ประเทศขาดทั้งทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ สูญเสียงบประมาณในการนำพัฒนาประเทศในส่วนอื่น ๆ แต่ต้องนำมาแก้ไขปัญหายาเสพติด ดังนั้นควรที่จะการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรทุกภาคส่วนในการช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายในการแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชนและในสังคม (Udomvong et al., 2015) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยและพฤติกรรมการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพื่อนสนิท (ร้อยละ 50.6) และปัจจัยที่สามารถป้องกันการกลับไปเสพซ้ำมี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้า คือ ผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการเลิกเสพยาบ้า 2) ความสามารถในการเผชิญปัญหา คือ ผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น 3) แรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้า คือ ผู้ที่มีแรงจูงใจในการเลิกเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้จะลดโอกาสการเสพยาบ้าซ้ำได้ (Sirinual, Suphunnakul, Noosorn, & Wongsawad, 2016) โดยมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีเพื่อนสนิทเสพยาบ้าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา อีกทั้งยังพบว่ากลับมาเสพซ้ำเพราะเชื่อว่าสามารถสร้างความสุขได้ หาซื้อได้ง่ายและใช้สะดวก กลุ้มใจ เสียใจ และครอบครัวมีปัญหาทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก อีกทั้งในด้านทัศนคติ คือ เชื่อว่าเสพยาแล้วสามารถทำงานได้มากขึ้น พรรคพวกเพื่อนฝูงชวน อยากลองเสพยาบ้าซ้ำอีก ความอยากใช้ยาเพิ่มขึ้น และสุดท้ายพบว่า ปัจจัยสำคัญคือ ความพร้อมของผู้เลิกยาเสพติดจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุดต่อการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยมีปัจจัยครอบครัว สังคมและสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผลักดันให้กลับไปเสพยาซ้ำได้

ในการศึกษานั้นพบว่ามีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่ผู้ผ่านการบำบัดจะหวนกลับไปเสพหรือไม่เสพยาเสพติดซ้ำ ได้แก่ อายุ อาชีพและสภาพการทำงาน จำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัด สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมของการกลับไปใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดเพื่อมุ่งเน้นให้เป็นข้อมูลความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำเพื่อจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดเมทแอมเฟตามีนที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ต่อผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเมทแอมเฟตามีนที่สามารถนำไปปฏิบัติไม่หวนกลับไปเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำด้วย รวมทั้ง

เพื่อจะสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันแก้ไขปัญหายาบ้าหรือการติดเมทแอมเฟตามีนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

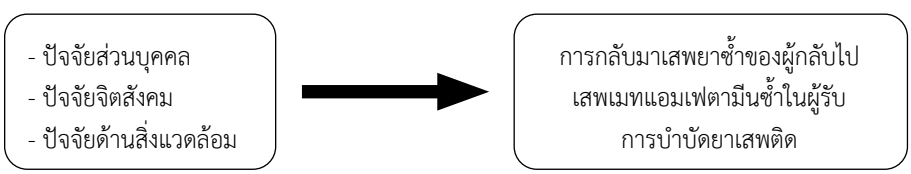
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับ การกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์

คำถามการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมการกระทำผิดซ้ำ ๆ ของบุคคลถ้ามีบ่อยครั้งจะติดเป็นนิสัย โดยการพิจารณาข้อการกระทำผิดมีดังนี้ คือ เกิดจากความคุ้นชินในพฤติกรรมนั้น ๆ การไม่มีอาชีพ การไม่มีงาน สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการกระทำผิด เป็นผู้มีจิตบกพร่อง มีการได้รับโทษเพียงเล็กน้อยหรืออยู่ระหว่างการพักโทษ สิ่งเหล่านี้เองที่อาจนำไปสู่การกลับมากระทำผิดซ้ำหรือการกลับมาเสพซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดไปแล้ว (Gottfredson et al., 1990) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้เชื่อว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้รับการบำบัดยาเสพติด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบหาความสัมพันธ์ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 รวม 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 6 แห่ง รวมเป็นทั้งหมด 7 โรงพยาบาล ซึ่งมีการเสพยาซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และอยู่ระหว่างการบำบัด จำนวน 227 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงผู้เข้ารับการบำบัดซึ่งมีการเสพยาซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ มีการเสพยาซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และอยู่ระหว่างการบำบัด 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ให้ความร่วมมืออยู่ร่วมทำวิจัยได้ตลอด 4) อ่าน - เขียนหนังสือได้ และพูดคุยสื่อสารได้ดี 5) ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายเพิ่มขึ้นในระหว่างดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ผู้บำบัดมีอาการทางจิตกำเริบที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น อาการหูแว่วประสาทหลอน เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาเสพติด เป็นต้น พัฒนาโดยผู้วิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 22 ข้อ

2. แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับการกลับมาเสพซ้ำ ได้แก่ สาเหตุการกลับมาเสพซ้ำ ประวัติการรักษา ประวัติการใช้ยาเสพติดอื่นที่เป็นเหตุให้กลับมาเสพซ้ำ เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือนี้ได้พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาเสพซ้ำของผู้ที่ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดมาแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 27 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรง (Content Validity) และตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทย์เกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติด จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน ซึ่งได้ให้คะแนนความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และลำดับของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าดัชนีความตรงได้เท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ เอกสารรับรองเลขที่โครงการ (006/2563) โดยภายหลังผ่านการพิจารณาฯ คณะผู้วิจัยพบประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใดและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของพื้นที่ในการลงเก็บข้อมูล จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการทำการวิจัย โดยติดต่อแหล่งทำการวิจัย พร้อมโครงร่างฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรม เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ สอบถามความสมัครใจอธิบายให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ

3. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามที่มี สองส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามปัจจัยการกลับมาเสพซ้ำ

4. ติดตามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชี้แจงถึงการสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการบำบัดยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 169 คน (ร้อยละ 74.40) เพศหญิง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 25.60) อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี มากที่สุด จำนวน 107 คน (ร้อยละ 47.10) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 62 คน (ร้อยละ 27.30) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด จำนวน 192 มีการศึกษาในระดับ

มัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด จำนวน 87 คน (ร้อยละ 38.30) รองลงมา คือ การศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 66 คน (ร้อยละ 29.10)

2.ปัจจัยสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมาเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติด

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่า อายุ ศาสนา และการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .14, r = .13, r = .13 และ p < .05 ตามลำดับ) โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = - .15, p < .05) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ (n=227)

ตัวแปร	ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ	
	r	p-value
อายุ	.147*	.027
ศาสนา	.134*	.044
โรคประจำตัว	-.150*	.024
การศึกษา	.134*	.044

*p <.05, **p <.01, r = Pearson's product moment correlation

2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างตัวปัจจัยจิตสังคมและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่า สาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .13, p < .05) โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้ใช้สารเสพติดครั้งแรก มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อยากลอง จำนวน 114 คน (ร้อยละ 50.20) รองลงมา คือ เพื่อนชวน จำนวน 76 คน (ร้อยละ 33.50) และ ความสนุกสนาน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 6.60) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ (n=227)

ตัวแปร	ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ	
	r	p-value
สาเหตุสำคัญที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก	.130*	.050

*p <.05, **p <.01, r = Pearson's product moment correlation

2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างตัวปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่า ลักษณะชุมชนที่ท่านพักอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (r =.14, p < .05) โดยลักษณะชุมชนที่ผู้รับการบำบัดยาเสพติดพักอาศัยอยู่มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ชุมชน ชนบท จำนวน 120 คน (ร้อยละ 52.80) รองลงมา คือ ชุมชนเมือง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 21.60) และ ชานเมือง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 15.40) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ (n=227)

ตัวแปร	ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ	
	r	p-value
ลักษณะชุมชนที่ท่านพักอาศัย	.145*	.029

*p <.05, **p <.01, r = Pearson's product moment correlation

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ อายุ ศาสนา และการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .14, r = .13, r = .13 และ p < .05 ตามลำดับ) และพบว่า การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด จำนวน 87 คน (ร้อยละ 38.30) รองลงมา คือ การศึกษาในระดับ ป.1-6 จำนวน 66 คน (ร้อยละ 29.10) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirinual et al., (2016) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด ที่มีอายุระหว่าง 14 - 61 ปี คือ ระดับการศึกษา (OR = 5.49, p<0.01) และเป็นผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 61.54) เพราะอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยหัวเลี้ยวหัวต่อมีโอกาสติดยาเสพติดสูงมาก เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสามารถเกิดความเครียดได้ง่าย สาเหตุสำคัญที่วัยรุ่นมีโอกาสติดยาเสพติด เช่น อยากทดลอง ตามใจเพื่อน ถูกหลอกลวง ผิดหวังในเรื่องต่าง ๆ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัว เป็นต้น (Thanyathanakul, 2010)

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม จากผลการวิจัย พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ใช้สารเสพติดครั้งแรก มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อยากลอง จำนวน 114 คน (ร้อยละ 50.20) รองลงมา คือ เพื่อนชวน จำนวน 76 คน (ร้อยละ 33.50) และ ความสนุกสนาน 15 คน (ร้อยละ 6.60) ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .13, p < .05) ซึ่งความอยากรู้อยากลอง การมีเพื่อนชักชวนในกระทำผิดร่วมกับความสนุกสนาน มีผลต่อการยับยั้งชั่งใจของผู้บำบัดยาเสพติดที่ทำให้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำเนื่องจากการยับยั้งชั่งใจเป็นความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถยับยั้ง อดทนอดกลั้น หรือห้ามความต้องการของตนเอง หรือสภาพอารมณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ และบังคับตนเองให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมอันพึงประสงค์ที่จะทำให้ไม่กลับไปเสพยาซ้ำซึ่งถือว่ามุ่งสู่ความสำเร็จได้ และจากการศึกษาผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อการยับยั้งชั่งใจของเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำของ Chunchuayjaroen & Supwirapakorn (2016) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการยับยั้งชั่งใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการนำทฤษฎีเกสตัลท์มาใช้ในการบำบัดเกี่ยวกับการยับยั้งชั่งใจของเยาวชนที่กระทำผิดซ้ำเพื่อช่วยให้เยาวชนที่กระทำผิดซ้ำเกิดการยับยั้งชั่งใจ ตระหนักรู้ มีสติ หยั่งรู้ พยายามปล่อยวางอดีต และอยู่กับปัจจุบัน ไม่ติดอยู่กับการโทษตัวเอง และปัจจัยเพื่อนชวนที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสตติดซ้ำยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirinual et al., (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของ

ผู้ผ่านการบำบัดมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพื่อนสนิท (ร้อยละ 50.6) ดังนั้นเพื่อนจึงเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่สำคัญเพราะมีความสัมพันธ์ทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจ การยับยั้งชั่งใจต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม จากผลการวิจัย พบว่า ลักษณะชุมชนที่ท่านพักอาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .14$, $p < .05$) โดยลักษณะชุมชน 3 อันดับแรก คือ ชุมชนชนบท จำนวน 120 คน (ร้อยละ 52.80) รองลงมา คือ ชุมชนเมือง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 21.60) และ ชานเมือง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 15.40) ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือการที่หมู่บ้าน/ชุมชนอ่อนแอ ขาดแบบอย่างที่ดี ขาดความสามัคคี ต่างคนต่างอยู่ ไม่สนใจต่อกันส่งผลให้ยาเสพติดแพร่ระบาดเข้าสู่ชุมชนได้ง่าย (Office of the Narcotics Control Board, 2018) แม้ว่าผู้บำบัดยาเสพติดจะมีบ้านเกิดในชุมชนชนบทเป็นส่วนใหญ่ แต่การเกิดปัญหายาเสพติดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในชุมชนเมืองที่มีประชากรและการมีอยู่อาศัยแออัดส่งผลต่อการเศรษฐกิจ ความเครียด การมีเพื่อนชักชวนได้ และประชากรจากชนบทได้มีการย้ายถิ่นฐานเข้ามาในชุมชนเมืองอย่างแพร่หลายจากหลายเหตุผล เช่น การหางานทำ การหาสถานที่ศึกษาที่ดี การอยู่อาศัยที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดีกว่าชุมชนชนบท เป็นต้น และจากการศึกษาของ Seeherunwong & Yuttatri (2013) พบว่า การอาศัยอยู่ในแหล่งยาเสพติด และ การถูกเพื่อนชักชวน เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดสารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในเชิงบำบัดที่สามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดหวนกลับมาเสพยาซ้ำอีก และในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นหรือผู้เสพที่มีอายุยังน้อย หากมีการวางแผนในการบำบัดที่เหมาะสมและลดปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดจะสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ให้มีพลังต้านการเสพเมทแอมเฟตามีนได้มากขึ้น

2. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่บำบัดรักษาผู้ที่เสพติดสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาบทบาทในการส่งเสริมและให้ความสำคัญกับครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นรากฐานที่สำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงของกลุ่มเยาวชนกลุ่มใหม่ ๆ ที่กำลังจะตกอยู่ในภาวะที่มีปัจจัยเสี่ยงให้ลดน้อยลงได้ จากการมีจิตสำนึกที่ดีที่ควรปลูกฝังให้เยาวชนมีความเข้มแข็งภายในจิตใจ รากฐานความรักความอบอุ่นจากครอบครัว การมีสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน อีกทั้งจัดกิจกรรมร่วมกับทีมสหสาขาเพื่อสร้างคุณค่าในตนเองและการกำกับตนเองให้เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กเพื่อเป็นเกราะป้องกันไม่ให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดทุกประเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในเชิงบำบัดที่สามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทั้ง 3 ด้านที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดหวนกลับมาเสพยาซ้ำ อีกทั้งลดความเสี่ยงตั้งแต่ต้นในกลุ่มเด็กและเยาวชน

เอกสารอ้างอิง

Chunchuayjaroen, N., & Supwirapakorn, W. (2016). the effects of Gestalt group counseling on delaying gratification of juvenile recidivists. *Journal of the Police Nurses, 8*(2), 58-72. (in Thai)

Department of Mental Health. (2016). *Amphetamine.* Retrieved from https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1214 (in Thai).

Gottfredson, Michael R., & Travis H. (1990). *A General Theory of Crime.* Stanford: Stanford University Press.

Meena, N., & Suthakorn, W. (2018). The effectiveness of the life skill promoting program and family participation on life skills development and intention to quit using illicit drug among juvenile under supervision by the venue of youth observation and protection. *Nursing Journal, 45*(2), 88-98. (in Thai)

Office of the Narcotics Control Board. (2018). *Narcotics prevention in the community.* (in Thai). Retrieved from https://media.oncb.go.th/index.php/th/23-2018-02-20-07-04-07/2018-02-20-07-05-01/46-content3-04

Seeherunwong, A., & Yuttatri, P.(2013). Associated factors of illegal drug abuse and dependence behaviors among defenders under compulsory drug treatment system. *Journal of Psychiatric Association of Thailand, 58*(4), 371-384. (in Thai)

Sirinual, S., Suphunnakul, P., Noosorn, N., & Wogsawad, P. (2016). Factors affecting amphetamine relapse among drug addicts after treatment. *Journal of Health Science Research, 10*(1), 39-45. (in Thai)

Thanyathanakul, S. (2010). Adolescence and drugs. *Journal of Education Naresuan, 12*(3), 168-173. (in Thai)

Udomvong, N., Juntasopeepun, P., Lasuka, D., Sucamvang, K., Yaprasert, W., Yaprasert, S., ... Karnjanasaritre, C. (2015). Knowledge management on mobilizing effective participatory healthy public policy: Chompoo Sub-distric, Saraphi Distric, Chiang Mai Province. *Nursing Journal, 42*(1), 97-107. (in Thai).

United Nations Office on Drugs and Crime. [UNODC]. (2017). *World Drug Report 2017: 29.5 million people globally suffer from drug use disorders, opioids the most harmful.* Retrieved from https://www.unodc.org/wdr2017/

ความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์
Stress in First-time Fathers: Role of Nurse-Midwife

พรรณพิไล	ศรีอาภรณ์ *	Punpilai	Sriarporn *
ปิยะภรณ์	ประสิทธิ์วัฒนเสรี **	Piyaporn	Prasitwatanasare **
นิศาชล	รักสกุล ***	Nisachon	Ruksakul ***
กาญจนา	ไชยตีฆะ ****	Karnjana	Chaiteeka ***

บทคัดย่อ

การเป็นบิดาครั้งแรกเป็นช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านที่สำคัญยิ่งช่วงเวลาหนึ่งที่ผู้เป็นบิดาครั้งแรกต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่ภรรยาตั้งครรภ์ คลอด และภายหลังบุตรเกิด บิดาจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม การเป็นบิดาครั้งแรกจึงก่อให้เกิดความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ความรู้สึกด้านบวก คือ ความภาคภูมิใจ อิ่มเอมใจ ขณะเดียวกันแฝงด้วยความรู้สึกด้านลบ คือ ความวิตกกังวล ความรู้สึกกดดัน เนื่องจากบิดามักถูกคาดหวังจากสังคมในบทบาทที่ต้องให้การดูแลสมาชิกภายในครอบครัวให้มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุขสมบูรณ์ และการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาและบุตร ดังนั้นการเป็นบิดาครั้งแรกจึงส่งผลด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียดได้ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ จึงมีความสำคัญต่อการปรับตัวสู่บทบาทของบิดา บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก ผลกระทบของความเครียด ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลบิดาที่มีบุตรคนแรกเพื่อป้องกันการเกิดความเครียด เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้การดูแลบิดาที่มีบุตรคนแรกให้สามารถปรับตัวสู่บทบาทบิดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: *บิดาครั้งแรก ความเครียด บทบาทของบิดา บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์*

Abstract

Becoming a father is one of the most important transitional periods that first-time fathers confront upon learning of their wives' pregnancy through the postnatal period. This transition causes psychological, emotional, and social changes in first-time fathers. Emotionally, fathers can experience both positive and negative feelings. Positive feelings include feeling proud and satisfied, while negative feelings may lead to psychological changes such as anxiety and stress because of

* *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

* *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, nupunpilai@gmail.com*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

*** *อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

*** *instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

**** *นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

**** *Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

วันที่รับบทความ 28 มีนาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 27 เมษายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 24 พฤษภาคม 2564

family expectations that fathers undertake their paternal roles completely. Therefore, support and assistance for first-time fathers, particularly from midwives, is crucial in helping fathers to adjust to their paternal role. The purpose of this paper was to document the level of stress in first-time fathers, as well as the effects of stress, factors causing stress, and the role of midwives in caring for first-time fathers to prevent stress. This article can be used to guide midwives in providing care for fathers to help them adapt to their paternal roles effectively.

Keywords: *First-time fathers, Stress, Paternal roles, Role of Nurse Midwife*

บทนำ

ช่วงเวลาภายหลังการคลอดบุตรเป็นระยะเวลาที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตสำหรับผู้เป็นบิดาครั้งแรก (Palkovitz, 2007) จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสามีสู่การเป็นบิดา การทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือภรรยาและบุตร เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมตามความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว (Ganapathy, 2016) ผู้เป็นบิดาครั้งแรกจะพบกับสถานการณ์ที่ท้าทาย ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Bartlett, 2004; Cooper, 2005; Donovan, 1995) ความคาดหวังจากบุคคลรอบข้างและสังคมในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น ความรับผิดชอบในการดูแลภรรยาหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตร การทำงานบ้าน รวมไปถึงการทำหน้าที่หลักในการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว (Kuo, et al., 2012) เนื่องจากบิดามีความสำคัญในฐานะหัวหน้าครอบครัว (Yeung, 2013) ปัจจุบันบทบาทหน้าที่ของบิดาเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ รวมทั้งสังคมที่มีความคาดหวังต่อตัวบิดาในการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น (Fenwick, Bayes, & Johansson, 2012) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อผู้เป็นบิดาครั้งแรกอาจทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ความกดดัน และความเครียด ผู้เป็นบิดาครั้งแรกต้องเผชิญกับสิ่งกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์ รวมทั้งความรู้สึกของตนเอง จากการไม่ได้รับการดูแล และเอาใจใส่จากภรรยา บุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทีมสุขภาพเท่าที่ควร (Levitt et al., 2004) นอกจากนี้ผู้เป็นบิดาครั้งแรกยังต้องเผชิญกับความวิตกกังวล และหวั่นกลัวต่อความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งจากภาวะเศรษฐกิจ และฐานะของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ความใกล้ชิดกับภรรยาภายหลังคลอด (Condon, 2006) ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และความเครียด (Ngai, Chan, & Holroyd, 2007)

ความเครียดเป็นสภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การเป็นบิดาครั้งแรกนับเป็นเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้บุคคลนั้นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะต้องปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้น โดยการปรับตัวนั้นส่งผลให้เกิดความเครียด (Levy, Dignan, & Shireffs, 1984) บทความนี้นำเสนอความเครียดของผู้เป็นบิดาครั้งแรกตามแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวคือ ความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อศักยภาพของบุคคล โดยบุคคลจะมีการประเมินว่า ตนเองสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เดิมในการเผชิญกับสิ่งที่เข้ามากระทบได้หรือไม่ หรือต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มากขึ้นกว่าที่มีอยู่เดิม โดยแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพและพละพลังของบุคคล การมีสุขภาพที่ดี 2) ความเชื่อในทางที่ดี ความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมความเครียดหรือผลที่ตามมาได้ 3) ทักษะในการแก้ปัญหา การใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ

4) ทักษะทางด้านสังคม ความสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และ 5) แรงสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับความช่วยเหลือจากสังคมและครอบครัวในด้านต่าง ๆ (Lazarus & Folkman, 1984)

สำหรับความเครียดของบิดาเป็นผลมาจากการเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น ทำให้บิดามีความรู้สึกกดดันต่อการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเป็นบิดา การช่วยเหลือภรรยาในการดูแลบุตรและครอบครัว ทำให้ผู้เป็นบิดามีการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะมีการประเมินค่า (cognitive appraisal) เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายหรือภาวะคุกคามเพื่อเปรียบเทียบกับแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่มาใช้ในการปรับตัว ซึ่งหากประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะส่งผลให้เกิดภาวะคุกคาม และเป็นอันตรายทำให้เกิดความเครียดขึ้น และบุคคลนั้น ๆ จะตอบสนองต่อความเครียดเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ความโกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งการรับรู้จะแตกต่างกันออกไปเนื่องจากมีประสบการณ์ และการเผชิญสถานการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน (Lu, 2006)

ความเครียดของผู้เป็นบิดาครั้งแรก

การเป็นบิดาครั้งแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดาที่เกิดขึ้นช่วงชีวิตของบิดา เนื่องจากกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงไม่เพียงแต่มารดาเท่านั้น บิดายังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอารมณ์เช่นเดียวกัน ผู้เป็นบิดาครั้งแรกต้องมีการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดูแลภรรยาและบุตร มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นภาระที่หนัก ดังนั้นจึงอาจเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเครียด ซึ่งภาวะเครียดที่เกิดขึ้น อาจแสดงออกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาเชิงสำรวจในบิดาอายุ 18 - 45 ปี จำนวน 19 ราย ที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 1 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อศึกษาสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้เป็นบิดาครั้งแรก พบว่า สิ่งกระตุ้นที่ทำให้บิดาเกิดความเครียด 5 อันดับ คือ 1) ความรับผิดชอบของบิดาในด้านการเงิน 2) การบริหารจัดการเวลาให้กับครอบครัวและการที่บิดาไม่ทราบเกี่ยวกับความต้องการของบุตร 3) การนอนหลับไม่เพียงพอ 4) บิดาทำงานนอกบ้านไม่สามารถอยู่บ้านได้ตลอดเวลา ขาดทักษะในการเลี้ยงดูบุตร และ 5) ความกังวลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของบุตร (Pollock, Amankwaa, & Amankwaa, 2005) การศึกษาของ เอสเทอร์, แลมป์, และ คิมเมอร์ลีย์ (Elsters, Lamb, & Kimmerly, 1989) ในผู้เป็นบิดาครั้งแรกวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น พบว่าในระยะ 2 สัปดาห์หลังบุตรเกิด เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้บิดาวัยผู้ใหญ่และบิดาวัยรุ่นเกิดความเครียดสูงสุดมีความแตกต่างกัน โดยสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดในบิดาวัยผู้ใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านการเงิน แต่บิดาวัยรุ่นเกิดจากภาวะสุขภาพของภรรยาและบุตร ส่วนในระยะ 3 เดือนหลังบุตรเกิดปัญหาด้านการเงินเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้บิดาทุกช่วงวัยเกิดความเครียดสูงสุด จึงกล่าวได้ว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังบุตรเกิดมีความเครียดเกิดขึ้นเนื่องจากต้องปรับตัวต่อบทบาทใหม่ภายหลังบุตรเกิด รวมถึงการที่บิดามีความรับผิดชอบที่หลากหลายและเพิ่มมากขึ้น (Parfitt & Ayers, 2014) ในการดูแลครอบครัวให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีและมีความสุขสมบูรณ์

เมื่อบิดาเกิดความเครียดเกิดขึ้น พฤติกรรมในการเผชิญความเครียดที่ดี คือ มีการเรียนรู้ และพยายามปรับตัวกับบทบาทของการเป็นบิดาที่เกิดขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมของตนเอง เพื่อจัดการกับสิ่งที่เป็นอันตราย และคุกคามต่อตนเอง ซึ่งพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่ 1) พฤติกรรมในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมุ่งไปที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีการคิดวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา รวมไปถึงการเพิ่มความสามารถของตนเองในการจัดการแก้ไขปัญหา หรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยบิดามี

การค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งเป็นความพยายามที่บิดาเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในปัญหา อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บิดาเกิดความเข้าใจและยอมรับว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นพัฒนาการที่สำคัญของครอบครัวและจะต้องปรับตัวจากบทบาทสามีสู่การเป็นบิดา การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการแก้ไขปัญหาเป็นการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิด และ 2) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งที่สภาวะอารมณ์ ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดโดยการใช้กระบวนการในการควบคุมความรู้สึกต่าง ๆที่จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น กลไกป้องกันตนเอง การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิมาช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจ

ผลของความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก

ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้เป็นบิดาครั้งแรกภายหลังที่ภรรยาคลอดบุตร ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้เป็นบิดา รวมทั้งด้านครอบครัว (Gao et al., 2009; Mao et al., 2011; Kamalifard et al., 2014) ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย ความเครียดเกิดขึ้นในบิดาที่มีบุตรคนแรกอาจทำให้บิดามีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น หรือลดลง คลื่นไส้อาเจียน เหนื่อยล้า สมาธิลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง และมีอาการปัสสาวะบ่อย (Khanobdee, Sukratanachaiyakul, & Gay, 1993) ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน epinephrine, nor-epinephrine จากต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal medulla) และกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมน cortisol จากต่อมหมวกไตส่วนนอก (adrenal cortex) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบย่อยอาหารผิดปกติ เช่น แน่นท้อง ท้องอืด คลื่นไส้และอาเจียน และเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดส่งผลให้หัวใจทำงานหนัก เต้นเร็วขึ้น ทำให้มีอาการใจสั่น ใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดหัวใจตีบ อาจส่งผลกระทบที่รุนแรงจนหัวใจขาดเลือดได้ ในขณะที่ระบบทางเดินหายใจพบหายใจเร็ว นอกจากนี้ยังเกิดผิดปกติต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมาก เกิดอาการปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดตามข้อต่าง ๆ ปวดศีรษะ และมีอาการนอนไม่หลับ (Stuart & Lararia, 2005) จากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอจะทำให้บิดาเกิดความเหนื่อยล้า และความเหนื่อยล้าของบิดาจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงคลอดบุตรไปจนถึงระยะหลังคลอด หากบิดามีความเครียดสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อยล้ามากขึ้นในระยะหลังคลอด (Loutzenhiser et al., 2015)

ผลกระทบด้านจิตใจ ความเครียดที่เกิดขึ้นในบิดาที่มีบุตรคนแรกส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ จากการศึกษาของเก๋า และคณะ (Gao et al., 2009) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในบิดามารดาในช่วงระยะหลังคลอด พบว่าการรับรู้ความเครียดในบิดาเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของคามาลิฟาร์ด และคณะ (Kamalifard et al., 2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การรับรู้ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในบิดาครั้งแรกจำนวน 205 ราย พบว่าบิดาครั้งแรกมีการรับรู้ความเครียดในระดับสูงร้อยละ 13.7 ระดับปานกลางร้อยละ 68.8 และในระดับต่ำร้อยละ 17.6 และพบว่าการรับรู้ความเครียดในบิดาเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของจอนห์สัน และเบคเกอร์ (Johnson & Baker, 2004) พบว่า ผู้เป็นบิดามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และมีความเครียดเรื้อรัง ไม่สามารถควบคุมและการจัดการความเครียดได้ จะส่งผลทำให้ผู้เป็นบิดาขาดสมาธิ คับข้องใจ กระวนกระวายใจ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งพบว่าความเครียดของบิดามีความ

สัมพันธ์ทางบวกโดยตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลกระทบด้านครอบครัว ความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกส่งผลต่อความสัมพันธ์ของบิดาและมารดา จากการศึกษาของคามาลิฟาร์ด และคณะ (Kamalifard, et al., 2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การรับรู้ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในบิดาครั้งแรก พบว่าผู้เป็นบิดาที่มีความเครียดในระดับสูง มีการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างกันในครอบครัว ส่งผลกระทบให้เกิดสัมพันธภาพ และความพึงพอใจของคู่สมรสทางลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของลู (Lu, 2006) ที่พบว่าผู้เป็นบิดาที่มีความเครียดจะส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว เกิดความตึงเครียด และความขัดแย้งขึ้นระหว่างสามีและภรรยา ทั้งนี้รวมไปถึงการละทิ้งไม่เอาใจใส่ดูแลบุตร (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) บิดาที่มีความเครียดในระดับสูงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของบิดาได้อย่างเหมาะสม ความเครียดของผู้เป็นบิดาจึงส่งผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของบิดา ทำให้เกิดปัญหาของครอบครัวตามมาได้ (Janprasert, 2005)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรก

ความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกภายหลังภรรยาคลอดบุตรเกิดได้จากหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดาได้ 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านครอบครัว 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 4) ปัจจัยด้านบุตร (DeGarmo, 2008; Seah & Morawska, 2016; Hildingson & Thomas, 2014; Yu et al., 2011; Ganapathy, 2016; Ngai & Ngu, 2014; Kamalifard et al., 2014)

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดลักษณะที่แตกต่างกันทางด้านวุฒิภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดา ได้แก่ 1) อายุของบิดา ความเครียดของผู้เป็นบิดาแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งบิดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดในระยะหลังคลอดได้มากกว่าผู้เป็นบิดาในวัยผู้ใหญ่เนื่องจากความไม่พร้อมทั้งวัยวุฒิและคุณวุฒิ (Lu, 2006) 2) สถานภาพสมรส มีผลต่อระดับความเครียดของบิดาในระยะหลังคลอด โดยผู้เป็นบิดาเลี้ยงเดี่ยว หรือบิดาที่หย่าร้างจะมีความเครียดในระดับที่สูงกว่าบิดาที่มีครอบครัวสมบูรณ์ เนื่องจากขาดการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งบุคคลสำคัญที่จะคอยให้การดูแลช่วยเหลือ ทำให้มีภาระที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมาก นำไปสู่ความขัดแย้งในการดำรงบทบาทบิดา รวมถึงการเผชิญสถานการณ์ตึงเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดความเครียดได้ (DeGarmo, Patras, & Eap, 2008) 3) สุขภาพของบิดา ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของบิดามาจากโรคประจำตัวด้านจิตเวชของบิดา (Seah & Morawska, 2016) หากผู้เป็นบิดามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และมีความเครียดเรื้อรัง จะไม่สามารถควบคุมและการจัดการความเครียดในระยะหลังคลอดได้ ส่งผลทำให้ระดับความเครียดเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะบิดาที่มีบุตรคนแรก (Johnson & Baker, 2004) และ 4) ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ของบิดา ในระยะหลังคลอดบุตร ผู้เป็นบิดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทของการเป็นบิดาทั้งการเลี้ยงดูบุตร และรับผิดชอบในการหารายได้ที่เพิ่มขึ้นเพื่อมาดูแลบุตรและครอบครัว ทำให้ผู้เป็นบิดาต้องรับภาระมากยิ่งขึ้น ซึ่งสิ่งก่อความเครียดในผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรก คือ หน้าที่ในการรับผิดชอบในด้านการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจ และปัญหาด้านการเงินเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในการอุปโภค บริโภค ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Pollock, Amankwaa, & Amankwaa, 2005; Seah & Morawska, 2016; Yu et al., 2011)

ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อผู้เป็นบิดา เนื่องจากผู้เป็นบิดาเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็ง และความอบอุ่นให้แก่ครอบครัว ปัจจัยด้านครอบครัวที่

เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดา ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว หากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี มีการทะเลาะเบาะแว้งกันเกิดขึ้น จะส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดของบิดา จากการศึกษาของยู และคณะ (Yu et al., 2011) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดความเครียดในบิดา พบว่า การถูกแยกตัวจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและบุตรไม่ดี จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้เป็นบิดาและนำไปสู่ความเครียดในที่สุด (Nuntapong, Sansiriphun, & Baosoung, 2017) 2) คู่สมรสมีความเครียดในระดับสูง หากผู้เป็นมารดามีการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆหลังคลอด หรือมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มารดาเกิดความเครียดในระดับสูง จะส่งผลให้ผู้เป็นบิดามีการรับรู้ความเครียดในระดับสูงด้วยเช่นกัน (Ngai & Ngu, 2014) และ3) การไม่ได้รับการสนับสนุนจากภรรยา การขาดการสนับสนุนจากภรรยาทั้งในระยะตั้งครรภ์ และในระยะหลังคลอดส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดความเครียดเพิ่มสูงขึ้น (Johnson, 2002)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยจะพบว่าผู้เป็นบิดาจะมีระดับความเครียดสูงที่สุดในช่วงระยะคลอดและระยะหลังคลอด เนื่องจากไม่สามารถจัดการและปฏิบัติบทบาทของบิดาได้ ซึ่งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดา ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม หากผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีการรับรู้ความเครียดในระดับต่ำ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันและบรรเทาความเครียดได้ (Gao et al., 2009) จากการศึกษาของจอนห์สัน (Johnson, 2002) พบว่าหากผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนจากภรรยาและบุคคลในครอบครัวจะทำให้มีการรับรู้ความเครียดลดลง และ 2) บทบาทในการทำงาน บทบาทของบิดานอกจากการเลี้ยงดูบุตรแล้ว ยังรวมไปถึงบทบาทในการทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว หากผู้เป็นบิดามีความขัดแย้งในการดำรงบทบาทของตน และมีปัญหาในที่ทำงานจากการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เช่นเดิม จะส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดความเครียดได้ (Johnson, 2002; Yu et al., 2011)

ปัจจัยด้านบุตร ปัจจัยด้านบุตรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดา ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพของบุตร บิดามีความวิตกกังวล และมีความเครียดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุตร (Pollock, Amankwaa, & Amankwaa, 2005) โดยเฉพาะในช่วง 3 สัปดาห์แรกหลังคลอดหากบุตรมีความผิดปกติ หรือเกิดภาวะเจ็บป่วย จะยิ่งส่งผลทำให้บิดาต้องเผชิญกับความกดดัน บิดารู้สึกขาดความสามารถและความมั่นใจในการดูแลบุตร ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ (Yu et al., 2011) และ2) ปัญหาจากการเลี้ยงดูบุตร หากบิดาต้องเผชิญปัญหาจากการไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของบิดาได้อย่างสมบูรณ์จะส่งผลให้บิดาเกิดความวิตกกังวล และความเครียดได้ โดยเฉพาะในระยะแรกหลังคลอด (Yu et al., 2011)

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลบิดาที่มีบุตรคนแรกที่มีความเครียด

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลมารดาและครอบครัวให้มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นการดูแลส่งเสริมให้บิดาที่มีบุตรคนแรกได้แสดงบทบาทหน้าที่อย่างสมบูรณ์ จึงเป็นบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์อีกบทบาทหนึ่งที่จะส่งผลดีไปยังมารดาและทารก ซึ่งการส่งเสริมให้บิดาที่มีบุตรคนแรกสามารถปฏิบัติบทบาทการเป็นบิดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเป้าหมายที่สำคัญ เนื่องจากบิดาที่มีบุตรคนแรกมักเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับความสนใจจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมสนับสนุนให้มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ในการช่วยเหลือประคับประคองภรรยาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด รวมทั้งการดูแลบุตร (Huusko, Sjöberg, Ekström, Hertfelt Wahn, & Thorstensson, 2018)

ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้บิดาที่มีบุตรคนแรกเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงสู่บทบาทของการเป็นบิดาในการดูแลภรรยาและบุตร ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะหลังคลอด และการดูแลการเลี้ยงดูบุตร การปรับตัวต่อเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดา การป้องกันการเกิดความเครียด และการส่งเสริมให้บิดาสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้การพยาบาลแก่บิดาอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ภรรยาอยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ไปจนถึงระยะหลังคลอด (Baldwin, Malone, Sandall & Bick, 2019; Huusko et al., 2018; Department of Health, Ministry of Public Health, 2017; Office of Women's Affairs and Family Institute, 2014) ซึ่งบทความนี้ได้นำเสนอแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ ในให้การพยาบาลผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกตั้งแต่ระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังต่อไปนี้

การพยาบาลบิดาที่มีบุตรคนแรกในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์

ในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ผู้ที่เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกจะมีความรู้สึกตื่นเต้นยินดีกับการจะเป็นบิดา ต้องการการดูแลเอาใจใส่ภรรยาที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ (Nuntapong, Sansiriphun, & Baosoung, 2017) ดังนั้นบิดาที่มีบุตรคนแรกควรได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อป้องกันและลดความเครียดของผู้เป็นบิดา ดังนี้ อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรก การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ เช่น ความรู้สึกกดดันต่างๆที่เกิดขึ้นกับบิดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังบุตรเกิด ความวิตกกังวล การควบคุมด้านอารมณ์ ความรับผิดชอบด้านการเงินของครอบครัว ความรู้สึกถูกคาดหวังจากสังคมในการแสดงความรับผิดชอบการดำรงบทบาทของบิดาให้สมบูรณ์ เป็นต้น (Baldwin, et al., 2019)

ให้ความรู้ หรือข้อมูลแก่บิดาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของภรรยาในแต่ละไตรมาส ให้คำแนะนำปรึกษาแก่บิดาในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ ซึ่งในการให้ความรู้ และ/หรือคำแนะนำแก่บิดาที่มีบุตรคนแรก พยาบาลผดุงครรภ์ควรแนะนำแหล่งข้อมูลที่บิดาสามารถเข้าถึงได้ง่ายและเชื่อถือได้ เช่น หนังสือความรู้สำหรับพ่อแม่มือใหม่ คู่มือประกอบการอบรมหลักสูตรการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เพื่อเป็นพ่อแม่คุณภาพสำหรับคู่สมรส แอปพลิเคชั่นจากโทรศัพท์มือถือจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น (Department of Health, Ministry of Public Health, 2017) และสนับสนุนให้บิดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอด และเปิดโอกาสให้บิดาได้ซักถามข้อสงสัย โดยการส่งเสริมให้บิดาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้บิดาเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเล่าประสบการณ์ของบิดาในการเปลี่ยนผ่านการเป็นบิดา เพื่อส่งเสริมให้บิดาเกิดความมั่นใจและส่งเสริมความสามารถในการดำรงบทบาทบิดา (Chin, Daiches, & Hall, 2011)ซึ่งการส่งเสริมให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาและทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น บิดาควรได้รับการจากคู่สมรส ญาติ รวมไปถึงการได้รับสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้บิดาเกิดความมั่นใจในการดำรงบทบาทบิดาในระยะเปลี่ยนผ่านได้ดีขึ้น (Chaina, Sansiriphun, & Kantaruksa, 2015)

การพยาบาลบิดาในระยะที่ภรรยาคลอด

เมื่อภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด ผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกมักเกิดความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับการคลอดบุตรของภรรยา เนื่องจากการคลอดบุตรเป็นสถานการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ถึงภาวะสุขภาพของภรรยาและบุตร ซึ่งส่งผลให้บิดาเกิดความเครียดได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลบิดาที่มีบุตรคนแรกในระยะคลอดเพื่อป้องกันความเครียดมีดังนี้

ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกคลายความเครียด และสามารถเผชิญกับ

เหตุการณ์ในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดาได้ ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลในขณะที่ภรรยาเข้าสู่ระยะคลอด เช่น การดำเนินการคลอดระยะต่าง ๆ ความก้าวหน้าในการคลอดของภรรยา แผนการรักษาพยาบาล ให้ข้อมูลสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอดตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนกระทั่งปากมดลูกเปิดครบ เพื่อให้บิดามีข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือภรรยาให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้ผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกเกิดความมั่นใจในการดำรงบทบาทการเป็นบิดา (Ganapathy, 2016)

ให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาในระยะคลอด เปิดโอกาสให้บิดาช่วยดูแลภรรยาให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ เช่น การดูแลการบรรเทาการเจ็บปวดในระยะคลอด โดยการนวดหลัง การประคบร้อน การช่วยภรรยาเปลี่ยนท่าทาง การลูบหน้าท้องมารดา การที่บิดาดูแลภรรยาโดยการสัมผัส จะช่วยให้ภรรยาสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และทำให้บิดารู้สึกมั่นคงทางด้านอารมณ์ ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกเกิดความมั่นใจในการดำรงบทบาทบิดา (Kamalifard et al., 2014) รวมถึงเปิดโอกาสให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาในระยะคลอดบุตร และสนับสนุนการให้กำลังใจภรรยาในขณะคลอด

ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร พยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดสถานที่ที่เหมาะสม เป็นสัดส่วนเพื่อให้บิดาได้ดูแลภรรยาในระยะรอคลอด จัดให้มีสถานที่พักผ่อนสำหรับบิดาในระหว่างที่ภรรยารอคลอด ภายหลังคลอดบุตรพยาบาลผดุงครรภ์ควรนำบุตรมาให้บิดามารดาโดยเร็ว และส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบ (skin to skin contact) พยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัวสำหรับบิดา ในการอุ้มสัมผัสทารกแรกเกิดร่วมกับมารดา เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และทารก ลดความเครียดของผู้เป็นบิดาเนื่องจากบิดามักเกิดความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร และการส่งเสริมการเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดากับบุตร

การพยาบาลบิดาภายหลังภรรยาคลอดบุตร

ในระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาของการปรับตัวของทั้งบิดา และมารดา ต่อบทบาทหน้าที่ใหม่ ในขณะที่มารดาหลังคลอดต้องการการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ และการสนับสนุนช่วยเหลือจากบิดา และครอบครัว ผู้เป็นบิดาก็ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่น้อยไปกว่ามารดา (Kuo, et al, 2012) ทั้งการปรับตัวต่อบทบาทที่สังคม และครอบครัวคาดหวังในดูแลช่วยเหลือภรรยาและบุตร ซึ่งผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกยังไม่มีความรู้และประสบการณ์ ทำให้บิดาเกิดความเครียดต่อการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้น ดังนั้น บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลบิดาที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอดเพื่อป้องกันและบรรเทาความเครียด ดังนี้

ให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกควรได้รับข้อมูลการดูแลมารดาและบุตรในระยะหลังคลอด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในระยะหลังคลอด การปฏิบัติตัวหลังคลอด การบริบาลทารก และการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้บิดาได้ซักถามข้อสงสัย การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเพื่อฝึกฝนทักษะแก่บิดา เช่น การอาบน้ำบุตร การอุ้มบุตร การเช็ดทำความสะอาดสะดือและการทำความสะอาดตา การเปลี่ยนผ้าอ้อม การช่วยเหลือสนับสนุนมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การส่งเสริมพัฒนาการของบุตร เป็นต้นซึ่งในการให้ข้อมูลอาจเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ในการให้ข้อมูลแบบกลุ่มควรจัดให้บิดาและมารดาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบิดามารดารายอื่น ๆ และซักถามข้อสงสัยจากพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อให้ผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกสามารถเผชิญความเครียดในการปรับตัวต่อบทบาทบิดา มีความรู้สึกมั่นใจในการทำ

หน้าที่ในการดูแลมารดาและบุตร (Carlson, Kendall, & Edleson, 2015) นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถดูแลช่วยเหลือในการให้คำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการแก้ไข และบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้บิดามีความรู้ และสามารถใช้ประสบการณ์ในการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกของตนเอง เพื่อนำมาจัดการกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและทักษะในการแก้ไขปัญหา ทำให้บิดามีพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และการบรรเทาความเครียดโดยการใช้การควบคุมความรู้สึกต่าง ๆ เพื่อคลายความเครียด เช่น การฟังเพลง การนอนหลับพักผ่อน เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การแบ่งเวลาให้กับตนเองในการทำกิจกรรมที่ชอบ และมีเวลาเรียนรู้ต่อการปรับตัวกับบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้น เป็นต้น จะทำให้ผู้เป็นบิดาสามารถเผชิญกับสภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นได้

ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์กับบิดาและครอบครัว การกล่าวชมเชย รวมทั้งให้กำลังใจ การเสริมแรงทางบวกโดยพยาบาลผดุงครรภ์เมื่อบิดาที่มีบุตรคนแรกสามารถให้การดูแลภรรยาหรือบุตรได้อย่างเหมาะสมทั้งนี้เพื่อให้บิดาเกิดความเชื่อมั่น และความไว้วางใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกกดดัน ความรู้สึกกลัว และความเครียดลดลงได้ บิดาเกิดความมั่นใจในการดำรงบทบาทบิดา (Ganapathy, 2016) พยาบาลผดุงครรภ์ควรติดตามการปรับบทบาทบิดาอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 ปีแรกหลังบุตรเกิด โดยการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ในการติดต่อกับบิดาและมารดา การจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับให้บิดาหรือมารดาซักถามข้อสงสัยเพื่อให้สามารถเข้าถึงและติดต่อกันได้อย่างต่อเนื่อง (Pollock, et al, 2015) นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์ควรแนะนำแหล่งข้อมูลที่บิดาสามารถติดต่อหรือเข้าถึงได้ง่าย เช่น การให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ คลินิกนมแม่ คลินิกเด็ก เพื่อให้บิดาและมารดาสามารถติดต่อสอบถามเมื่อมีปัญหาสุขภาพของมารดาและบุตรเกิดขึ้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ดังกล่าว จะช่วยให้บิดามีการปรับตัวต่อสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ รวมถึงเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น และเรียนรู้ถึงวิธีการในการปรับตัวเพื่อที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการนำเอาแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่มีอยู่มาใช้ จะช่วยให้บิดาที่มีบุตรคนแรกสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ และสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

สรุป

ความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมตลอดระยะเวลาการเข้าสู่บทบาทบิดาตั้งแต่ภรรยาตั้งครรภ์ คลอด และภายหลังคลอด ซึ่งความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกส่งผลกระทบต่อบิดาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ รวมทั้งมารดา ทารก และครอบครัว พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดา วางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก ที่ครอบคลุมทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การอธิบายให้บิดาเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอารมณ์ของผู้เป็นบิดา ความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ แนวทางการเผชิญความเครียดและการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งการให้ข้อมูล ความรู้แก่บิดาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภรรยาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่งเสริมสนับสนุนให้บิดาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ การให้คำแนะนำการดูแลช่วยเหลือภรรยาภายหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด และเปิดโอกาสให้บิดาซักถามข้อสงสัย เพื่อส่งเสริมให้บิดาเกิดความมั่นใจในบทบาทการเป็นบิดา สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และประสบความสำเร็จในการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นบิดา

เอกสารอ้างอิง

Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2019). A qualitative exploratory study of UK first-time fathers' experiences, mental health and wellbeing needs during their transition to fatherhood. *British Medical Journal, 9,* 1-13.

Bartlett, E. E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: A review of the literature. *Journal of Men's Health and Gender, 1*(2-3), 159-169.

Carlson, J., Kendall, A., & Edleson, J. L. (2015). Becoming a good father: The developmental engine of first-time fatherhood. *Fathering, 13*(3), 182-202. doi:10.3149/fth.1303.182

Chaina, S., Sansiriphun, N., & Kantaraksa, K. (2015). Stress, social support, and father involvement during postpartum period. *Nursing Journal, 42*(1), 85-96. (in Thai)

Chin, R., Daiches, A., & Hall, P. (2011). A qualitative exploration of first-time fathers' experiences of becoming a father. *Community Practice, 84*(7), 19-23.

Condon, J. (2006). What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Australian family physician, 35*(9), 690.

Cooper, S. (2005). A rite of involvement: Men's transition to fatherhood. *Durham Anthropology Journal, 13*(2), 1-24.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *Family/Husband Involvement care during Pregnancy.* Retrieved from http://kcenter.anamai.moph.go.th/info.php?info_id=2304&group_ photo=d3001b5bd38afa06753f38a2ac27674c.jpg&SUBORG_ID=0

DeGarmo, D. S., Patras, J., & Eap, S. (2008). Social support for divorced fathers' parenting: Testing a stress-buffering model. *Family relations, 57*(1), 35-48.

Donovan, J. (1995). The process of analysis during a grounded theory study of men during their partners' pregnancies. *Journal of Advanced Nursing, 21*(4), 708-715.

Elsters, A. B., Lamb, M. E., & Kimmerly, N. (1989). Perceptions of parenthood among adolescent fathers. *Pediatrics, 83*(5), 758-765.

Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & Reproductive Healthcare, 3*(1), 3-9.

Ganapathy, T. (2016). Exploration of first-time fathers' experiences during the child's first year. *Muller Journal of Medical Sciences and Research, 7*(1), 23-23.

Gao, L. L., Chan, S. W. C., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health, 32*(1), 50-58.

Hildingson, I., & Thomas, J. (2014). Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 32*(1), 41-56.

Huusko, L., Sjöberg, S., Ekström, A., Hertfelt Wahn, E., & Thorstensson, S. (2018). First-time fathers' experience of support from midwives in maternity clinics: An interview study. *Nursing Research and Practice,* 1-7. Retrieved from https://doi.org/10.1155/2018/9618036

Janprasert, P. (2005). *Factors influencing on paternal developmental tasks perceived by husbands of the primigravidarum pregnant women in Suphanburi province* (Master Thesis, Public Health Nursing). Mahidol University, Bangkok, Thailand. Retrieved from http://www.li.mahidol.ac.th/thesis/2548/cd376/4536268.pdf

Johnson, M. P., & Baker, S. R. (2004). Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth, and miscarriage: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*(2), 87-98.

Johnson, M. P. (2002). The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 23*(3), 173-182.

Kamalifard, M., Hasanpoor, S., Kheiroddin, J. B., Panahi, S., & Payan, S. B. (2014). Relationship between fathers' depression and perceived social support and stress in postpartum period. *Journal of Caring Sciences, 3*(1), 57.

Khanobdee, C., Sukratanachaiyakul, V., & Gay, J. T. (1993). Couvade syndrome in expectant Thai fathers. *International Journal of Nursing Studies, 30*(2), 125-131.

Kuo, C. P., Chuang, H. L., Lee, S. H., Liao, W. C., Chang, L. Y., & Lee, M. C. (2012). Parenting confidence and needs for parents of newborns in Taiwan. *Iranian Journal of Pediatrics, 22*(2), 177.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Levitt, C., Shaw, E., Wong, S., Kaczorowski, J., Springate, R., Sellors, J., & Enkin, M. (2004). Systematic review of the literature on postpartum care: Selected contraception methods, postpartum Papanicolaou test, and rubella immunization. *Birth, 31*(3), 203-212.

Levy, M. R., Dignan, M., & Shirreffs, J. H. (1984). *Life and Health* (4th ed.). New York: House.

Loutzenhiser, L., McAuslan, P., & Sharpe, D. P. (2015). The trajectory of maternal and paternal fatigue and factors associated with fatigue across the transition to parenthood. *Clinical Psychologist, 19*(1), 15-27.

Lu, L. (2006). The transition to parenthood: Stress, resources, and gender differences in a Chinese society. *Journal of Community Psychology, 34*(4), 471-488.

Mao, Q., Zhu, L. X., & Su, X. Y. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing, 20*(56), 645-652.

Miller, L. H., Smith. A. D., & Rothstein. L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life.* New York: Pocket book.

Ngai, F. W., Chan, S. W. C., & Holroyd, E. (2007). Translation and validation of a Chinese Version of the Parenting Sense of Competence Scale in Chinese mothers. *Nursing Research, 56*(5), 348-354.

Ngai, F. W., & Ngu, S. F. (2014). Family sense of coherence and family adaptation among childbearing couples. *Journal of Nursing Scholarship, 46*(2), 82-90.

Nuntapong, P., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2017). Factors related to father involvement among first time expectant father. *Nursing Journal, 44*(1), 96-106. (in Thai)

Office of Women's Affairs and Family Institute, Ministry of Social Development and Human Security. (2014). *Annual Report 2014.* Bangkok: Pimluck.

Palkovitz, R. (2007). Transitions to fatherhood, review of the literature on postpartum care: Methodology and literature search results. *Birth, 31*(3), 196-202.

Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal, 35*(3), 263-273.

Pollock, M. A., Amankwaa, L. C., & Amankwaa, A. A. (2005). First-time father and stressors in the postpartum period. *The Journal of Perinatal Education, 14*(2), 19-25.

Seah, C. K., & Morawska, A. (2016). When mum is stressed, is dad just as stressed? Predictors of paternal stress in the first six months of having a baby. *Infant Mental Health Journal, 37*(1), 45-55.

Stuart, G. W., & Laraia, M. (2005). *Psychiatric nursing.* St Louis: Mosby, 270-271.

Yeung, W. J. J. (2013). Asian fatherhood. *Journal of Family Issue, 34,* 143-160.

Yu, M., McElory, J. A., Bullock, L. F., & Everett, K. D. (2011). Unique perspectives of women and their partners using the Prenatal Psychosocial Profile Scale. *Journal of Advanced Nursing, 67*(8), 1767-1778.

สารสนเทศทางการพยาบาล: แนวโน้ม และการประยุกต์ใช้
Nursing Informatics: Trends and Application

อรจิรา วรรธนะพงษ์ * Onchira Vadtanapong *

บทคัดย่อ

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทในหลากหลายสาขาวิชาชีพ ไม่เว้นวิชาชีพการพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความจำเป็นต้องก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานสูงสุด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความสำคัญของสารสนเทศทางการพยาบาล อีกทั้งแนวโน้มและการประยุกต์ใช้ในด้านบริการ ด้านการศึกษา และด้านการบริหารจัดการ สารสนเทศทางการพยาบาลสามารถช่วยตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารทางการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งจะช่วยพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพให้ก้าวทันเทคโนโลยี

คำสำคัญ: *การพยาบาล สารสนเทศทางการพยาบาล*

Abstract

Today, information technology is influent to various profession even nursing resulting to professional nurses is necessary to keep pace with the changes of information technology that always happens. To achieve the highest work efficiency and effectiveness. The purpose of this article is to show the importance of nursing informatics. The trend and application in nursing for service, education and management. Nursing informatics can help to make decisions in nursing practice, nursing management, nursing research and nursing quality development, which helps to develop knowledge for professional nurses catch up with technology.

Keywords: *Nursing, Nursing Informatics*

บทนำ

ในยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว การพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสารสนเทศเป็นสิ่งจำเป็น ประกอบกับเทคโนโลยีสารสนเทศมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญต่อทุกองค์กร โดยเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวางแผน ควบคุมการทำงาน และเป็นข้อมูลเพื่อช่วยในการประกอบการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นอินเทอร์เน็ตไร้สาย (Mobile Internet) เทคโนโลยีอัตโนมัติในด้านการวิเคราะห์ (Automation) อินเตอร์เน็ตในทุกสิ่ง

* *ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*
* *Corresponding Author, Registered Nurse, Chulabhron Hospital, Chulabhron Royal Academy,*
วันที่รับบทความ 28 กุมภาพันธ์ 2564 วันที่แก้ไขบทความ 28 เมษายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 24 พฤษภาคม 2564

(Internet of Things) การประมวลผล (Cloud Computing) (Mitrpholmodernfarm, 2020) เทคโนโลยีสารสนเทศดังกล่าวต่างมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตรวมถึงการทำงานส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้ เนื่องจากเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย มีความรวดเร็วสะดวกสบาย

กระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นการพัฒนาสารสนเทศโดยมีการออกกรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงสาธารณสุขปี 2556- 2564 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ รวมไปถึงการพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การสร้างเสริมนวัตกรรมบริการ และการวิจัยระบบเครื่องมือและอุปกรณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุข จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่ามีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศภายในระบบสาธารณสุขไทย การดูแลรักษาโรคในปัจจุบันได้มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและแอปพลิเคชันต่าง ๆ ในการบริการผู้ป่วยเพื่อส่งมอบบริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาทิเช่น ระบบการสื่อสาร ระบบการบริการสุขภาพ ระบบการจ่ายยา เป็นต้น วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย จึงจำเป็นต้องตระหนักและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง มีความรู้ความเข้าใจ มีความเชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการมีข้อมูลและสารสนเทศที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ และทันเวลา ช่วยให้พยาบาลวางแผนในการตัดสินใจแก้ปัญหาและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาองค์กรได้อย่างเหมาะสม (Jeerapat, 2001)

ความหมายของสารสนเทศ

Royal Society of Thailand (2001) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศ หมายถึง ข่าวสาร, การแสดงหรือชี้แจงข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ

Numprasertchai (2015) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศ หมายถึง ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ได้รับจากการสรุป คำนวณ จัดเรียง หรือประมวลผลจากข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบตามหลักวิชาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ตามที่ต้องการ

Kheokao & Rujibhron (2013) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศ หมายถึง ข้อมูล ข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้ และความคิด ที่แสดงออกผ่านสัญลักษณ์หรือรหัสต่างๆ เพื่อเผยแพร่หรือสื่อสารในรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งส่วนบุคคลและสังคม

Laolapha (2020) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศ หมายถึง ข้อมูล ข้อเท็จจริง ความคิด หรือเรื่องราวที่ผ่านการประมวลผล รวบรวม เรียบเรียง กลั่นกรอง ตีความ วิเคราะห์หรือสรุป เพื่อสร้างความหมายและคุณค่า สำหรับนำไปใช้ประโยชน์ตามที่ต้องการ

Cambridge University (2021) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศ หมายถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ บุคคล เหตุการณ์ และอื่น ๆ

โดยสรุป สารสนเทศ หมายถึง ข้อมูล ข่าวสาร ที่ได้รับการรวบรวมและวิเคราะห์ ประมวลผลในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ทั้งในระดับบุคคล และองค์กร

ความหมายของสารสนเทศทางการพยาบาล

Phuphaibul (2001) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศทางการพยาบาล หมายถึง องค์ประกอบของการใช้ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ ความรู้ทางด้านสารสนเทศ และความรู้ทางการพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลและการให้บริการสุขภาพ

Prachusilpa (2007) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศทางการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลนำข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วยและผู้รับบริการ โดยใช้

เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีการสื่อสารมาวิเคราะห์ ออกแบบ พัฒนา ปรับปรุง ปฏิบัติ ประเมินผล และเก็บรักษา เพื่อใช้สนับสนุนการตัดสินใจในการปรับปรุงคุณภาพ การดูแล รวมทั้งสนับสนุนการทำวิจัยในคลินิก และพัฒนาองค์ความรู้ทางศาสตร์ทางการพยาบาล

Kudyba (2016) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศทางการพยาบาล หมายถึงการรวบรวมความรู้ด้านสารสนเทศศาสตร์ วิทยาการคอมพิวเตอร์ และสาธารณสุข เข้าด้วยกัน นำมาใช้ในระบบคอมพิวเตอร์ ระบบการสื่อสาร ระบบฐานข้อมูล และศาสตร์ทางการพยาบาลที่จำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บและใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ

Wajanawisit (2009) ได้ให้ความหมายว่า สารสนเทศทางการพยาบาล หมายถึงการนำความรู้ทางเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ สารสนเทศศาสตร์ และศาสตร์ทางการพยาบาล มาใช้ร่วมกันในการออกแบบและการจัดการข้อมูลสารสนเทศ และองค์ความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล

โดยสรุป สารสนเทศทางการพยาบาล หมายถึง การใช้ความรู้ด้านสารสนเทศศาสตร์ เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ มาประยุกต์ใช้ร่วมกันกับศาสตร์ทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการด้านสุขภาพ

ทฤษฎีสารสนเทศทางการพยาบาล

ทฤษฎีสารสนเทศทางการพยาบาล มักเกี่ยวข้องกับการนำเสนอข้อมูลและความรู้ทางการพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดการและการสื่อสารในด้านการสาธารณสุข มุ่งเน้นไปที่คุณค่าและความน่าเชื่อถือของข้อมูลทางการพยาบาล ก่อให้เกิดความรู้ใหม่และพัฒนามาตรฐานทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการบันทึกทางอิเล็กทรอนิกส์ (Thede & Sewell, 2010)

ในปี 1989 ได้เกิดแบบจำลองสารสนเทศทางการพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูล (Data) สารสนเทศ (Information) และความรู้ (Knowledge) ต่อมาในปี 1992 ได้มีการปรับโครงสร้างของแบบจำลอง โดยเพิ่มส่วนของภูมิปัญญา (Wisdom) เกิดเป็นแบบจำลองสารสนเทศทางการพยาบาลอย่างเป็นทางการ (Thede & Sewell, 2010)

ข้อมูล (Data) คือ ข้อเท็จจริง เหตุการณ์ ที่ถูกบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์ในรูปแบบของตัวอักษร ตัวเลข สัญลักษณ์ รหัส รูปภาพ รูปลักษณ์ ซึ่งยังไม่ผ่านการวิเคราะห์ ประมวลผล และยังไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือตัดสินใจได้ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง เพศ อายุ ประวัติการแพ้ยา ระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น

สารสนเทศ (Information) คือ ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ เรียงเรียง ประมวลผลความหมายและคุณค่า เพื่อนำไปใช้ประโยชน์หรือตัดสินใจ เช่น ระบบเวชระเบียน ระบบประมวลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

ความรู้ (Knowledge) คือ สิ่งที่ได้จากการสังเคราะห์สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการจัดการ มีผลให้เกิดประสบการณ์ การสะสมการเรียนรู้ และความเชี่ยวชาญในปรากฏการณ์ ปัญหา หรือกิจกรรมนั้นๆ และทำให้ได้กระบวนการ รูปแบบ และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล ตลอดจนกฎและขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลที่ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจและการค้นพบสิ่งใหม่ ที่สามารถสนับสนุนงานพยาบาลได้

ภูมิปัญญา (Wisdom) คือ ความรู้ที่ผ่านการไตร่ตรองมาอย่างสมบูรณ์ ที่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล

ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล คือ การจัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้โครงสร้างตามองค์ประกอบทางการพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้สามารถจัดเก็บข้อมูลจำนวนมากที่เกิดขึ้นจากการทำงานได้ อีกทั้งยังสามารถค้นคืนข้อมูลเพื่อนำมาสนับสนุนในการ

ตัดสินใจทางการพยาบาล รวมถึงใช้สร้างความรู้ใหม่ทางการพยาบาลอีกด้วย (Hannah, Ball & Edwards, 2006)

ทั้งนี้ระบบสารสนเทศทางการพยาบาลที่มีการพัฒนาขึ้นมาและสมาคมพยาบาลสหรัฐอเมริกาให้การรับรองและใช้แพร่หลายในนานาประเทศ โดยจำแนกดังนี้

1. ระบบวินิจฉัยทางการพยาบาลของสมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลอเมริกาเหนือ (The North American Diagnosis Association: NANDA) คือ ระบบการอธิบายการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ต่อภาวะเฉียบพลันหรือแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพ สะท้อนถึงการตัดสินใจทางคลินิกซึ่งผ่านกระบวนการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยจำแนกสาเหตุการเกิดปัญหาออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ ชีวกายภาพ, การรับรู้และการเข้าใจ, จิตสังคม และวัฒนธรรม-จิตวิญญาณ (Jeerapat, 2001) จำแนกการวินิจฉัยทางการพยาบาลตามการตอบสนองของมนุษย์ 13 แบบแผน มีขั้นตอนในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน (Phuphaibul, 2001) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาข้อความหรือสิ่งที่พยาบาลระบุว่าเป็นปัญหาทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 2 หาข้อตกลงในการจัดหมวดหมู่ของพยาบาล โดยอ้างอิงข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 จำแนกกลุ่มของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นชั้น และชั้นย่อย เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างชั้นต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 4 ลำดับหมายเลขที่เทียบได้กับตัวอย่างหรือคำนามที่เรียกชั้นต่างๆ เพื่อสะดวกในการจัดการข้อมูล

ยกตัวอย่างเช่น แบบแผนภาวะโภชนาการ แบ่งเป็น 5 ชั้น ได้แก่ (1) การได้รับสารอาหาร (2) การย่อยอาหาร (3) การดูดซึม (4) การเผาผลาญ (5) สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยแต่ละชั้นจะมีชั้นย่อยให้เลือก เช่น ชั้นการได้รับสารอาหาร ชั้นย่อยคือ การกลืนผิดปกติ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การได้รับสารอาหารเกินความจำเป็น เป็นต้น

2. ระบบจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล (The Nursing Interventions Classification: NIC) คือ ภาษามาตรฐานที่อธิบายวิธีการรักษาที่พยาบาลกระทำในแหล่งให้บริการสุขภาพทุกแหล่ง และทุกสาขาของการพยาบาลเฉพาะทาง ทั้งกิจกรรมที่พยาบาลกระทำตามบทบาทอิสระและตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Jeerapat, 2001) โดยมีหลักของการแบ่งกลุ่มการจัดของกิจกรรมการการพยาบาลออกเป็น 5 ข้อ (Phuphaibul, 2001) ดังนี้

- Clarity คือ การแบ่งชนิดกิจกรรมการพยาบาลต้องมีความชัดเจน ข้อความอ่านแล้วสามารถเข้าใจได้
- Homogeneity คือ แบ่งกลุ่มชนิดของกิจกรรมการพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน
- Inclusiveness คือ การแบ่งลักษณะกิจกรรมการพยาบาลทุกชนิดอย่างครอบคลุม
- Mutual Exclusiveness คือ มีการแยกกิจกรรมที่ไม่ใช่การพยาบาล
- Theory Neutral คือ มีความเป็นกลางไม่ว่าจะอยู่ในสถาบันใด มีลักษณะเฉพาะทางหรือไม่ หรือแนวคิดในการให้การดูแลอย่างไรก็สามารถนำเกณฑ์ในการจำแนกข้อมูลทางการพยาบาลมาใช้ได้

3. ระบบจำแนกผลลัพธ์ผู้ป่วยที่เกิดจากการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) คือ ภาษามาตรฐานที่อธิบายผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ไวต่อการตอบสนองกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์จะต้องอธิบายสภาวะของผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยขณะที่เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทำกิจกรรมการพยาบาลเท่านั้น โดยเกณฑ์ชี้วัดจะเป็นคะแนน 5 ลำดับ (Jeerapat, 2001)

4. ระบบโอมาฮา (Omaha System) คือ ระบบประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลเยี่ยมบ้านในโอมาฮา โดยศึกษาข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า รูปแบบของปัญหาสามารถจำแนกได้ 4 ด้าน

ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตสังคม ด้านสรีระภาพ และด้านพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสอนแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ การทำหัตถการและบำบัดรักษา การจัดการผู้รับบริการ และการสำรวจค้นพบปัญหาสุขภาพของชุมชน และจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรม และสภาพ (Phuphaibul, 2001)

5. ระบบจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification for Nursing Practice: ICNP) คือ ระบบที่รวมนิยามศัพท์ และลายอักขระ ซึ่งจำแนกคำหรือวลีตามกลุ่มและชนิดเป็นลำดับชั้น โดยสามารถนำมาผสมกันข้ามกลุ่มและชนิดตามกฎที่กำหนดไว้ได้ ก่อให้เกิดสารสนเทศทางการพยาบาลที่เป็นภาษามาตรฐานหรือที่เรียกว่า Unifying Framework ซึ่งสามารถนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลจากต่างแหล่ง อีกทั้งยังเป็นระบบการจำแนกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ซึ่งองค์ประกอบหลักของระบบสามารถแบ่งเป็น 3 ส่วน (Jeerapat, 2001) ดังนี้

5.1 การจำแนกปรากฏการณ์ทางการพยาบาล คือ กระบวนการทางสุขภาพที่พยาบาลสนใจ โดยจำแนกออกเป็น 8 แกน ดังนี้

■ แกน A จุดเน้นของการปฏิบัติการพยาบาล คือ ส่วนของความสนใจที่กำหนดโดยกฎทางวิชาชีพ และกรอบแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาล

■ แกน B การตัดสิน คือ ความคิดเห็น การคาดการณ์ หรือการตัดสินใจของพยาบาลอย่างเอาใจใส่ต่อการกำหนดปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงหรือปรากฏการณ์ที่แสดงออกมา

■ แกน C ความถี่ คือ จำนวนครั้งของการเกิดหรือการกลับเป็นซ้ำของปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง

■ แกน D ช่วงเวลา คือ ระยะเวลาของการเกิดปรากฏการณ์ทางการพยาบาลในแต่ละครั้ง

■ แกน E ขอบเขตทางกายวิภาค คือ ส่วนของร่างกายที่ถูกกำหนดบริเวณให้สัมพันธ์กับจุดกึ่งกลางลำตัวหรือพื้นที่ทางกายวิภาค

■ แกน F ส่วนของร่างกาย คือ ตำแหน่งทางกายวิภาคที่พบปรากฏการณ์ทางการพยาบาล

■ แกน G ความน่าจะเป็น คือ โอกาสของการเกิดปรากฏการณ์ทางการพยาบาล

■ แกน H ผู้ถือ คือ ลักษณะของผู้เกิดปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ได้แก่ บุคคล ครอบครัว หรือชุมชน

จากนั้นนำคำศัพท์ตามแกนมาประกอบกันเพื่อให้ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลประกอบด้วยแกน A แกน B หรือแกน G โดยแกนอื่น ๆ เป็นการเลือกเพื่อขยายความเพิ่มเติม เช่น แกนA เลือกคำศัพท์ปวด แกนB เลือกคำศัพท์ระดับสูง แกนG เลือกคำศัพท์เป็นพักๆ แกนF เลือกคำศัพท์ขวา แกน E เลือกคำศัพท์เท้า จึงสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ว่า ปวดเท้าขวามากเป็นพัก ๆ เป็นต้น

5.2 การจำแนกกิจกรรมทางการพยาบาล คือ พฤติกรรมของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการกระทำที่เกิดเนื่องจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยจำแนกออกเป็น 8 แกนดังนี้

■ แกน A ชนิดของการกระทำ คือ การกระทำหน้าที่พยาบาลอย่างตั้งใจ

■ แกน B เป้าหมาย คือ สิ่งที่เกิดจากผลของการกระทำหรือปริมาณการกระทำของพยาบาลที่จัดให้

■ แกน C วิธี คือ สิ่งที่ใช้ในการกระทำหน้าที่ทางการพยาบาล ซึ่งรวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการกระทำของพยาบาล และการบริการในลักษณะของการทำงานที่เฉพาะเจาะจง หรือการใช้แผนการพยาบาลในการทำหน้าที่ทางการพยาบาล

■ แกน D เวลา คือ การกระทำการพยาบาลที่ถูกกำหนดโดยเวลา ซึ่งอาจเป็นจุดของเวลาที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น หรือช่วงเวลาที่เป็นระยะห่างระหว่างเหตุการณ์ 2 ครั้ง

■ แกน E ตำแหน่ง คือ ตำแหน่งของร่างกายหรือสถานที่ที่กระทำการพยาบาล

■ แกน F ของเขตทางกายวิภาค คือ ส่วนของร่างกายที่ถูกกำหนดบริเวณให้สัมพันธ์กับจุดกึ่งกลางลำตัว หรือพื้นที่ทางกายวิภาค

■ แกน G หนทาง คือ ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการกระทำการพยาบาล

■ แกน H ผู้รับประโยชน์

จากนั้นนำคำศัพท์ตามแกน A มาตั้งเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลโดยแกนอื่น ๆ เป็นการเลือกเพื่อขยายความเพิ่มเติม เช่น แกน A เลือกคำศัพท์การบรรเทา แกน B เลือกคำศัพท์ความปวด แกน C เลือกคำศัพท์กระเป๋าน้ำแข็ง จึงสรุปเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลได้ว่า บรรเทาความปวดจากกระเป๋าน้ำแข็ง เป็นต้น

5.3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ การวัดผลหรือสถานะของการวินิจฉัยทางการพยาบาล ณ เวลาหนึ่งหลังการทำกิจกรรมการพยาบาล โดยสามารถวัดผลลัพธ์ได้ 2 ลักษณะ คือ (1) การเปลี่ยนแปลงการตัดสินการวินิจฉัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาลทั้งด้านบวกและลบ หรือ (2) การเปลี่ยนแปลงการตัดสินการวินิจฉัยในความน่าจะเป็นเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาล โดยใช้แกนเดียวกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เช่น แกน A เลือกคำศัพท์ปวด แกน B เลือกคำศัพท์ลดลง แกน G เลือกคำศัพท์เป็นพักๆ แกน F เลือกคำศัพท์ขวา แกน E เลือกคำศัพท์เท้า จึงสรุปเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ว่า เท้าขวาปวดลดลงเป็นพัก ๆ เป็นต้น

จากระบบสารสนเทศทางการพยาบาลที่ได้กล่าวถึงข้างต้น แสดงให้เห็นว่าองค์กรพยาบาลเห็นความสำคัญของสารสนเทศ มีการจัดระบบข้อมูลเพื่อให้เกิดระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพและเป็นสากล ในการปฏิบัติทางการพยาบาล

แนวทางการประยุกต์ใช้สารสนเทศทางการพยาบาล

สารสนเทศทางการพยาบาลมีการนำไปประยุกต์ใช้ทุกหน่วยงานทั้งในสถานพยาบาลต่าง ๆ และหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ซึ่งนำมาใช้ในการบริหารจัดการองค์กร การพัฒนาระบบการให้บริการ และพัฒนาฐานข้อมูลทางสุขภาพ โดยสารสนเทศจำเป็นต้องถูกต้องน่าเชื่อถือ ทันเหตุการณ์ เพื่อนำมาใช้สนับสนุนการปฏิบัติงาน และวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพทั้งในทางคลินิกและการจัดบริการสุขภาพทั่วไป โดยใช้ประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร และประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจ และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการภายในองค์กร กล่าวคือ การปฏิบัติงานที่ได้รับข้อมูลสารสนเทศทางคลินิกที่ถูกต้องแม่นยำในเวลาที่ต้องการช่วยให้ผู้บริหาร และบุคลากรทางการพยาบาลสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและทันสถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย วางแผน กำหนดทิศทาง และวิธีการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการวางแผนและกำหนดการนำอุปกรณ์มาช่วยปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า สามารถปฏิบัติงานได้อย่างรวบรัด ตรงความต้องการ ประหยัดเวลา วัสดุ แรงงาน และรายจ่ายในการปฏิบัติงาน ช่วยลดต้นทุนและเพิ่มมูลค่าในการบริหารงานคุณภาพ ส่งผลให้ได้รับผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยขอบเขตการใช้งานสารสนเทศทางการพยาบาล สามารถสรุปโดยสังเขปดังนี้ (Jeerapat, 2001)

1. ระบบเวชระเบียน คือ ระบบสำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากับสถานพยาบาล โดยสามารถค้นหารายละเอียดของผู้ป่วย และพิมพ์บัตรประจำตัวของผู้ป่วย อีกทั้งสามารถนำไปใช้ในระบบอื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็ว

2. ระบบงานผู้ป่วยนอก คือ ระบบสำหรับบันทึกรายละเอียดอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา ผลการวินิจฉัยโรค และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาผู้ป่วย ซึ่งสามารถเรียกดูและบันทึกข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถพิมพ์ใบสั่งยา ใบรับรอง

แพทย์ และรายงานอื่น ๆ ได้

3. ระบบงานผู้ป่วยใน คือ ระบบสำหรับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน โดยมักจะเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับระบบเวชระเบียนซึ่งทำการโอนข้อมูลผู้ป่วยใน รวมทั้งบันทึกข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ข้อมูลการพักรักษา ข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับการบริหาร การบริการและวิชาการ บันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในระดับประเทศ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม (fall) (2) ข้อมูล การเกิดแผลกดทับ (pressure sore) (3) ข้อมูลการติดเชื้อที่ปอด (VAP) (4) ข้อมูลการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) และ (5) ข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission) โดยตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลดังกล่าวนำมาใช้ในการพัฒนาระบบงาน และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการบริหาร การบริการ ด้านวิชาการ และการวิจัยได้ต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นการใช้ระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกผลลัพธ์ และการปฏิบัติการพยาบาล (NANDA, NIC and NOC Classification) ที่กำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลใช้ความรู้เชิงวิชาชีพในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล รวมถึงการบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนด้วยการกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลภายใต้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และมีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งมีการศึกษาของ (Suwannarat, 2019) ได้ทำการศึกษาโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลตามระบบ NANDA, NIC และ NOC มาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้การฝึกฝนทางคลินิก พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกก่อนการทดลองในคะแนนรวมและแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำมากเป็นส่วนใหญ่ และหลังทดลองสูงขึ้นเป็นระดับต่ำและปานกลาง และหลังการทดลองคะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งโดยรวมและแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการมีระบบสารสนเทศทางการพยาบาลช่วยเพิ่มคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลได้และนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

นอกจากการประยุกต์ใช้สารสนเทศทางการพยาบาลกับระบบต่าง ๆ ในสถานพยาบาลแล้วยังพบว่ามีการประยุกต์ใช้สารสนเทศร่วมกับนำเทคโนโลยีในปัจจุบันมาพัฒนาความรู้ของพยาบาล ซึ่งการศึกษาวิจัยของ Vichaiya (2020) ได้พัฒนาความรู้ของพยาบาลเรื่องการฟื้นคืนชีพของทารกด้วยการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ประกอบด้วยเนื้อหาแยกเป็นบท มีการใช้เสียงบรรยาย รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และวิดีโอ เพื่อให้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีความเร้าใจ สร้างความสนใจ ประทับใจ และกระตุ้นให้อยากเข้าไปเรียนรู้ ผลการศึกษาจึงพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับดีมากร้อยละ 76.7 และยังมีการศึกษาของ Yimkosol (2020) โดยได้พัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยในแอปพลิเคชันมีเนื้อหาในการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน แบ่งเป็นการดูแลเรื่องโภชนาการ การดูแลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมและคำแนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องนำเด็กมาโรงพยาบาล นำเสนอโดยใช้รูปภาพที่ประกอบไปด้วยรูปภาพจริงและภาพวาดการ์ตูน มีข้อความบรรยายภาพโดยใส่เฉพาะใจความสำคัญ และมีเสียงบรรยายประกอบภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดในด้านเนื้อหาในเรื่องเนื้อหามีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ถึงร้อยละ 96.7 และยังเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องสามารถติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ดูแลระบบและผู้ใช้

งานได้ง่ายร้อยละ 60.0 แสดงให้เห็นว่าการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลมาประยุต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยีมีส่วนอย่างมากในการพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาล เป็นการพัฒนาความรู้มุ่งสู่การปฏิบัติ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลได้เป็นอย่างดี

แนวโน้มการพัฒนาสารสนเทศทางการพยาบาล

ด้านบริการ ในอนาคตการสารสนเทศทางการพยาบาล ย่อมมีความก้าวหน้าเพื่อให้สามารถตามทันเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา แนวโน้มการพัฒนาสารสนเทศทางการพยาบาลนั้นมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการพัฒนาด้านระบบสารสนเทศทางการพยาบาลให้มีความทันสมัยและรองรับการนำมาใช้ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล การพัฒนาสารสนเทศทางการพยาบาลส่งผลให้สามารถร่วมมือกันดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยระบบแพทย์ออนไลน์ อาทิเช่น ในกรณีการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคด้วยการส่งข้อมูลประวัติผู้ป่วยร่วมกับภาพถ่ายทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้การตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาแก่ผู้ป่วยให้มีความถูกต้อง แม่นยำ ทันเวลา สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในส่วนของการพัฒนาศักยภาพหรือสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้นำทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่อายุมากมักมีสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย ซึ่งหากผู้นำทางการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้สารสนเทศทางคลินิกก็จะสามารถนำสารสนเทศทางคลินิกมาใช้ในการบริหารจัดการในหน่วยงานให้เกิดประโยชน์เพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความผิดพลาด และยกระดับคุณภาพบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Susan, Karen, & Haley,2015) รวมไปถึงการพัฒนาการใช้สารสนเทศทางคลินิกสำหรับด้านวิชาการให้มากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่การค้นหาข้อมูลในด้านการจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกมักได้มาจากบนระบบอินเตอร์เน็ต ซึ่งมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าฐานข้อมูลทางวิชาการ ในการพัฒนาการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการพยาบาล

ด้านการศึกษา ควรมีการสนับสนุนให้ผู้นำทางการพยาบาล และบุคลากรพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีการทำวิจัย การจัดทำแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้เกิดขึ้นในวิชาชีพ เป็นเครื่องมือในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล รวมถึงการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้กระบวนการวิทยาศาสตร์ช่วยในการตัดสิน ใจอย่างมีเหตุผล ช่วยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลให้ทันสมัย และนำการวิจัยมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการนำผลงานวิจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีต่อไป

ด้านบริหาร เพื่อกำหนดนโยบายวางแผนกลยุทธ์โดยข้อมูลสารสนเทศในองค์กรนำมาใช้ในการตัดสินใจ เช่น จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล อัตราการครองเตียง จำนวนบุคลากร งบประมาณหรือการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการมอบหมายปฏิบัติงาน เช่น การจัดบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานตามจำนวน หรือลักษณะความต้องการการพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยการมอบหมายงานดูแลผู้ป่วย การมอบหมายการนิเทศแก่บุคลากรใหม่ การสื่อสารกับหอผู้ป่วยอื่น การประเมินผลการปฏิบัติหรือการจัดทำรายงานสรุปต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศไปใช้งานด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการวางแผน การจัดการบุคลากร การคัดเลือก และการธำรงรักษาบุคลากร กำหนดวิธีติดตามงาน ปรับปรุงงานเอกสารในการพัฒนาคุณภาพการดูแล กำหนดขอบเขตการปฏิบัติการของพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น และยังสนับสนุนการดำเนินงานอื่น ๆ ขององค์กรอีกด้วย (Wajanawisit, 2009)

นอกจากนี้ด้านการเกิดขึ้นของปัญญาประดิษฐ์ก่อให้เกิดการพัฒนาด้านหุ่นยนต์ ระบบผู้เชี่ยวชาญในสาขาสุขภาพ ทำให้ผู้บริหารทางการพยาบาลและ

บุคลากรทุกระดับในหน่วยงานต้องทำความเข้าใจและให้ความสำคัญต่อสารสนเทศ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาทรัพยากรด้านต่าง ๆ รวมทั้งในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบุคคลากรทางสุขภาพต่อองค์กร และต่อระบบสาธารณสุขของประเทศอีกด้วย

สรุป

สารสนเทศทางการพยาบาล หมายถึง การใช้ความรู้ด้านสารสนเทศศาสตร์ เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาประยุกต์ใช้ร่วมกันกับศาสตร์ทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการด้านสุขภาพ ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวัน เมื่อกล่าวถึงสารสนเทศทางการพยาบาล ได้มีการพัฒนาสารสนเทศเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เช่น ระบบสารสนเทศทางการพยาบาลในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การจำแนกผลลัพธ์และการปฏิบัติการพยาบาล (NANDA, NIC and NOC Classification) เป็นการสร้างคุณภาพในการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นสากล อีกทั้งยังช่วยในการให้กิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เป็นต้น และยังมีการพัฒนาระบบสารสนเทศที่ใช้อย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน เช่น ระบบผู้ป่วยใน เป็นต้น ทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลทันเวลา มีความครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันที และการมีสารสนเทศทางการพยาบาลที่ดีสามารถช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารทางการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ ส่งเสริมให้วิชาชีพพยาบาลก้าวหน้า ก้าวทันเทคโนโลยี

เอกสารอ้างอิง

Cambridge University. (2021). *Cambridge Dictionary.* Retrieved from https://dictionary.cambridge.org/

Hannah, J. K., Ball, J. M., & Edwards, J. A. (2006). *Introduction to nursing infomatics.* USA: Springer.

Jeerapat, V. (2001). *Nursing and health informatics.* Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Kheokao, J., Rujiphon, N. (2013). *Communication in Information work.* Bangkok: Sukothai Thammathirat. (in Thai)

Kudyba, P. S. (2016). *Healthcare Informatics.* USA: CRC Press.

Laolapha, P. (2020). *Information Literacy: Learning skills for 21st century.* Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Mitrpholmodernfarm. (2020). *Know disruptive technology, technology that creates disruption.* Retrieved from https://ibit.ly/tllE (in Thai)

Numprasertchai, S. (2015). *Knowledge management.* Bangkok: SE-Education. (in Thai)

Phuphaibul, R., & Samranvetchaporn, K. (2001). *Nursing informatics.* Bangkok: Nitibannakan. (in Thai)

Prachusilpa, S. (2007). *Nursing infomatics.* Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Royal Society of Thailand. (2001). *Royal institute of Thailand dictionary.* (in Thai) Retrieved from https://dictionary.orst.go.th/

Susan, A., Karen, F.H., & Haley, H. (2015). *Applied clinical informatics for nurses.* USA: Jones & Bartlett Learning.

Suwannarat, R., Boonyanurak, P., Luang-On, N., & Somboon, S. (2019). The effect of the use of clinical coaching on the implementation of NANDA-I, NOC and NIC classification toward the quality of nursing notes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27*(4), 53-65. (in Thai)

Thede, Q. L., & Sewell, P. J. (2010). *Informatics and nursing: Competencies & Applications.* China: Wolters Kluwer.

Vichaiya, S., Thungjaroenkul, P., & Nantsupawat, A. (2020). Developing knowledge of nurses by using the neonatal resuscitation electronic book. *Nursing Journal, 47*(4), 384-395. (in Thai)

Wajanawisit T. (2009). *Teaching document: Nursing informatics.* Retrieved from https://ibit.ly/hQjC. (in Thai)

Yimkosol, S., Lertwatthanawilat, W., Boonchieng, E., & Boonchieng, W. (2020). Development of smartphone application in preventing infection for caregivers of children with cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal, 47*(3), 192-203. (in Thai)