JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2564
Vol.1 No.2 May - August 2021

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research

บทความวิจัย

❖ ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
(จิรวัฒน์ เตริยาภิรมย์, สกาวรัตน์ เทพประสงค์)

❖ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
(นิภาพร ปัญญาทิพย์, อักษรา ทองประชุม, กรรณิการ์ ณ ลำปาง)

❖ พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลบางละมุง
(อโณทัย ผาสุข)

❖ การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่
(วรนิษฐา ธรรมขัน, วราภรณ์ บุญเชียง, อักษรา ทองประชุม, เอกรัฐ บุญเชียง)

❖ ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่มีปัญหาการดูดกลืน ตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน
(เยาวภา พรมเสน, สิริพร วงค์วัชรไพบูลย์, อุทัยทิพย์ ไชยศิลป์, จุฑามาศ ไทนอ)

❖ การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย
(หทัยรัตน์ นิยมาศ, ชมนาด พจนามาตร์)

❖ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา
(ภคินี ขุนเศรษฐ์)

ISSN 2773-9031 (Print)
ISSN 2773-904X (Online)

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

บทความวิจัย (Research Article)
บทความวิชาการ (Academic Article)
บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้นๆ การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind-Peer Review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 3 ฉบับ
ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน
ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
201 ซอย 4 ตำบล ดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 208 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ดร.อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	รองศาตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
	ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัศมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร
	ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	พญ.สุภารัชต์ กาญจนะวณิชย์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
	ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
	ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
	ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
	ดร.อัศนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
	ดร.เสน่ห์ ขุนแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
	ดร.เมทณี ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
	ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
	ดร. ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
บรรณาธิการ	อาจารย์วรางคณา บุญมา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ดร.อัมภิชา นาไวย์	อาจารย์พิมลพรรณ เนียมหอม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	Mr.William Leslie	English language consultant

ผู้ช่วยบรรณาธิการ
ดร.ปุลวิชช์ ทองแตง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

กองจัดการ
นางสาวปนัสยา พรมดี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

กำหนดออก
ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
เจ้าของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.1 No.2 May - August 2021

Editorial advisor	Editorial Board	
Dr.Amavasee Ampansirirat Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Professor Dr.Areewan Klanklin	Faculty of Nursing, Chiangmai University
	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunsern	School of Health Science, Mae Fah Luang University
	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science
	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
	Assist.Prof.Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
	Assist.Prof.Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
	Assist.Prof.Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Noppcha Singweratham	Kanchanabhishek institue of medical and public health technology
	Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Dr.Tassanee Krirkgulthorn	Boromarajonani College of Nursing, Saraburi
	Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Saneh Khunkaew	Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit
	Dr.Matanee Radabutr	Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi
	Dr.Choosak Yuennan	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Sarinyaporn Chandeekeawchakool	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
Editor Dr.Ampicha Nawai Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Warangkhana Bunma	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Mr.William Leslie	English language consultant
Assistant Editor Dr.Pulawit Thongtang Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		
Journal Manager Panutsaya Promdee Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		

Publish
3 issues per year
No.1 January – April
No.2 May – August

Copyright
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR))"ฉบับนี้เป็นปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2564 โดยเผยแพร่ในช่วงที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ในช่วงนี้ขอให้ทุกท่านดูแลสุขภาพร่างกาย สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างสำหรับบุคคล ล้างมือบ่อยๆ เช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์เป็นประจำเพื่อความปลอดภัยของตัวท่านเองและคนรอบข้างค่ะ

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ เป็นบทความวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 3) พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลบางละมุง 4) การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ 5) ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่มีปัญหาการดูดกลืน ตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน 6) การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย และ7) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ทางกองบรรณาธิการคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยจากวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในทางวิชาการและวิชาชีพ

ในนามของ กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางการพยาบาลและการสาธารณสุข ขอขอบคุณ เจ้าของบทความวิจัยทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของบทความวิจัยในวารสารฉบับนี้ และในโอกาสนี้ทางวารสาร ขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index

ดร.อัมภิชา นาไวย์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....1

The Effect of Anticipatory Pleasure Skills Training Program on Anhedonia Among Patients with Major Depressive Disorder

จิรวัฒน์ เตริยาภิรมย์, สกาวรัตน์ เทพประสงค์

Jirawat Teriyapiom, Sakaorat Thepprason

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่.....14

The Effects of Changing Self-Care Behavior Program on Knowledge, Attitude and Self-care Behaviors of Opisthorchiasis Patients San Pa Tong District, Chiang Mai Province

นิภาพร ปัญญาทิพย์, อักษรา ทองประชุม, กรรณิการ์ ณ ลำปาง

Suttini Wattanakul, Koranut Matee, Rattanaporn Chaikan

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลบางละมุง.....29

Nurses' Caring Behaviors as Perceived by Patients and Nurses in a Surgical Service, Banglamung Hospital

อโณทัย ผาสุข

Anothai Pahsuk

การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่.....42

Development of the Information System Program for Data Management among Patients with Cerebrovascular Diseases Hod Hospital, Chiang Mai Province

วรนิษฐา ธรรมขัน, วราภรณ์ บุญเชียง, อักษรา ทองประชุม, เอกรัฐ บุญเชียง

Woranistha Thammakhun, Waraporn Boonchieng, Aksara Thongprachum, Ekkarat Boonchieng

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่มีปัญหาการดูดกลืน ตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน.....57

The Effects of Implementing the Clinical Nursing Practice Guideline Concerning Oral Feeding Stimulation of Infants Weighed Less than 2,000 Grams in Sick Newborn Ward, Nan Hospital

เยาวภา พรมเสน, สิริพร วงค์วัชรไพบูลย์, อุทัยทิพย์ ไชยศิลป์, จุฑามาศ ไทนอ

Yaowapa Promsen, Siriporn Wongwacharapaiboon, Uthaithip Chaisin, Juthamas Thainor

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย.....70

Accessibility of Care Services among Patients with Type 2 Diabetes in Padad Hospital, Chiang Rai Province

หทัยรัตน์ นิยมาศ, ชมนาด พจนามาตร์

Hathairat Niyamas, Chomnard Potjanamart

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา.....83

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Early Postpartum Hemorrhage for Vaginal Delivery in a Labor Room, Songkhla Hospital

ภคินี ขุนเศรษฐ์

Pakinee Kunsete

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
The Effect of Anticipatory Pleasure Skills Training Program on Anhedonia Among Patients with Major Depressive Disorder

จิรวัฒน์ เตริยาภิรมย์[1*], สกาวรัตน์ เทพประสงค์[1]
Jirawat Teriyapiom[1*], Sakaorat Thepprasong[1]
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่[1]
Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai[1]

(Received: *May 08, 2021*; Revised: *May 31, 2021*; Accepted: *June 16, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศหญิง และเพศชาย อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 50 คน ได้รับการสุ่มเข้าการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563-เดือนตุลาคม 2563 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี และแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value <0.001*) และค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (*p-value <0.001*) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีสามารถช่วยให้ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงได้ เป็นการเพิ่มทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีภาวะสิ้นยินดี เช่น โรคไบโพลาร์ และโรคซึมเศร้าหลังคลอด

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข, โรคซึมเศร้า, ภาวะสิ้นยินดี

[*]ผู้ให้การติดต่อ จิรวัฒน์ เตริยาภิรมย์ E-mail: pimuay@hotmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental, namely two-group pretest-posttest design, was to examine the effect of anticipatory pleasure skills training program on anhedonia among patients with major depressive disorder. Participants were 50 patients with major depressive disorder, aged 18-59 years old, both males and females who were being treated in the inpatient department of Suanprung Psychiatric Hospital. All participants were randomly assigned to the experimental group or the control group, 25 inpatients in each group. The experimental group received the anticipatory pleasure skills training program, whereas the control group received the regular nursing care routine. This study was conducted between June 2020 and Ocotober 2020. The research instruments included the anticipatory pleasure skills training program, the anhedonia scale, and the temporal experience pleasure scale. Data were analyzed using descriptive statistics (percentages, mean and standard deviation). The Wilcoxon sign rank and the Mann-Whitney U tests were used to compare the pretest and posttest average scores of anhedonia between the experimental group and the control group.

The results revealed that after receiving the anticipatory pleasure skills training program, the mean score of anhedonia of patients with major depressive disorder in the experimental group was significantly lower than before enrolling the program (*p-value <0.001*). In addition, the mean score of anhedonia among patients with major depressive disorder in the experimental group was also significantly lower than patients in the control group that receiving the regular nursing care routine (*p-value <0.001*). This research indicated that the anticipatory pleasure skills training program can reduce anhedonia levels of patients with major depressive disorder. This program could be an additional treatment option psychosocial rehabilitation for patients with major depressive disorder. Nurses and other health care providers can apply or develop this program to other patients with bipolar disorder and postpartum depression in order to reduce anhedonia levels.

Keywords: Anticipatory Pleasure Skills Training Program, Depressive, Anhedonia

บทนำ

สถาบันเพื่อการวัดและประเมินผลด้านสุขภาพและรายงานการศึกษาภาระโรคทั่วโลก (Institute for Health Metrics and Evaluation) ประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 264 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ของประชากรทั่วโลก เป็นเพศหญิงร้อยละ 4.1 และเพศชายร้อยละ 2.7 จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อต้นปี ค.ศ. 2018 ระบุว่าภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยเหตุของความเจ็บป่วยและไร้ความสามารถ (Cause of Illness and Disability) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 800,000 คนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในอายุ 15-29 ปี (World

Health Organization, 2019) จากการเก็บข้อมูลและรายงานผลโดย The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2017) พบว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตหรือสร้างภาวะไร้ความสามารถแก่บุคคล โรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาอยู่ในอันดับที่ 6 และในช่วงปี ค.ศ. 2005-2016 อัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้น 13 % พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18.4 จากปี พ.ศ. 2548-2558 คาดการณ์ว่าเป็นประชากรไทยประมาณ 29 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และจากการประมาณการภาระโรคพบว่ามีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability- Adjusted Life Year (DALY)) คิดเป็นร้อยละ 6.7% (Years Live with Disability (YLD)) (World Health Organization, 2017) และจากรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (Workload) ปีงบประมาณ 2561-2563 จำนวน 387,632 คน, 480,059 คน และ 570,679 คน ตามลำดับ มีอัตราการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.32, 6.64 และ 7.37 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) โดยพบว่ามีภาวะสิ้นยินดีซึ่งเป็นอาการหลักที่ใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือมีอารมณ์ซึมเศร้า (Favrod et al., 2015) ภาวะสิ้นยินดีจึงเป็นอาการทางคลินิกในลักษณะของอารมณ์ที่ลดหรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคลทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar, Applegate, &Bentall, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะสิ้นยินดีร้อยละ 86.2 (Llorca & Gourion, 2015) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น และนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด (Pillon et al., 2019) นอกจากนี้ ภาวะสิ้นยินดียังมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะซึมเศร้า (Loas, Lefebvre, Rotsaert, & Englert, 2018) จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสิ้นยินดีกับภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ภาวะสิ้นยินดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม (Gourion et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2555) ที่ระบุว่าร้อยละ 86 ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจะสูญเสียความพึงพอใจ และความปลื้มปิติในตัวเอง (Reduction in Gratification) และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชาชนโดยทั่วไป (ธรณินทร์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา, &จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ภาวะสิ้นยินดียังมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะซึมเศร้า (Loas, Lefebvre, Rotsaert, & Englert, 2018)

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากเป็นอันดับที่ 1 ของผู้ป่วยที่มารับบริการ (งานผู้ป่วยนอก, 2563) จากข้อมูลทางสถิติในปีงบประมาณ 2561- 2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 14,590 ราย 17,943 ราย และ 16,970 ราย ตามลำดับ เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 397 ราย, 543 ราย และ 401 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) ให้บริการการรักษาบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดังนี้ 1) การรักษาด้วยยาต้านเศร้า 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า และ 3) การบำบัดทางจิตสังคมโดยทีมสหวิชาชีพ (จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา) ได้แก่ 3.1) การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ทั้งรายบุคคล/กลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ โดย

การพิสูจน์หาแบบแผน ความคิด ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข 3.2) การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy) เพื่อมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดให้สอดคล้องตามความเป็นจริง 3.3) การบำบัดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal Therapy) เพื่อมุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น จากการติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย, 4 ราย และ2 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.61, 1.03 และ 0.37 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย, 4 ราย และ2 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.61, 1.03 และ0.37 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์และมีความจำเป็นที่จะหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข พัฒนาขึ้นโดย แฟบรอด และคณะ (Favrod, Giuliani, Ernst, & Bonsack, 2010) เป็นโปรแกรมที่ฝึกความสามารถด้านรับรู้ (Cognitive Training) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้อารมณ์ทางบวก สามารถควบคุมอารมณ์ทางบวกของตนเองได้และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Favrod et al. 2015) และทำให้ภาวะสิ้นยินดีลดลงได้ ผู้วิจัยปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปหญิง ในปัจจุบันยังไม่มีโปรแกรมการบำบัดที่ช่วยเสริมสร้างความสุข และลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นทางเลือกในการบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้มีอาการทางจิตหายทุเลา และลดภาวะสิ้นยินดีได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข
2. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อธิบายได้จากแนวคิดเอนโดฟีไทป์ (Endophenotypes) ว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมที่อ่อนแอ และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ผ่านกระบวนการให้รางวัลที่ผิดปกติในสมอง (Abnormal Reward Process) จึงทำให้เกิดภาวะสิ้นยินดีในโรคซึมเศร้าได้ การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะสิ้นยินดี จะทำให้ผู้ป่วยการปราศจากความสุข จากความบกพร่องของการรับรู้

ต่อการให้รางวัล และการรับรู้การตอบสนองอารมณ์ (Abnormal Reward Process) จากการศึกษาของแฟบรอด และคณะ (Favrod et al. 2010, 2015) พบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุข มีรูปแบบการบำบัดโดยการเพิ่มประสบการณ์ของการสร้างอารมณ์ทางบวก มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การสัมผัสเชิงประสบการณ์ (Savoring Experience) 2) กระบวนการของของสัมผัส (Savoring Process) และ 3) การตอบสนองที่เกิดขึ้นภายหลังการสัมผัส (Savoring Responses) ผู้ป่วยได้ฝึกความสามารถด้านรับรู้ (Cognitive Training) เพื่อจะได้เกิดการเรียนรู้ในการได้อยู่กับปัจจุบัน (Being in the Moment) มีการสื่อสารกับผู้อื่น (Communicating) มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูล ได้แสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ได้ฝึกทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ตามใบงานและการบ้านในแต่ละกิจกรรม ได้แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral Display) มีการคาดหวังความสนุกสนาน (Anticipating the Enjoyment) มีการระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต (Recalling Previously Pleasurable Events) สมาชิกทุกคนในกลุ่มจะได้รับการปรับกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation) และใช้เทคนิคการเพิ่มประสบการณ์ของอารมณ์ทางบวก 5 ข้อ (Strauss, 2011) ดังนี้ 1) การคาดหวังความสนุกสนาน (Anticipating the Enjoyment) 2) การแสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral Display) 3) การอยู่กับปัจจุบัน (Being in the Moment) 4) สื่อสารกับผู้อื่น (Communicating) และ 5) การระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขในอดีต (Recalling Previously Pleasurable Events)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimentalresearch) แบบสองกลุ่มมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563-เดือนตุลาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโรค ฉบับที่ 10 (ICD-10) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือ Major Depressive Disorders และ Dysthymic Disorders ตามมาตรฐานการจำแนกโรคของ APA ฉบับที่ 5 (DSM-V)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. อายุระหว่าง 18-59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Dx F32, F33, F34.1, F38, F39)
3. ประเมินภาวะสิ้นยินดี ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงค่อนข้างรุนแรง มีค่าคะแนนในช่วง 2–4 คะแนน
4. ประเมินภาวะสุขภาพจิต ด้วยแบบประเมิน Thai HoNOS หมวดที่ 4 ประเมินปัญหาด้าน

พุทธิปัญญาเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคลและความเข้าใจเรื่องราวต่าง และหมวดที่ 7 ประเมินเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้า มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน

5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ตามปกติ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ
2. มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางสมอง
3. ผู้ป่วยที่เคยร่วมการวิจัยอื่นๆ ซึ่งเสร็จสิ้นลงแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์การยุติ (Discontinuing Criteria) ได้แก่

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบจำนวนครั้งของโปรแกรม
2. มีภาวะวิกฤติจิต ประเมินโดยแบบประเมิน HoNOS หมวดที่ 2 มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตนเองโดยไม่ใช่อุบัติเหตุ และหมวดที่ 7 อารมณ์เศร้า โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ Power Analysis of T-Test โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ 0.05 กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.80 ค่า Effect Size D = 0.80 (Large Effect Size) ซึ่งหาได้จากผลการวิจัยที่ผ่านมา เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (จิราภา บุญศิลป์, 2559) หลังจากคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power พบว่า จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด คือ 42 คน และเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (Drop Out) อีกประมาณ 20% (8 คน) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้ ผู้ดูแล งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ครั้งที่เข้ารับการรักษา ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับการรักษา และข้อเสนอแนะ

2. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและดัดแปลงมาจากโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบของ จิราภา บุญศิลป์ (2559) เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ ซึ่งได้พัฒนาตามแนวคิดของ Favrod et al. (2010, 2015) และดำเนินการตามแผน โดยมีรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน มีแผนการดำเนินกิจกรรมโดยทำกลุ่มบำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกันรวมทั้งหมด 8 ครั้ง (10 กิจกรรม) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง (Relationship and Defeatist Thinking)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องภาวะสิ้นยินดี
ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การสัมผัสความสุขในปัจจุบันช่วงที่1 (Savoring Pleasant Moments (I))
ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (Accentuating the Behavioral Expression of Emotions)
ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 6 สร้างช่วงเวลาของการมีความสุขสุดด้วยการแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (Making the Most of Pleasant Moments by Sharing Them with Others)
ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 7 การสัมผัสความสุขที่เกิดขึ้นในอดีต (Savoring Past Pleasant Moments (II))
ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 8 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุขช่วงที่ 1 (Anticipating Pleasant Moments (I))
ครั้งที่ 7 กิจกรรมที่ 9 การคาดหวังเกี่ยวกับความสุขช่วงที่ 2 (Anticipating Pleasant Moments (II))
ครั้งที่ 8 กิจกรรมที่ 10 ทบทวนทักษะทั้งหมด (Review of All Skills)

3. แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี ผู้วิจัยได้ขออนุญาต จิราภา บุญศิลป์ (2559) ซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาแปลและพัฒนาจากแบบประเมินของ Kirkpatrick (2011) ที่พัฒนามาจาก NIMH-MATRICS Consensus Development Conferenceon Negative Symptom ข้อคำถามด้านภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) มีข้อคำถาม 3 ข้อ ซึ่งจะถามด้านความเข้มข้นของความสุขระหว่างทำกิจกรรมต่างๆ ด้านความถี่ของความสุขระหว่างทำกิจกรรม และด้านความเข้มของความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมต่างๆ ในอนาคต และมีการแปลผล

4. แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ใช้เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาต จิราภา บุญศิลป์ (2559) ซึ่งพัฒนามาจาก Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) ของ Gard et al. (2006) เป็นแบบความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการกระทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (Consummatory Pleasure) และความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (Anticipatory Pleasure: TEPS-ANT) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (Consummatory Pleasure: TEPS CON) จำนวน 8 ข้อ และการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลิน เกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (Anticipatory Pleasure) จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยนำฉบับร่างโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำการดัดแปลงเสนอผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3ท่าน ตรวจสอบคุณภาพและความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน และ 3) พยาบาลผู้ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IndexofItem-Objective Congruence (IOC)) เท่ากับ 1.00

2. แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี ผู้วิจัยไม่ได้เปลี่ยนแปลงข้อมูล เนื้อหา วิธีการใช้ของแบบประเมิน และได้นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน เพื่อนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลอง ผลจากการตรวจสอบได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ที่ระดับ 0.95

3.แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ผู้วิจัยไม่ได้เปลี่ยนแปลงข้อมูล เนื้อหา วิธีการใช้ของแบบประเมิน และได้นำไปทดสอบกับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน เพื่อนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลอง ผลจากการตรวจสอบได้ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ที่ระดับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อทำการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดี ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ในการเชื้อเชิญอาสาสมัครทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเข้าร่วมโครงวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ให้ลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรและให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด และมอบให้ผู้วิจัยเก็บไว้เป็นหลักฐาน 1 ชุด ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบง่าย ใช้การจับสลากกำหนดให้หมายเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง และหมายเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทำกลุ่มบำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ติดต่อกันรวมทั้งหมด 8 ครั้ง (10 กิจกรรม) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติ ผู้วิจัยประเมินภาวะสิ้นยินดีอีกครั้งในกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที สำหรับกลุ่มควบคุมจะประเมินหลังจากที่ประเมินครั้งแรก 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์โดย หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-Square Test หรือ Fisher's Exact Test

2) ข้อมูลค่าคะแนนภาวะสิ้นยินดีที่ได้จากการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลแล้ว พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Non-Parametric ดังนี้ 2.1) กรณีเปรียบเทียบก่อน-หลัง ถ้าแจกแจงแบบปกติใช้ Paired Sample T-Test ถ้าแจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test 2.2) กรณีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ถ้าแจกแจงแบบปกติใช้ Independent Sample T-Test ถ้าแจกแจงไม่ปกติใช้ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งให้ความเห็นชอบ และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเมื่อ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563 (เลขที่หนังสือรับรอง 3/2563) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก มีการรับรู้และความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หลังจากที่เข้าร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อสิทธิการรักษาที่พึงได้รับ ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อเพื่อป้องกันข้อมูลที่เชื่อมโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่าง และในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อค ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจเปิด และจะทำลายเอกสารต่างๆ หลังจากที่งานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ข้อมูลต่างๆ ของอาสาสมัครจะปิดเป็นความลับ เปิดเผยข้อมูลก็ต่อเมื่ออาสาสมัครให้ความยินยอมแล้วเท่านั้น และนำเสนอผลการวิจัยออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 36 และอายุรองลงมา คือ 30-39 ปี ร้อยละ 24 เฉลี่ยอายุ 30.72 ปี สถานภาพส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 64 การศึกษาระดับมัธยมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 48 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24 รองลงมาคือ เป็นนักเรียนหรือนักศึกษา ร้อยละ20 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 28 และมีรายได้มากกว่า 15,000 ร้อยละ 28 เช่นกัน มีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 32 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 60 กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่มักดูหนัง ฟังเพลง ร้อยละ 36

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะสิ้นยินดีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการทดสอบ ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value <0.001*) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสิ้นยินดี	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)		Z	P-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
กลุ่มทดลอง	8.00 (6.00, 11.00)	4.00 (3.00, 6.00)	-4.409	<0.001*
กลุ่มควบคุม	9.00 (6.00, 10.00)	6.00 (6.00, 7.00)	-4.455	<0.001*

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบ ผลการทดสอบพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีไม่แตกต่างกัน *(p-value >0.05)* แต่หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value <0.001)* ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสิ้นยินดีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสิ้นยินดี	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)		Z	P-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ก่อนการทดลอง	8.00 (6.00, 11.00)	9.00 (6.00, 10.00)	-1.948	0.051
หลังการทดลอง	4.00 (3.00, 6.00)	6.00 (6.00, 7.00)	-5.304	<0.001*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสิ้นยินดีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value <0.001*) และพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสิ้นยินดีในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value <0.001*)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดเป็น ร้อยละ 92 มีสีหน้าดูแจ่มใส ท่าทีเป็นมิตรเพิ่มมากขึ้น มีการยิ้ม พูดทักทาย ให้ความร่วมมือขณะทำกิจกรรมทุกขั้นตอน สามารถพูดทบทวนกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกัน บอกสิ่งที่คาดหวัง สิ่งที่ต้องการ โดยเขียนบันทึกในใบงานตามกิจกรรมกลุ่มบำบัด ดังต่อไปนี้ การบอกเหตุผลของความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่ล้มเหลวหรือสิ้นหวัง เช่น “รู้สึกเบื่อ กินยารักษาแล้วไม่หาย” “ไม่มีอนาคต ทำอะไรไปก้อไม่สำเร็จ” “เวลาเกิดอารมณ์ดิ่ง ไม่อยากทำอะไร” “ทำสิ่งไม่ดีไม่อยากอยู่ให้ พ่อ แม่ต้องอับอาย เสียหน้า” ผู้ป่วยได้บอกสิ่งที่คาดหวัง และสิ่งที่ต้องการ เช่น “อยากรักษาให้หายขาด” “ต้องการให้ตัวเองมีความสุข สดชื่น” “อยากกลับมามองโลกในทางบวกอีกครั้ง” “มีสติ ไม่ทำร้ายตัวเอง และไม่คิดทำร้ายคนอื่น” จะเห็นได้ว่า ภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นอาการทางคลินิกในลักษณะของอารมณ์ที่ลด หรือขาดความสามารถในการมีประสบการณ์ความสุขของบุคคลทำให้ไม่มีความสุขหรือความพึงพอในกิจกรรมที่เคยทำและมองเห็นความสามารถของตนเองต่ำ (Cassar, Applegate, & Bentall, 2013) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของไทย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย และขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ สูงถึงร้อยละ 48.5 (ธรณินทร์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา, &จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, ม.ป.ป.) การระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตเป็นการแสวงหาความสุขทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความพอใจในชีวิต ตัวอย่าง เช่น “เล่นกับน้องแมวแล้วรู้สึกสบายใจ”“ฟังเพลงแล้วผ่อนคลาย”“เล่นเกมส์แล้วรู้สึกเพลิดเพลิน”“นั่งสมาธิแล้วทำให้จิตใจสงบ” สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหล่าคงธรรม และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า ส่วนในเรื่องของการคาดหวังกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุข ตัวอย่าง เช่น “อยากให้แม่มาเยี่ยม ไปหาเพื่อนๆและแฟน ฟังเพลง คาราโอเกะ ดูละคร เล่นกับลูก กินข้าวนอกบ้านกับครอบครัว ทำซอสบาบิคิวอบขนม ปลูกต้นโกโก้ ไปทำบุญ ไปเที่ยวต่างประเทศ กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้บอกในสิ่งที่ตนเองชอบ และได้เล่าเรื่องเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสุข เช่น ได้ช่วยแม่เลือกซื้อลอตเตอรี่ 1 ใบ และโชคดีถูกรางวัลเลขท้าย 3 ตัว ได้เงิน 4,000 บาท ขณะเล่าเรื่องผู้ป่วยยิ้ม แสดงท่าทางดีใจ มีความสุข และอยากถูกรางวัลอีก เคยช่วยเหลือลูกนกที่ตกจากต้นไม้ ดูแล 3 วัน ลูกนกแข็งแรงบินได้ และ เรื่องวาดรูปตุ๊กตา ชุดแต่งตัว เลียนแบบคอสเพลย์ ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขที่ได้ทำในสิ่งที่ตัวเองรัก เป็นต้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการฝึกความสามารถของด้านรับรู้ (Cognitive Training) เพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดี โดยฝึกการสร้างอารมณ์บวก การเพิ่มความสามารถของการรับรู้ต่อความสุข การสัมผัสเชิงประสบการณ์ สามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการทางคลินิก และลดภาวะสิ้นยินดีได้ (จิราภา บุญศิลป์ 2559; Favrod, J., & et al., 2015)

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด บางรายมีบุคลิกภาพพูดน้อย ไม่แสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก หรือบางรายมีภาวะอารมณ์แปรปรวน เมื่อมีสิ่งกระตุ้น และในบางกลุ่มผู้ป่วยมีความแตกต่างกันเรื่อง อายุ การศึกษา

ฯลฯ มีผลทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ของผู้ป่วย และให้ร่วมกิจกรรมในระยะเวลาที่กำหนด (40-60 นาที) ได้

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวบข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน –ตุลาคม 2563 ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ปี 2563-2564 (Combat 4th Wave of COVID 19 Plan: C4) โรงพยาบาลสวนปรุงมีนโยบายการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล เน้นการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ทำให้มีผลกระทบต่อการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย

การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรมีการนำเสนอต่อผู้บริหารการพยาบาลเรื่องการนำโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปใช้บำบัดฟื้นฟูทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีสามารถนำไปเป็นทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูทางสังคมจิตใจผู้ป่วย

2. การนำโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดัดแปลง ปรับแผนการดำเนินงาน ระยะเวลา หรือกิจกรรม ตามบริบทของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจช่วยลดระดับภาวะสิ้นยินดีได้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2563). *บริการ e- Reports กรมสุขภาพจิต*. สืบค้น 31 พ.ค. 2563, จาก https: // WWW.dmh.go.th/report/.

จิราภา บุญศิลป์. (2559). *ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธรณินทร์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา, และจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. (ม.ป.ป). คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย. โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์. สืบค้น 3 มีนาคม 2563, จาก file:///C:/Users/erdi01/Downloads/2345bf60739a566e.pdf.

โรงพยาบาลสวนปรุง. (2563). *สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง*.เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

วาสนา เหล่าคงธรรม, สุปราณี พิมพ์ตรา, ธรณินทร์ กองสุข, และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2558). ผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2), 12-27.

Cassar, R., Applegate, E., & Bentall, R. P. (2013). Poor savouring and low self-efficacy are predictors of anhedonia in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research, 210*(3), 830-834.

Favrod, J., Giuliani, F., Ernst, F., & Bonsack, C. (2010). Anticipatory pleasure skills training: A new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, *46*(3), 171–181. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00255.x.

Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J. D., Ringuet, A., Rexhaj, S., & Bonsack, C. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC psychiatry*, *15*, 231. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0610-y.

Gard D. E., Gard M. G., Kring A. M., John O. P. (2006). Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: a scale development study. *Journal of Research in Personality, 40*, 1086–1102. 10.1016/j.jrp.2005.11.001.

Gourion, B., Berrabah, F., Ratet, P. & Stacey G. (2015). Rhizobium-legume symbioses: The crucial role of plant immunity. *Trends in plant science, 20*(3), 186-94.

Kirkpatrick, B., Strauss, G. P., Nguyen, L., Fischer, B. A., Daniel, D. G., Cienfuegos, A. & Marder, S. R. (2011). The brief negative symptom scale: psychometric properties. Schizophrenia Bulletin, 37(2), 300-305. doi: 10.1093/schbul/sbq059

Llorca, P., &Gourion, D. (2015). Management of Anhedonia and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients: Benefit for Functioning. *European Psychiatry*, *30*, 364.

Loas, G., Lefebvre G,, Rotsaert, M., & Englert Y. (2018). Relationships between anhedonia, suicidal ideation and suicide attempts in a large sample of physicians. PLOS ONE, 13(3), 1-23. [Online]. Retrieved from https://doi: 10.1371/journal.pone.0193619. Accessed January 12, 2020.

Pillon, S. C., Vedana, K., Teixeira, J. A., Dos Santos, L. A., de Souza, R. M., Diehl, A., Rassool, G. H., & Miasso, A. I. (2019). Depressive symptoms and factors associated with depression and suicidal behavior in substances user in treatment: Focus on suicidal behavior and psychological problems. *Archives of psychiatric nursing*, *33*(1), 70–76. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.00.

Strauss, G. P., Wilbur, R. C., Warren, K. R., August, S. M., & Gold, J. M. (2011). Anticipatory vs. consummatory pleasure: What is the nature of hedonic deficits in schizophrenia. *Psychiatry Research, 187*(1-2), 36–41. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.012.

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2017). *Depressive disorders-Level 3 cause.* Retrieved 19 June 2018 from http://www.healthdata.org/results /gbd_summaries/2019/depressive-disorders-level-3-cause.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Geneva, Switzerland. [Online]. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf.

World Health Organization. *Mental disorders.* (2019). Retrieved 19 June 2018 from https://www.who.int/news-room/fact-heets/detail/mental disorders.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of Changing Self-Care Behavior Program on Knowledge, Attitude and Self-care Behaviors of Opisthorchiasis Patients San Pa Tong District, Chiang Mai Province

นิภาพร ปัญญาทิพย์[1,2], อักษรา ทองประชุม[2], กรรณิการ์ ณ ลำปาง[3*]
Nipaporn Panyatip[1,2], Aksara Thongprachum[2],
Kannika Na-Lampang[3*]
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[1], คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[2],
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[3]

(Received: May 27, 2021; Revised: 22 June, 2021; Accepted: July 09, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่มีความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าเกณฑ์ถึงปานกลาง จำนวน 42 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองระยะเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า เพศชายต่อเพศหญิง ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 62±6.25 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 81 การศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 31 รายได้เฉลี่ย 3,033.33 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่ในชุมชนช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 95.20 อยู่ใกล้แหล่งน้ำสาธารณะใช้สำหรับจับปลา ร้อยละ 85.70 และกินปลาในแหล่งน้ำชุมชนร้อยละ 76.20 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ 6.74±1.41, 2.23±0.35 และ2.56±0.22 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 8.10 ±1.10, 2.49 ±0.29 และ 2.76±0.18 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value = 0.001, 0.009 และ 0.001)* ตามลำดับ ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ สามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ที่ได้รับโปรแกรมนี้ได้ ควรมีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนี้ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคพยาธิใบไม้ตับ

*ผู้ให้การติดต่อ กรรณิการ์ ณ ลำปาง e-mail: kannika.nalampang@cmu.ac.th, kna_lampang@hotmail.com

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of changing self-care behavioral program among 42 Opisthorchiasis patients who had low to moderate levels of knowledge, attitudes, and self-care behaviors. A 6-month self-care behavior modification program was provided to the participants in the study. The data was analyzed using paired sample t-test to compare knowledge, attitudes, and self-care behaviors scores before and after the behavior modification program.

The proportion of males to females was equal at 50% with mean age of 62 ± 6.25 years. The majority of them were married (81%), received the highest level of education at the elementary level (83.30%), working in agricultural occupations (31%) and an average monthly income of 3,033.33 baht. Based on data of living in the community for the past three years, it was found that 95.20 percent of people lived in the community. 85.70% of the public water sources are used for catching fish. 76.20% of the people eat fish in community water sources. The average scores of knowledge, attitudes, and self-care behaviors before receiving the program were 6.74 ±1.41, 2.23 ±0.35, and 2.56 ±0.22, respectively. After the program, the average scores were 8.10 ±1.10, 2.49 ±0.29, and 2.76 ±0.18, respectively. There were statistically significant differences in knowledge, attitude, and self-care behaviors scores between before and after receiving the changing self-care behavioral program *(p-value= 0.001, 0.009, 0.001)* respectively. The changing self-care behavioral program was found to be effective that improves knowledge, attitudes, and self-care behaviors scores among Opisthorchiasis patients. This program can be generalized to other patients with Opisthorchiasis in other areas.

Keywords: Changing Self-Care Behavior Program, Knowledge, Attitude, Self-Care Behavior, Opisthorchiasis

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis Viverrine (OV)) เป็นโรคติดเชื้อที่พบได้ทุกภาคของประเทศไทย พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ จากการรายงานของกรมควบคุมโรค ในปี 2557 พบว่า อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศมีค่าเฉลี่ย 5.1% ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงที่สุดคือ 9.2% ส่วนภาคเหนือพบความชุก 5.2% (กรมควบคุมโรค, 2557) องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียนปรุงดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้ม ปลาร้าดิบ หรือส้มตำปลาร้าดิบ เป็นต้น เมื่อคนรวมทั้งแมวหรือสุนัขซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับ ถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำ ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคที่สรุปไว้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอันประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้ใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและการประเมินตนเอง จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดียิ่งขึ้น และส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเป็นหลัก นอกจากนี้การนำกระบวนการกลุ่มมาร่วมในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้เข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น เกิดความร่วมมือในการช่วยกันแก้ปัญหา และส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของแม่บ้านในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ และจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอำเภอที่เข้าร่วมโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากการดำเนินโครงการ ในปี 2559 ยังคงพบว่าในพื้นที่ตำบลท่าวังพร้าว อำเภอสันป่าตอง มีอัตราการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 7.96 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2561) ซึ่งเป็นพื้นที่พบภาวะเสี่ยงมากที่สุด และเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข พื้นที่ตำบลท่าวังพร้าว เป็นพื้นที่ที่มีอ่างเก็บน้ำหนองสะเรียม และแม่น้ำที่สำคัญไหลผ่าน 3 สาย คือ แม่น้ำปิง แม่น้ำขาน และแม่น้ำวาง ซึ่งแหล่งน้ำสาธารณะเหล่านี้ เป็นแหล่งอาหารประเภทปลาน้ำจืดของชุมชน แม้ว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะสามารถรักษาได้ โดยการกินยาถ่ายพยาธิ แต่อย่างไรก็ตามหากพฤติกรรมการบริโภคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังติดเชื้อไม่มีการปรับเปลี่ยน จึงทำให้ผู้ป่วยพยาธิใบไม้ตับเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในท่อน้ำดีได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้ามาประยุกต์ใช้ในการศึกษา จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้

ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค สรุปไว้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้ใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และการประเมินตนเอง จะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดียิ่งขึ้น และส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเป็นหลัก (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2554)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยได้ใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามาร่วม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นและประสบการณ์ ในด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ผลดีของการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ ผลของการรักษาโรค ทำให้ผู้ป่วยได้เกิดความร่วมมือในการช่วยกันแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังได้ให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและหัวหน้าชุมชน ร่วมออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำและติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังช่วยลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

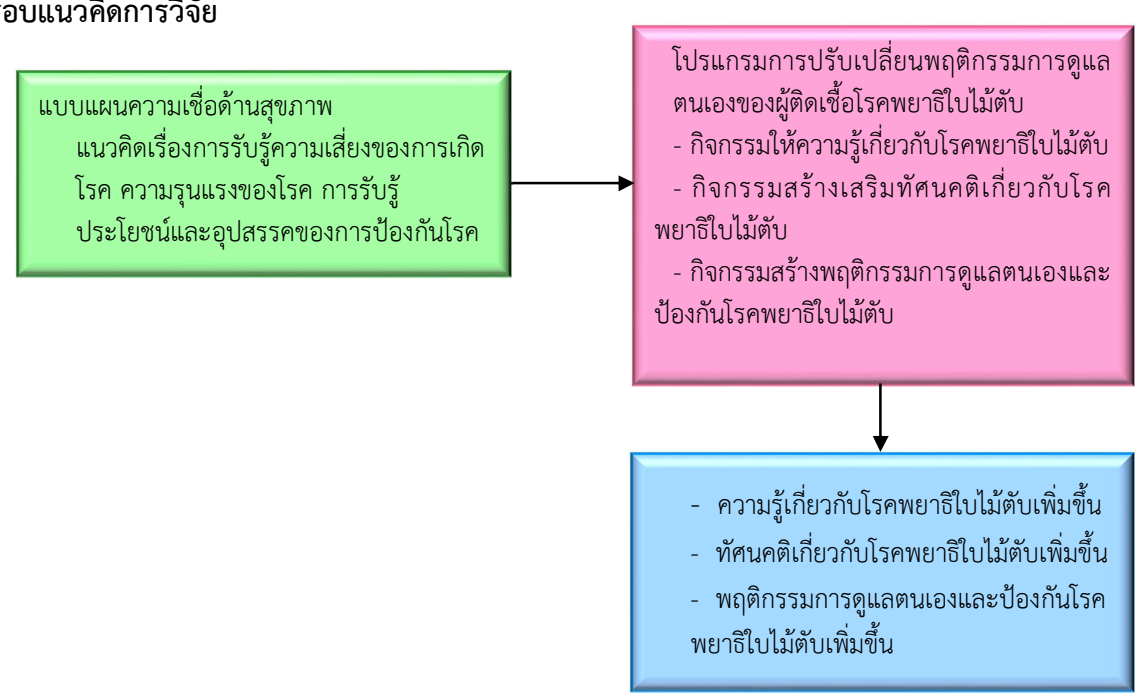
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

สมมติฐานการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คะแนนความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลอง The One Group Pretest Posttest Design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน เมษายน 2562 – ตุลาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เข้าร่วมโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับ ในเขตตำบลท่าวังพร้าว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และที่มีผลการตรวจอุจจาระแล้ว พบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 95 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีผลการตรวจอุจจาระพบว่าเป็นพยาธิใบไม้ตับ และผ่านการทดสอบวัดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผลการทดสอบอยู่ในเกณฑ์ต่ำถึงปานกลาง จำนวน 42 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคคลที่เข้าร่วมโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับ ผ่านการทดสอบวัดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการทดสอบอยู่ในเกณฑ์ต่ำถึงปานกลาง มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารโดยการพูดคุยหรือให้คำตอบ ระหว่างมีการสัมภาษณ์ภาษาไทยได้ชัดเจน

2. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เป็นบุคคลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนดได้ ผู้พิการทางสายตาและการได้ยิน ผู้สูงอายุที่อายุ 75 ปี ขึ้นไป และผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ กำหนดวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ที่ผ่านการตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับ และมีผลการทดสอบความรู้ หรือทัศนคติ หรือพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ถึงปานกลาง ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดพยาธิใบไม้ตับ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (กาญจนา ฮามสมพันธ์, 2559) โดยรายละเอียดของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยโปรแกรม ดังนี้

1.1 สัปดาห์ที่ 1-8 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

- สร้างการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค ผ่านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ
- ให้ความรู้การเลือกรับประทานอาหาร การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ
- สร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีการรับชมวีดีทัศน์การใช้สื่อรูปภาพ มีการ จัดกิจกรรมสนทนาระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ที่มีความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ

มุมนิทรรศการ

- โปสเตอร์
- คู่มือความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ
- แผ่นพับเพื่อทบทวนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
- วีดีทัศน์

1.2 สัปดาห์ที่ 9-19 กิจกรรมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

- สร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ
- ดูวีดีทัศน์ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคมะเร็งท่อน้ำดี

1.3 สัปดาห์ที่ 16-24 กิจกรรมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

- ร่วมกันสร้างรูปแบบการนำเสนอพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
- การออกตรวจเยี่ยมติดตามกระตุ้นเตือนและให้สุขศึกษาโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสุ่มประเมินโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า 1 ครั้ง/2 สัปดาห์
- อภิปรายสรุปผลกิจกรรม

2. แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดพยาธิใบไม้ตับ ประยุกต์จากแบบสอบถามของ (กาญจนา ฮามสมพันธ์, 2559) โดยประกอบด้วย 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา 11 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 10 ข้อ

ตอนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 15 ข้อ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลที่ปรับปรุงแก้ไขขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความตรงตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับ จุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) เท่ากับ 0.78 ในการหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองใช้เก็บข้อมูลผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับที่สุ่มจากโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับของอำเภอแม่แตง ในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบบันทึกข้อมูลเท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติผ่านจริยธรรมการวิจัยได้ดำเนินการวิจัย ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันป่าตอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ช่วงเวลาที่ศึกษา การขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลและการเข้าถึงเวชระเบียนของโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้ารับโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังจากนั้นจึงได้ดำเนินกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือน

เมษายน 2562 - ตุลาคม 2562 ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดพยาธิใบไม้ตับอักครั้ง หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม เป็นเวลา 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และใช้สถิติสถิติเชิงอนุมานสำหรับทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยการขออนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย SPT REC No 010/2562 ก่อนทำการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบในทุกประเด็น เพื่อขอความร่วมมือใน การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับด้วยวิธีใดๆ พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ของกลุ่ม ตัวอย่างที่จะไม่ให้ข้อมูล หากไม่สบายใจสามารถที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกเมื่อหากต้องการ โดย ไม่มีผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวเอง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยมีการใช้รหัสลำดับที่ในการ เก็บและการจัดการข้อมูลแทนชื่อจริง เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อสถานะทางสังคม ชื่อเสียง สถานภาพ ความเป็นอยู่ โดยการระบุข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น การรายงานผลการศึกษา จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ขั้นตอนและวิธีการศึกษาวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย และอันตรายต่อกลุ่ม ตัวอย่าง และมีการคืนข้อมูลโดยการจัดทำรายงานผลภายหลังเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการวัดความรู้ หรือทัศนคติ หรือพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าเกณฑ์ถึงปานกลาง ทั้งหมด 42 คน มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ย 62 ± 6.25 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 81) ได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 31.00 รายได้เฉลี่ย 3,033.33 บาทต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 42)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	50.00
หญิง	21	50.00
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 62.07 ± 6.25		
ค่าต่ำสุด 47 ปี		
ค่าสูงสุด 73 ปี		
สถานภาพ		
โสด	1	2.40
สมรส	34	81.00
หย่าร้าง/ม่าย	7	16.60
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	2.40
ประถมศึกษา	35	83.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	14.30
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	6	14.30
เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	13	31.00
รับจ้างทั่วไป	13	31.00
ค้าขาย	9	21.40
นักบวช	1	2.40

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีผู้มีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 50 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.60 และความรู้ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 2.40 โดยหลังการเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นในระดับดีมากเป็นร้อยละ 81.0 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.0 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ (n=42)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ในระดับดีมาก (คะแนน >66.68%)	21	50.00	34	81.00
มีความรู้ในระดับปานกลาง (คะแนน 33.34%-66.67%)	20	47.60	8	19.00
มีความรู้ในระดับต่ำ (คะแนน <33.33%)	1	2.40	0	0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value = 0.001*) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ) (n=42)

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.74	1.415	0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	8.10	1.100	

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับปานลางมากที่สุด คือร้อยละ 57.10 และมีทัศนคติในระดับน้อยต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 2.40 เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 69.00 โดยไม่มีผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่ำเลย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ) (n=42)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ		ก่อนทดลอง		หลังหลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติในระดับมาก	(2.35-3.00)	17	40.50	29	69.00
ทัศนคติในระดับปานกลาง	(1.68-2.34)	24	57.10	13	31.00
มีทัศนคติในระดับน้อย	(1.00-1.67)	1	2.40	0	0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value = 0.009)* ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ) (n=42)

ทัศนคติ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	P-value*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.33	0.351	0.009
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.49	0.291	

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคและการดูแลตนเองของโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี คิดเป็นร้อยละ 76.20 พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.80 หลังการเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี คิดเป็นร้อยละ 97.60 มีพฤติกรรมดูแลตนเองปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.40 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในผู้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (n=42)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง		ก่อน		หลัง	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การดูแลตนเองดี	(2.35-3.00)	32	76.20	41	97.60
การดูแลตนเองปานกลาง	(1.68-2.34)	10	23.80	1	2.40
การดูแลตนเองไม่ดี	(1.00-1.67)	0	0	0	0

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในผู้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (n=42)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	P-value*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.56	0.225	0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.76	0.183	

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

หลังการเข้ารับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มีผู้มีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 81.00 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.00 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.001) ทั้งนี้โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เป็นการให้ความรู้ด้านสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้แจกคู่มือโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดการเรียนรู้และแผนการดำเนินการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกัน เกิดการวิเคราะห์และสรุปผลปัญหาความรุนแรงของโรคพยาธิ ใบไม้ตับ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามปิรามิดแห่งการเรียนรู้ที่จะจดจำความแม่นยำมากขึ้น เมื่อมีการได้รู้ ได้เห็น และมีการอภิปรายกลุ่ม (อ้างใน บุปผชาติ ทัฬหิกรณ์, 2551) โดยผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพล วิเศษสังข์ (2560) ทำการศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลขะยูง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น

มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value<0.05)* และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญนะภา คงศิลา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้ ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ทั้งนี้พบว่าการที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมงานวิจัย และได้มีการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทำให้เกิดการเรียนรู้และได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่เพิ่มขึ้นจากเดิม

นอกจากนี้ หลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีระดับทัศนคติเพิ่มขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรม พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value = 0.009)* สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ฮามสมพันธ์ (2559) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ภายหลังการทดลองพบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาสถิติ *(p-value< 0.001)* และสอดคล้องกับการศึกษาของกิจปพน ศรีธานี (2561) ทำการศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลลำคลอง อำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระกับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันนั้น อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงผลและอันตรายที่จะตามมาของโรคพยาธิใบไม้ตับ และในการอภิปรายกลุ่ม ผู้เข้าร่วมวิจัย จากการเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้มีข้อตกลงร่วมกันในการบริโภคปลาดิบในชุมชนเพื่อลดการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างไรก็ตามการวัดทัศนคติโดยทั่วไปอาจไม่ได้ทัศนคติคติที่แท้จริงดังนั้นน่าจะมีวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่จะให้บุคคลแสดงทัศนคติที่แท้จริงของเขาออกมาซึ่งนับว่าเป็นเรื่องค่อนข้างยากและต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ตอบเป็นอย่างมาก เช่น ควรมีการกระตุ้นให้คิดถึงทัศนคติของตนก่อนการกระทำโดยการได้รับการเรียนรู้ตอกย้ำเข้าไปจนกลายเป็นรากฐานส่วนลึกของการรับรู้ทัศนคตินั้นก็จะมีความคงทนถาวรและทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในด้านการปฏิบัติและในด้านการบริโภคอาหาร ดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง*สถิติ (p-value=0.001)* สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ฮามสมพันธ์(2559) ที่พบว่าภายหลังการทดลองพบว่า หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value<0.001)* และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬากรณ์ โสตะ (2561) ทำการศึกษาประสิทธิผลของสื่อการสอนพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อ วีซีดี และคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value< 0.05)* การมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น อธิบายได้ว่า กิจกรรมที่ให้มีการติดตามผลให้

กำลังใจ และให้สุขศึกษา จัดกิจกรรมตรวจหาพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งเป็นการกระตุ้นเตือน การแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ ดีขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ทำในพื้นที่ตำบลท่าวังพร้าว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดชียงใหม่ ซึ่งอาจมีระบบบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น เช่น มีการตรวจพยาธิใบไม้ตับ การอบรมให้ความรู้ของทางจังหวัดเชียงใหม่ ที่ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าวังพร้าว เกี่ยวเนื่องกับโครงการหนอนพยาธิของจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาที่ได้อาจมีความเฉพาะเจาะจงกับพื้นที่ในการทำการศึกษา

การนำผลการศึกษาไปใช้

ในการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไปใช้ ขั้นตอนที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนมีระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีคือ ผู้นำโปรแกรมไปใช้ควรมีการสะท้อนข้อมูลกลับไปยังครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการให้ความรู้ การปรับทัศนคติ การดูแลพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งของผู้ติดเชื้อ ญาติ และบุคคลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อค้นหาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากตัวแปรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยควรศึกษาในภาพรวมของอำเภอ และระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้งที่ตรวจพบและไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กราบขอบพระคุณ ดร.อดุลย์ศักดิ์ วิจิตร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่) ที่ช่วยให้คำปรึกษาในด้านการออกแบบงานวิจัยและการวางแผนงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แผนปฏิบัติการโรคพยาธิใบไม้ตับ.* สืบค้น 20 เมษายน 2560, จาก http://www.opdcddc.org/document/document/meetingreport/2558.

กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ยุทธศาสตร์ "กาจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคน อีสาน".* นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา ฮามสมพันส์. (2559). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, *23*(2), 9-22.

กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลลำคลอง อำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, *11*(3), 23-29.

จุฬากรณ์ โสตะ (2561). *ทำการศึกษาประสิทธิผลของสื่อการสอนพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อ วีซีดี และคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา.* ขอนแก่น: คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพ็ญนภา คงศิลา. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 10*(2), 19-28.

บุปผชาติ ทัฬหิกรณ์. (2551). *การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเรียนการสอน.* ปทุมธานี: สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.

วีระพล วิเศษสังข์. (2558). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพปรปะจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลขะยูง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, *24*(3), 61-74.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2561). *ระเบียนรายงานโรคหนอนพยาธิ.* เชียงใหม่: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, เอกสารอัดสำเนา.

อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

Anderson, L. W. et al. (2001). *A Taxanomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxanomy of Educational Objectives*. USA: Addison Wesley Longman.

Cronbach, L. J. (1963). *Educational Psychology*. New York: Harcourt Brace And World, Inc. 68-70.

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล ด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลบางละมุง

Nurses' Caring Behaviors as Perceived by Patients and Nurses in a Surgical Service, Banglamung Hospital

อโณทัย ผาสุข*
Anothai Pahsuk*
โรงพยาบาลบางละมุง*
Banglamung Hospital*

(Received: May 27, 2021; Revised: 21 June, 2021; Accepted: July 19, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือและวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของตนเองและผู้ป่วย และเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของตนเองและผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 266 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 209 ราย (78.6%) และพยาบาลหอผู้ป่วยและห้องผ่าตัด จำนวน 57 ราย (21.4%) โรงพยาบาลบางละมุง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2562 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกและแบบสอบถามพฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาลจำนวน 48 ข้อ (5 องค์ประกอบ) ตามทฤษฎีของสแวนสัน ซึ่งมีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และ Independent T-Test

ผลการวิจัยพบว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือ มีค่าสถิติไคเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (KMO) เท่ากับ 0.60 ทำการสกัดพบว่ามี 3 องค์ประกอบหลัก มีค่าไอแกนมากกว่า 1 ความแปรปรวนสะสมทั้ง 3 องค์ประกอบ เท่ากับ 55.18% องค์ประกอบที่ได้ คือ องค์ประกอบที่ 1 การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ มีจำนวน 14 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเอง มีจำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย มีจำนวน 6 ข้อ พบค่าเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยกลุ่มพยาบาลเท่ากับ 65.842 *(SD=7.54)* ค่าเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วย 63.349 *(SD=10.37)* ซึ่งค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 องค์ประกอบนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล และพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร, พยาบาล, งานด้านศัลยกรรม

*ผู้ให้การติดต่อ อโณทัย ผาสุข e-mail: Kasalong_27@hotmail.com

Abstract

The objectives of this descriptive study were to develop a questionnaire for measuring nurses'caring behaviors as perceived by patients and nurses and to determine if nurses rated these behaviors differently than patients. There were 266 participants: 209 patients (78.6%) and 57 nurses (21.4%) from the inpatient surgical unit and an operating room. Data were collected between July 1 and August 31, 2019. The instruments were adata record form and a 5 components, 48-item questionnaire rating nurses' caring behavior based on Swanson's Theory. The Cronbach's alpha coefficient of the overall scale was 0.96. Data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, confirm factor analysis and independent t-test.

The results revealed that factor analysis for a nurses' caring behavior questionnaire by Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) was 0.60. Cumulative Three factors were extracted with Eigen values with more than 1.Cumulative variance was 55.18%. The factors were grouped and categorized as 1) helping with various activities, with 14 questions; 2) empowering patients to take control of their own health care, with 5 questions; and 3) maintaining the patients' belief and faith, with 6 questions. The mean scores of nurses' caring behaviors were at moderate levels in both groups: nurse's group= 65.84 *(SD=7.54)*, and patient's group=63.35 *(SD=10.37)*. There was a statistically significant difference between these two groups *(p-value <0.05)*. It is suggested that these factors can be used as a basic guideline for developing of nursing practice and improving of the nurses'caring behavior.

Keywords: Caring Behaviors, Nurses, Surgical Service

บทนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยโดยใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้โรงพยาบาลมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากขึ้น จำนวนเตียงไม่เพียงพอกับผู้มารับบริการ พยาบาลมีภาระงานมากขึ้น และนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ขยายโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกระดับตั้งแต่ระดับอำเภอและจังหวัดจำเป็นต้องรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ทำให้ทุกโรงพยาบาลประสบปัญหาเรื่องไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วย มีผลกระทบต่อระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยทำให้ความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้ป่วยลดลง คณะกรรมการส่งเสริมคุณธรรมแห่งชาติได้จัดทำแผนแม่บทส่งเสริมคุณธรรมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2559-2564) ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2559 โดยที่โรงพยาบาลบางละมุงมีนโยบายพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรมด้วยพฤติกรรมความเอื้ออาทร เพื่อให้บุคลากรและหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลได้ให้บริการตามหลักจรรยาบรรณและธรรมาภิบาลแบบองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลรักษาครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู คำนึงถึงความแตกต่างด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อเป็นการสนองตอบต่อนโยบายของโรงพยาบาล ในการพัฒนาให้ผู้รับบริการพึงพอใจ รวมถึงให้ผู้ป่วย

และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ซึ่งในสายงานศัลยกรรมมีกิจกรรมที่ประกอบด้วยการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (บุญหนัก ศรีเกษม, 2551) ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด รวมถึงการสอนผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังหลังผ่าตัด 2) การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด 3) การจัดการเรื่องความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) การส่งเสริมความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 5) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหาร 6) การจัดการกับความเจ็บปวด 7) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการวางแผนจำหน่าย

นอกจากกิจกรรมการดูแลที่กล่าวมา พยาบาลที่มีความเอื้ออาทรนั้นยังมีพฤติกรรมภายในที่ไม่ได้แสดงออกมาผ่านกิจกรรมทางการพยาบาลที่ให้บริการทั้งในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ซึ่งผู้ป่วยที่รู้สึกตัวจะสังเกตและรับรู้ได้ พยาบาลมีบทบาทในการปกป้องความเป็นบุคคลของผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นการเคารพศักดิ์ศรี คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย เป็นคุณลักษณะภายในของพยาบาลที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร การที่พยาบาลมีความเข้าใจในจิตใจของผู้ป่วยจะส่งผลให้การดูแลนั้นเป็นไปในลักษณะเอื้ออาทร ใส่ใจในความรู้สึกของผู้ป่วย

ปัจจุบันหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลบางละมุง มีผู้มารับบริการจำนวนมากมีผู้ป่วยคงพยาบาลต่อวันเฉลี่ย 35-40 ราย การจัดการพยาบาลในแต่ละเวรต้องบริหารเวลาให้ทันกับปัญหาของผู้ป่วยและหน่วยงานอื่นในทีมสุขภาพทำให้พยาบาลไม่สามารถให้บริการพยาบาลได้ครอบคลุมแบบองค์รวม จำเป็นต้องมุ่งการดูแลด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ เช่น การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้ทันเวลา การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด โดยกระตุ้นและกำกับให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมการบริหารร่างกายในเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงได้ การทำงานของระบบต่างๆ เช่น ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหารเข้าสู่สภาวะปกติ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบ ท้องอืด เป็นต้น การเข้ารับการผ่าตัดกระตุ้นให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติ แต่จะพบมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การผ่าตัดบางประเภทมีโอกาสเกิดความเสี่ยง เช่น การบาดเจ็บที่มีการเสียเลือดมากจะต้องทำการผ่าตัดทันที (วรวุฒิ เจริญศิริ, 2556) นอกจากนี้การผ่าตัดจะมีผลกระทบต่อหน้าที่และการทำงานตามปกติของร่างกาย เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การผ่าตัดจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Kumar, Dubey& Ranjan, 2019) เมื่อกิจกรรมทางการพยาบาลศัลยกรรมมีความหลากหลาย ต้องมีความรวดเร็วและทันเวลา ทำให้พยาบาลส่วนมากให้ความสำคัญกับการส่งงานต่อให้ทันเวลาจึงให้ความสนใจกับการดูแลทางด้านจิตใจลดลง ส่งผลทางอ้อมให้เกิดพฤติกรรมทางการพยาบาลด้านลบในสายตาของผู้ป่วย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมอย่างเอื้ออาทรที่เป็นคุณลักษณะทั้งภายนอกและภายในที่พยาบาลสามารถประเมินตนเองได้ว่ามีพฤติกรรมเหล่านี้มากน้อยเพียงใด จึงต้องการศึกษาพัฒนาเครื่องมือและวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล จากมุมมองของผู้ป่วยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล และ/หรือพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือและวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของตนเองและผู้ป่วย

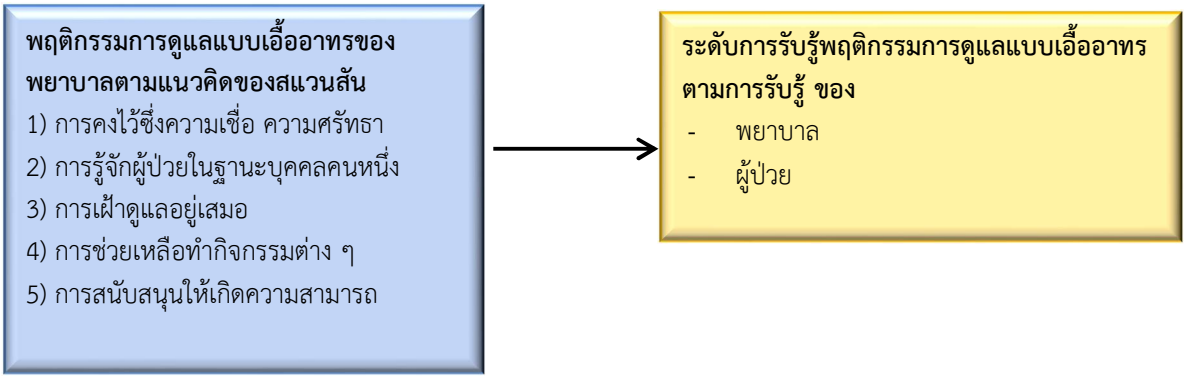
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของตนเองและผู้ป่วย

สมมติฐานของการวิจัย

พยาบาลมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของตนเองสูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1991) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ด้าน ดังนี้ 1) การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธา คือ การดูแลของพยาบาลจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านสถานการณ์ที่เผชิญอยู่และเผชิญหน้ากับสถานการณ์ในอนาคตได้ 2) การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง คือ การให้การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 3) การเฝ้าดูแลอยู่เสมอ คือ การที่พยาบาลให้เวลากับผู้ป่วย รับรู้อารมณ์ และแบ่งปันความรู้สึกไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ 4) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ คือ การที่พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้เกิดความสุขสบาย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และ 5) การสนับสนุนให้เกิดความสามารถ คือ การที่พยาบาลช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันอย่างเหมาะสม จากกิจกรรมการดูแลทั้ง 5 ด้าน ตามแนวคิดของสแวนสัน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อพัฒนาเครื่องมือและวัดพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล และเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล ด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลบางละมุง มีระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2562-31 สิงหาคม 2562

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1. ผู้ป่วยในศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลบางละมุง จ.ชลบุรี ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องด้านศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลบางละมุง จ.ชลบุรี ประกอบด้วย พยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 30 คน และ พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวน 27 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้

1. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลบางละมุง จ.ชลบุรี ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยและ/หรือได้รับการผ่าตัด ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2562- 31 สิงหาคม 2562 มีคุณสมบัติ คือ สามารถอ่านหรือเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ให้ความร่วมมือในการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 209 ราย

2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนจากกลุ่มประชากร จำนวน 57 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถามตามกรอบแนวคิด โดยแบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน สิทธิการรักษา สาเหตุที่นอนรักษา การรักษาเกี่ยวข้องกับสาขาใด การได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามของ กุสุมา ปิยะศิริภัณฑ์ (2545) เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และ อังคณา ธัญวัฒน์สวัสดิ์ (2553) เป็นการศึกษาพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ตามแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของ สแวนสัน ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือเพื่อให้มีความเหมาะสมกับงานด้านศัลยกรรม ของโรงพยาบาลบางละมุง จำนวน 70 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และภาษา จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ทุกข้อมีค่า Index of Item – Objective Congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.70 - 1.00 ปรับแก้ไขข้อคำถามรวมถึงรวบรวม ลดทอนรายข้อที่มีความใกล้เคียงกัน ทำให้มีจำนวนข้อคำถามที่นำไปใช้ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จำนวน 48 ข้อ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการรับรู้พฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ ด้านการรับรู้พฤติกรรมการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง จำนวน 10 ข้อ ด้านการรับรู้พฤติกรรมการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ จำนวน 11 ข้อ ด้านการรับรู้พฤติกรรมการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ จำนวน 10 ข้อ ด้านการรับรู้พฤติกรรมการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ จำนวน 9 ข้อ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยศัลยกรรม ของโรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.964

3. การสกัดองค์ประกอบในการวิจัยกับตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 48 ข้อ (5 องค์ประกอบ) ภายหลังการสกัดองค์ประกอบ ได้ 5 องค์ประกอบตรงตามทฤษฎีที่มีค่าไอเกน >1 เลือกข้อคำถามที่มีค่า Factor Loading ≥ 0.3 และพิจารณาค่า KMO (Kaiser–Meyer–Olkin) เท่ากับ 0.604 เป็นการรวมข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มเดียวกันทำให้เหลือข้อคำถามที่นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ จำนวน 3 ข้อ 5) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ จำนวน 2 ข้อ

4. จากคะแนนแบบสอบถามของโรงพยาบาลบางละมุง เมื่อจัดระดับของความเอื้ออาทรทางการพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยคำนวนจากคะแนนรวมจำนวน 25 ข้อ (แต่ละข้อมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุด เท่ากับ 3 คะแนน) คะแนนรวม เท่ากับ 0-75 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 63.88 (SD=9.87, พิสัย =49) คะแนนต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 26 คะแนนสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 75 คะแนน จำแนกเป็น 3 ระดับ ตามระยะห่างของค่าเฉลี่ยบวก/ลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± 1SD)

คะแนน	แปลความหมาย
ต่ำกว่า 60	การแสดงออกพฤติกรรมเอื้ออาทร อยู่ในระดับน้อย
60-70	การแสดงออกพฤติกรรมเอื้ออาทร อยู่ในระดับปานกลาง
สูงกว่า 70	การแสดงออกพฤติกรรมเอื้ออาทร อยู่ในระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ AF 09-10 CBO.REC NO.08.01 วันที่รับรอง 24 พฤษภาคม 2562 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ แนบเอกสารรายละเอียดแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกลำบากใจ คับข้องใจในการตอบแบบสอบถามสามารถปฏิเสธการทำแบบสอบถามหรือปฏิเสธได้ และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอผลสรุปเป็นภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลดิบไว้ในที่ปลอดภัย

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์กับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
3. แจกแบบสอบถามกับผู้ป่วยทุกรายตามคุณสมบัติที่กำหนดตามลำดับเมื่อแพทย์จำหน่าย
4. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลและรวบรวมตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน สิทธิการรักษา การเจ็บป่วยที่นอนรักษา การรักษาเกี่ยวข้องกับสาขาใด การได้รับการผ่าตัด รวมระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ใช้สถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของการรับรู้พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล โดยใช้ independent T-test ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มพยาบาล

3. จัดหมวดหมู่กลุ่มตัวแปรของข้อคำถาม โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis (CFA)) และหมุนแกนองค์ประกอบที่เป็นอิสระด้วยวิธีแวร์ริแมกซ์ (Varimax Orthogonal Rotation) และทดสอบความเหมาะสมของขนาด ตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยค่าสถิติไคเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO))

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 266 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยร้อยละ 78.6 (209 คน) และพยาบาล ร้อยละ 21.4 (57 คน) ในกลุ่มผู้ป่วยระดับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.54 (91 คน) รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.58 (66 คน) ด้านอาชีพ ร้อยละ 55.00 (115 คน) ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.60 (43 คน) สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 65.55 (137 คน) รองลงมา คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 25.36 (53 คน)

สาเหตุที่นอนรักษา เนื่องจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 36.36 (76 คน) รองลงมา คือ อุบัติเหตุจราจรร้อยละ 32.54 (68 คน) สาขาที่เกี่ยวข้อง คือเป็นผู้ป่วยด้านศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 67.51 (141 คน) และศัลยกรรมกระดูก ร้อยละ32.54 (68 คน) ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 50.72 (106 คน)

จำแนกอายุของผู้ป่วย พบว่า ช่วงอายุที่พบมากที่สุด ในกลุ่ม อายุ 10-20 ปี ร้อยละ 24.40 (51 คน) รองลงมาคือ อายุ 31-40 ปีร้อยละ 23.92 (50 คน) อายุเฉลี่ย 39 ปี *(SD=18.24)* พยาบาลอายุเฉลี่ย 35.33 ปี *(SD=10.22)* ช่วงอายุที่พบมาก คือ 21–30 ปี ร้อยละ 77.19 (44 คน)

ระยะวันนอนรักษาตัวน้อยกว่า 7 วัน ร้อยละ 74.16 (155 คน) รองลงมาคือ ระยะวันนอนรักษาตัว 7-14 วัน ร้อยละ 18.18 (38 คน) ระยะวันนอนเฉลี่ย 7.51 วัน *(SD=16.02)*

2. การทดสอบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลด้านศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลบางละมุง พบว่า ความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 *(F = 5.774, Sig .017)* ค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 *(t = -2.028, df = 120.14)* ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล ด้านศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลบางละมุง

คะแนนพฤติกรรม		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	*Sig.*	*t*	*df*	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
รวม	Equal variances assumed	5.774	.017	-1.696	264	0.091	-2.493	1.470	-5.388	0.402
	Equal variances not assumed			-2.028	120.14	0.045	-2.493	1.229	-4.927	-0.059

ตารางที่ 2 แสดงถึงค่าเฉลี่ยรายด้านของพฤติกรรมเอื้ออาทร พบว่า กลุ่มพยาบาลมีค่าเฉลี่ยรวม 65.84 *(SD=7.54)* ส่วนกลุ่มผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 63.35 *(SD=10.37)* ค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในรายด้านพบว่า องค์ประกอบที่ 1 และ 3 พบค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในรายองค์ประกอบ พบว่า ทุกองค์ประกอบ พยาบาลให้คะแนนการรับรู้ของตนเอง สูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนี้ ด้านการรับรู้พฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย กลุ่มพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 28.52 *(S.D=3.76)* กลุ่มผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 27.30 *(S.D=5.08)* เมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการรับรู้พฤติกรรมการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง กลุ่มพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 13.19 *(S.D=1.85)* กลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 12.91 *(S.D=2.33)* ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ด้านการรับรู้พฤติกรรมการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ กลุ่มพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 10.75 *(S.D=1.31)* กลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 10.15 *(S.D=1.94)* เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มพยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการรับรู้พฤติกรรมการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ กลุ่มพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 7.91 *(S.D=1.09)* กลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 7.65 *(S.D=1.57)* เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพบว่า ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ด้านการรับรู้พฤติกรรมการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ กลุ่มพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 5.46 *(S.D=0.73)* กลุ่มผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 5.33 *(S.D=1.00)* ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์คะแนนรายข้อ ในส่วนของคะแนนพฤติกรรมเอื้ออาทรที่มีผู้ตอบมากที่สุด เท่ากับ 194 *($\bar{x}$=2.70, S.D=0.54)* คือ พยาบาลดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ข้อที่พบผู้ตอบที่สุดเท่ากับ 131 *($\bar{x}$=2.29, S.D=0.84)* คือ พยาบาลเอื้อสิ่งแวดล้อมที่ให้ได้ปฏิบัติกิจทางศาสนา ตามความเชื่อ

เมื่อจัดระดับของความเอื้ออาทรทางการพยาบาลเป็นเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวนจากคะแนนรวมจำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 3 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 0-75 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 63.88 *(S.D=9.87, พิสัย =49)* คะแนนต่ำสุดกลุ่มเท่ากับ 26 คะแนนสูงสุดเท่ากับ75 คะแนน จำแนก 3 ระดับ ตามเกณฑ์ระยะห่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± 1SD) ดังนี้ 60-70 คะแนน หมายถึง แสดงออกระดับปานกลาง สูงกว่า 70 หมายถึง แสดงออกระดับมาก และ สูงกว่า 70 คะแนน หมายถึง แสดงออกระดับมาก

ตารางที่ 2 การทดสอบค่าเฉลี่ยจำแนกรายด้านของพฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลด้านศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลบางละมุง จำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่	ผู้ตอบ	N	Mean	S.D	F	*Sig*	*t*	*Sig*
รวม	ผู้ป่วย	209	63.35	10.37	5.77	0.02*	-2.03	0.05*
	พยาบาล	57	65.84	7.54				
1	ผู้ป่วย	209	27.30	5.08	6.28	0.01*	-2.01	0.05*
	พยาบาล	57	28.53	3.77				
2	ผู้ป่วย	209	12.91	2.33	1.98	0.16	-0.834	0.40
	พยาบาล	57	13.19	1.85				
3	ผู้ป่วย	209	10.15	1.94	8.46	0.004*	-2.74	0.007*
	พยาบาล	57	10.75	1.31				
4	ผู้ป่วย	209	7.65	1.57	11.52	0.001*	-1.48	0.14
	พยาบาล	57	7.91	1.09				
5	ผู้ป่วย	209	5.34	1.00	3.09	0.08	-1.02	0.31
	พยาบาล	57	5.46	0.73				

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจากจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ มี 5 องค์ประกอบ ที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 พบ 3 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ มีจำนวน 14 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ มีจำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย มีจำนวน 6 ข้อ พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่า factor loading ≥ 0.3 พบว่าองค์ประกอบที่ 4 มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ และ องค์ประกอบที่ 5 มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ซ้ำโดยไม่กำหนดจำนวนองค์ประกอบตามทฤษฎี พบว่าค่า Eigen value > 1 จำนวน 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1, 2 และ 3 ความแปรปรวนสะสมทั้ง 3 องค์ประกอบ เท่ากับ 55.18% ข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ≥ 0.3 จำนวน 25 ข้อ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจำแนกรายข้อในองค์ประกอบแต่ละด้าน

รายข้อคำถาม	Factor Loading	Mean	S.D	รหัสใหม่
องค์ประกอบที่ 1 การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ				
พยาบาลเฝ้าระวังและป้องกัน การเกิดปัญหา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลา	0.79	2.64	0.56	Blm1
พยาบาลสอนผู้ป่วยถึงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยทุกรายและครบถ้วนทุกปัญหาสุขภาพ	0.78	2.58	0.58	Blm2
พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย และสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ปลอดภัย	0.73	2.62	0.58	Blm3
พยาบาลสนใจ เอาใจใส่ และเต็มใจให้ความช่วยเหลือสม่ำเสมอ	0.66	2.65	0.57	Blm4
พยาบาลอธิบายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยซ้ำ เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจ	0.66	2.56	0.57	Blm5
พยาบาลให้ความรู้กับผู้ป่วยด้วยข้อความที่เข้าใจได้ง่าย	0.65	2.56	0.61	Blm6
พยาบาลไม่ละทิ้งผู้ป่วย คอยสอบถามเป็นระยะ ช่วยลดความวิตกกังวล	0.64	2.56	0.61	Blm7
พยาบาลใช้ความรู้และความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย	0.63	2.65	0.56	Blm8
พยาบาลพูดปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาสุขภาพ	0.61	2.55	0.61	Blm9
พยาบาลทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการพิทักษ์สิทธิต่างๆ ในการปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ถูกล่วงล้ำในสิทธิความเป็นมนุษย์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล	0.66	2.66	0.55	Blm10
พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่าง ไม่รังเกียจ	0.59	2.67	0.56	Blm11
พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	0.54	2.53	0.62	Blm12
พยาบาลทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว	0.49	2.59	0.57	Blm13
พยาบาลดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน	0.48	2.70	0.54	Blm14
องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ				
พยาบาลสนใจรับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	0.76	2.56	0.61	Blm15
พยาบาลมีความตรงต่อเวลาและรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย	0.72	2.65	0.53	Blm16
พยาบาลเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือ	0.64	2.53	0.63	Blm17
พยาบาลให้การพยาบาลโดยค้นหาสาเหตุของปัญหาอย่างครอบคลุม	0.63	2.53	0.63	Blm18
พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตามความเชื่อทางศาสนาโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา	0.81	2.46	0.80	Blm20
พยาบาลให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	0.79	2.32	0.86	Blm21
พยาบาลเอื้อสิ่งแวดล้อมที่ให้ได้ปฏิบัติกิจทางศาสนา ตามความเชื่อ	0.74	2.29	0.84	Blm22
พยาบาลเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน	0.67	2.42	0.79	Blm23

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือและวัดพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล ตามการรับรู้ของตนเองและผู้ป่วย พบว่า จากแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1991) มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบสอบถาม จำนวน 25 ข้อ ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็น

ขั้นตอนในการตรวจสอบยืนยันความสอดคล้องผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์และทำการวิเคราะห์หาค่าน้ำหนักความสำคัญของปัจจัย (มณเฑียร รัตนศิริวงศ์วุฒิ, ศจีมาจ ณ วิเชียร และ มนต์ชัย เทียนทอง, 2553) โดยไม่กำหนดจำนวนองค์ประกอบตามทฤษฎีของสแวนสัน สำหรับงานศัลยกรรม โรงพยาบาลบางละมุง พบว่า แบบสอบถาม 25 ข้อ มีค่าไอเกน >0.3 แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ มีจำนวน 14 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ มีจำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย มีจำนวน 6 ข้อ โดยแบบสอบถามสามารถวัดความแปรปรวนสะสมทั้ง 3 องค์ประกอบ เท่ากับ 55.18% Swanson ได้อธิบายว่า “กิจกรรมการดูแลเอื้ออาทรทั้ง 5 ด้านนั้นจะผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้ การพยาบาลที่สมบูรณ์นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและความผาสุกของผู้ป่วยอย่างแท้จริงนั้น พยาบาลต้องสื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าได้รับการดูแลเอื้ออาทร ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีการจัดกลุ่มได้ใกล้เคียงกับจากการพัฒนาเครื่องมือของ ชุติมา สืบวงศ์ลี (2553) จำนวน 24 ข้อ 6 องค์ประกอบ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ 3) ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ 4) การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ 5) การใส่ใจอย่างแท้จริง และ 6) การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยส่วน

2. **เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของตนเองและผู้ป่วย** จากค่าเฉลี่ยรวมของพฤติกรรมเอื้ออาทร พบว่า กลุ่มพยาบาล งานศัลยกรรม โรงพยาบาลบางละมุง มีค่าเฉลี่ยรวม 65.84 *(SD=7.54)* ส่วนกลุ่มผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 63.35 *(SD= 10.37)* เมื่อพิจารณาแยกในรายองค์ประกอบ พบว่า ทุกองค์ประกอบ พยาบาลให้คะแนนการรับรู้ของตนเอง สูงกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย ดังนี้ ด้านการรับรู้พฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย (คะแนนเฉลี่ย 28.53/27.30) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (คะแนนเฉลี่ย 13.19/12.91) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (คะแนนเฉลี่ย 10.75/10.15) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ (คะแนนเฉลี่ย 7.91/7.65) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (คะแนนเฉลี่ย 5.46/5.34) พยาบาลมีค่าเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมเอื้ออาทรมากกว่าการรับรู้ของผู้ป่วย เนื่องจากลักษณะของพฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาล บางส่วนของพฤติกรรมมีลักษณะที่เป็นการแสดงออกตามมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล ส่งผลให้มีแนวโน้มที่มีค่าคะแนนสูง พยาบาลจึงมีค่าคะแนนการประเมินตนเองสูง การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการสอนแบบเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (สวพย.มทส.) นักศึกษาพยาบาลสวพย. มทส. และพยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ความเข้าใจในการตระหนักรู้จะช่วยเกื้อหนุนให้อาจารย์ สวพย. มทส. นำมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลง และพัฒนาสร้างสรรค์การเรียนการสอนทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่มีคุณภาพและคุณค่าต่อสุขภาพของบุคคลและประชากรอย่างยั่งยืน (วัลลภา บุญรอด, 2563)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาตามทฤษฎีของสแวนสัน เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสามารถจัดกลุ่มข้อคำถามเหลือ 25 ข้อ สามารถนำไปใช้ต่อได้เนื่องจากมีจำนวนข้อที่มีความกระชับ ผู้ตอบคำถามไม่รู้สึกเป็นการรบกวนเวลามากเกินไป

2. ในส่วนของผลศึกษาที่พบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ทำให้ทราบถึงมุมมองที่แตกต่างกันอาจเป็นช่องว่างที่ทำให้เกิดความแตกต่างที่อาจนำไปสู่การเกิดข้อร้องเรียน

3. ในส่วนของหัวหน้างาน สามารถนำผลที่ได้จากแต่ละมุมมองนำไปสู่แผนการพัฒนาเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลของหน่วยงาน

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป โดยการนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบกับสายงานด้านอื่นๆ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะของงานด้านศัลยกรรมเพียงด้านเดียว

เอกสารอ้างอิง

กุสุมา ปิยะศิริภัณฑ์. (2545). *พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

นิตยา จันทบุตร, อมรรัตน์ ถิ่นขาม, ปฑิตตา สิมานุรักษ์ และอรัญญิการ์ สระบงกช. (2559). *การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1“สร้างเสริมสหวิทยาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC”. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.

บุญหนัก ศรีเกษม. (2551). *ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลต่อจำนวนวันนอนของผู้ป่วยศัลยกรรมและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

มณเฑียร รัตนศิริวงศ์วุฒิ, ศจีมาจ ณ วิเชียร และ มนต์ชัย เทียนทอง. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะนักเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันลำดับที่สอง. *วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศ*, *6*(12), 1-7.

วรวุฒิ เจริญศิริ, ใน ปรัศนียาภรณ์ ฤกษดายุทธ์. (2556). *พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วัลลภา บุญรอด. (2563). *รายงานการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือประเมินและการศึกษาพฤติกรรมการสอนแบบเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี*. สาขาวิชาการจัดการทางการพยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์. นครราชสีมา: ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีปีงบประมาณ 2558.

ชุติมา สืบวงศ์ลี. (2553). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

อังคณา ธัญวัฒน์สวัสด์. (2553). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคตะวันออกประเทศไทย.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา).

อัญชุลี ไชยวงศ์น้อย. (2557). *ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแวนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา).

Kumar, A., Dubey, P. K., & Ranjan, A. (2019). Assessment of Anxiety in Surgical Patients: An Observational Study. *Anesthesia, essays and researches*, *13*(3), 503–508.

Swanson, K. M. (1991). "Empirical development of a middle range theory of caring." *Nursing Research*, *40*(3), 161-166.

การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่

Development of the Information System Program for Data Management among Patients with Cerebrovascular Diseases Hod Hospital, Chiang Mai Province

วรนิษฐา ธรรมขัน[1*], วราภรณ์ บุญเชียง[1], อักษรา ทองประชุม[1], เอกรัฐ บุญเชียง[1]
Woranistha Thammakhun[1*], Waraporn Boonchieng[1],
Aksara Thongprachum[1], Ekkarat Boonchieng[1]
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[1]
Faculty of Public Health, Chiang Mai University[1]

(Received: May 29, 2021; Revised: 15 June, 2021; Accepted: 5 July, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล โดยใช้การพัฒนาในรูปแบบ System Development Life Cycle (SDLC) ผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และระยะดำเนินการ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 คน ระยะประเมินผล มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบสอบถามประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้โปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า มีการกำหนดแนวทางและระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยจะติดตามผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค และมีการแบ่งขอบเขตการรับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้พบปัญหาของ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างหน่วยบริการ โดยผลการรวบรวมข้อมูลทาง Application Line หรือ Messenger ไม่ครบ ไม่ชัดเจน ขาดการบันทึกข้อมูลที่สำคัญในการรักษา ผลการศึกษาในระยะดำเนินการ พบว่า โปรแกรมฯที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) การเข้าใช้งานระบบ 2) การแสดงข้อมูลผู้ป่วย 3) ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) ระบบรายงาน และผลการศึกษาในระยะประเมินผล จากการประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้โปรแกรมฯ พบว่า โปรแกรมใช้งานง่ายและสะดวก และยังช่วยลดระยะเวลาในการส่งต่อข้อมูลโดยการเชื่อมฐานข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้องครบถ้วน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง, โปรแกรมระบบสารสนเทศ, การจัดการข้อมูล, ความเป็นไปได้, ความพึงพอใจ

*ผู้ให้การติดต่อ วรนิษฐา ธรรมขัน e-mail: woranistha_t@cmu.ac.th

ABSTRACT

The objectives of this research and development were to develop and to evaluate the effectiveness of the information system program for data management of patients with cerebrovascular diseases. There were three phases in the research procedure: the situation analysis phase, the operational phase, and the evaluation phase. These phases were evaluated using the System Development Life Cycle (SDLC). Participants were recruited by purposive sampling. Five participants were recruited for the situation analysis and the operational phases. Six participants were recruited for the evaluation phase. The research instruments were a structured interview and questionnaires about the efficiency and effectiveness of the program. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results from the situation analysis phase established that follow up contact guidelines regarding when to initiate and when to terminate post discharge contact with cerebrovascular patients were established. The follow up process was based on patient symptom severity. Patient care management was negatively affected by problems in sharing patient information due to incomplete, unclear, or missing important data via application line, messenger, or Facebook. This research showed that there were four steps in using the Information System Program: 1) accessing to the system, 2) displaying patient information, 3) receiving home care information, and 4) reporting the outcomes. The results from the evaluation phase indicated that the program was user friendly highly accessible and useful because it reduces the time to transfer information by linking the patient database to provide accurate and complete patient information.

Keyword: Cerebrovascular Disease, Information System Program, Data Management, Feasibility, Satisfaction

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง สมองบางส่วนทำงานผิดปกติ สมองที่ผิดปกติอยู่ในตำแหน่งที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนหรือขา จะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงครึ่งซีกที่เรียกว่า อัมพฤกษ์หรืออัมพาต (ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร, 2558) จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556 - 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย และเพิ่มเป็น 304,807 ราย ในปี 2560 โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากรายงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย (กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ และมี

การส่งต่อข้อมูลที่ดีในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้การกลับเป็นซ้ำของโรคและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลง

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระดับโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกโดยกำหนดตัวชี้วัดการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้โรงพยาบาลเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเก่าที่กลับมารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดอย่างใดอย่างหนึ่ง จากการทบทวนรายงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า กระทรวงสาธารณสุขทำการเก็บรวบรวมและการรายงานข้อมูลดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลและยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากการขาดการให้ความสำคัญกับโรคนี้ ต่อมาในปี พ.ศ.2561 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อลดการตาย พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการกลับมาเป็นซ้ำ โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการรักษาทางด้านโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร และได้รับมาตรฐานครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนสามารถรับบริการจากโรงพยาบาลเครือข่ายทุกระดับ และประชาชนได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตให้ปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดสมอง (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ สาขาโรคไม่ติดต่อ, 2562)

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการประสานการบริการระหว่างหน่วยบริการต่างๆ โดยเฉพาะการประสานการดูแลที่เป็นลักษณะสามารถประสาน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายบริการ โดยควรมีการการจัดเก็บข้อมูลที่มารถเชื่อมโยงกันได้ แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ใช้ระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย คือ โปรแกรม ฮอสเอกซ์พี (HOSxP) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้สำหรับสถานพยาบาล สถานีอนามัยและโรงพยาบาล เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยและช่วยบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการผู้ป่วย เป็นโปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงโครงสร้างพื้นฐานด้านเครือข่ายทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและสถานีอนามัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยและสังคมไทย (Bangkok Medical Software, 2561) ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้โปรแกรม Java Health Center Information System (JHCIS) เป็นโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานปฐมภูมิ เพื่อบันทึกข้อมูลระบบงาน ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลการให้บริการ ระบบรายงาน รวมไปถึงระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ และสามารถส่งออกข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยทั้งโปรแกรม HOSxP และ JHCIS ไม่มีส่วนเชื่อมโยงหรือนำข้อมูลผู้ป่วยมาจัดเก็บรวมกันเพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งก่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไม่ต่อเนื่อง และไม่สามารถนำข้อมูลผู้ป่วยมาวางแผนหรือบริหารการจัดการรักษาผู้ป่วยได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่โรงพยาบาลชุมชน ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 มีจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 74, 90 และ 106 ราย ตามลำดับ หากแต่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทะเบียนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลฮอด พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่หลังพ้นระยะเฉียบพลัน ยังไม่สามารถได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมเยี่ยมบ้านจำนวน 21, 26 และ 63 ราย ตามลำดับ ซึ่งถือว่าน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มารับบริการทั้งหมด ในการดำเนินการพบปัญหา การ

ส่งต่อผู้ป่วยเข้าศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล ในพื้นที่เขตรับผิดชอบโดยใช้แบบฟอร์มบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นกระดาษและใช้ช่องทางการรวบรวมข้อมูลทาง Application Line หรือ Messenger Facebook ซึ่งการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบางรายมีข้อมูลไม่ครบ เขียนไม่ชัด ขาดการบันทึกข้อมูลที่สำคัญในการรักษา ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ต่อเนื่อง จากการไม่มีการเก็บข้อมูลเข้าในระบบฐานข้อมูลรวม ซึ่งไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพและขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลงและได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต่อเนื่อง

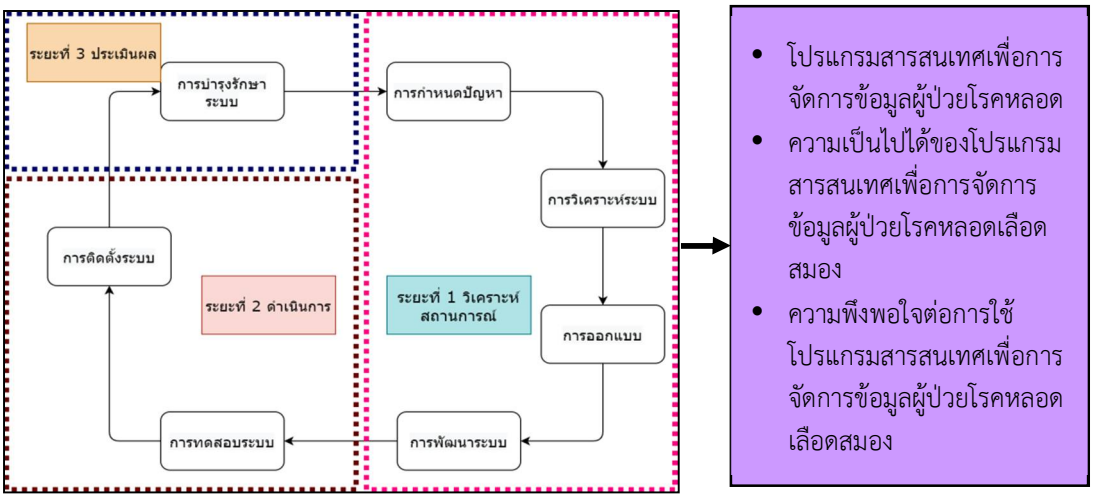
ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นโปรแกรมตัวกลางที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วย และพัฒนาเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถให้การดูแลรักษา การส่งเสริมฟื้นฟูฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสามารถแสดงข้อมูลเฉพาะโรคจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติการรักษาผลการวินิจฉัยโรค และข้อมูลอื่น ๆของผู้ป่วย รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพอื่น ๆโดยจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้สามารถสื่อสารกันได้โดยไม่ต้องปรับเปลี่ยนระบบสารสนเทศที่มีอยู่เดิมหรือลงทุนพัฒนาระบบสารสนเทศใหม่ เป็นการพัฒนาระบบการบริการด้านสาธารณสุขให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนานี้ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย การกำหนดปัญหา (Problem Definition) การวิเคราะห์ระบบ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนาระบบ (Development) ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย การทดสอบระบบ (Testing) การติดตั้งระบบ (Implementation) และ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประกอบด้วย การบำรุงรักษาระบบ (Maintenance) และการประเมินผล ผลจากการพัฒนาโปรแกรมฯ จะทำให้สามารถวางแผนการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2562 โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา (Problem Definition) การวิเคราะห์ระบบ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนาระบบ (Development) โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 5 คน ได้แก่ พยาบาล 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน เภสัชกร 1 คน และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฟ่อน 1 คน ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) เป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและความต้องการ การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสอบถามผู้ปฏิบัติงาน โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานทีมสุขภาพ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย เป็นระยะที่ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการสร้างชุดคำสั่งหรือเขียนโปรแกรมเพื่อการสร้างระบบงาน ตามรูปแบบ เทคนิค และนำโปรแกรมฯที่พัฒนาขึ้น ทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลดอยเต่าและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแอ่น ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาข้อบกพร่องของโปรแกรมและนำไปปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำโปรแกรมฯไปทดลองผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลฮอดและ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฟ่อน และจัดทำเครื่องมือประเมินผลความเป็นไปได้ของผู้ใช้งานโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 5 คน ได้แก่ พยาบาล 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน เภสัชกร 1 คน และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฟ่อน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นจากระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งแบ่งการดูแลผู้ป่วยเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดูแลของในโรงพยาบาล ประกอบไปด้วย ข้อมูลการส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ รายงาน และส่วนที่ 2 การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของหน้าจอหลัก และรายงาน และแบบบันทึกและรายงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการขึ้นทะเบียนการรับ – ส่ง จากหอผู้ป่วยในถึงศูนย์ดูแลต่อเนื่อง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2562 ทั้งหมด

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นระยะประเมินผลความเป็นไปได้ของผู้ใช้งานโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้จริงเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยได้ประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจรูปแบบของโปรแกรมฯ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 6 คน ได้แก่ พยาบาล 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน เภสัชกร 1 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฟ่อน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จำนวน 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 การรักษาผู้ป่วย ส่วนที่ 3 การส่งต่อข้อมูล และส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยลักษณะคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด แบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ และเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว คือ ระดับความเหมาะสมมาก (3 คะแนน) ระดับความเหมาะสมปานกลาง (2 คะแนน) และระดับความเหมาะสมน้อย (1 คะแนน)

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อโดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้งาน ด้านประสิทธิภาพการทำงาน ลักษณะคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด แบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ และเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว คือ ระดับความเหมาะสมมาก ระดับความเหมาะสมปานกลาง และระดับความเหมาะสมน้อย และการกำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนช่วง 1.00 – 1.66 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย

คะแนนช่วง 1.67 – 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 2.34 – 3.00 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

โปรแกรมสารสนเทศการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการสาธารณสุขชุมชน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านคอมพิวเตอร์ พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (The Index of Item Objective. Congruence (IOC)) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.94

การตรวจหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลดอยเต่าและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแอ่น ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อศึกษาข้อบกพร่องของโปรแกรมและนำไปปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจหาความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.88 โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปโปรแกรม SPSS โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประเมินความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์สถิติโดย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยชียงใหม่ เลขที่ อว.8393(21)/-1/ว100 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมกาวิจัยมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลฮอด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการติดตามและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 35 ± *(SD= 5.57)* มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 83.3 รองลงมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 16.7 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในสายงานพยาบาล ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือเภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 16.7 และมีประสบการณ์ระยะเวลาที่ทำงานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ย 10 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	4	66.7
ชาย	2	33.3
อายุ (ปี) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	35 ± 5.57	
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	5	100
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลชุมชน	5	83.3
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1	16.7
สายงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	2	33.3
เภสัชกร	1	16.7
นักกายภาพบำบัด	1	16.7
นักกิจกรรมบำบัด	1	16.7
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	1	16.7
ประสบการณ์ระยะเวลาที่ทำงานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ปี)		
$\bar{x}$ = 10 S.D = 1.03 Range = 3 - 26		

ส่วนที่ 2 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการข้อมูลผู้ป่วย ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างโรงพยาบาลฮอดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.1 การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย ในการจัดเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วย มีการจัดเก็บที่แยกกันโดยแต่ละสหวิชาชีพ จะแยกเก็บตามการดูแลของแต่ละวิชาชีพ โดยจัดเก็บทางแฟ้มเก็บข้อมูลผู้ป่วย สมุดบันทึก โปรแกรม Microsoft Excel โปรแกรม HOSxP และโปรแกรม JHCIS

1.2 การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย จะทำการแจ้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ระบุตัวเต็มก่อน (COC) เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบ และทำการแจ้งผ่านศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อประเมินผู้ป่วยเบื้อต้น ณ หอนอนผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล) โดยทำการบันทึกแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.3 การนำข้อมูลมาใช้งาน ในการนำข้อมูลมาใช้ สามารถใช้ข้อมูลที่ถูกบันทึกไว้ในโปรแกรม COC , แบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC), และ Application Line และ Facebook ที่ใช้ในการส่งต่อ ติดตาม และสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลที่บันทึกไว้ในโปรแกรม JHCIS มาใช้งาน

1.4 การติดตามผลการดูแลผู้ป่วย ในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีการกำหนดระยะเวลาในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีการแบ่งขอบเขตการรับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการติดตามจะติดตามผู้ป่วยตามความรุนแรงของผู้ป่วย

2. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

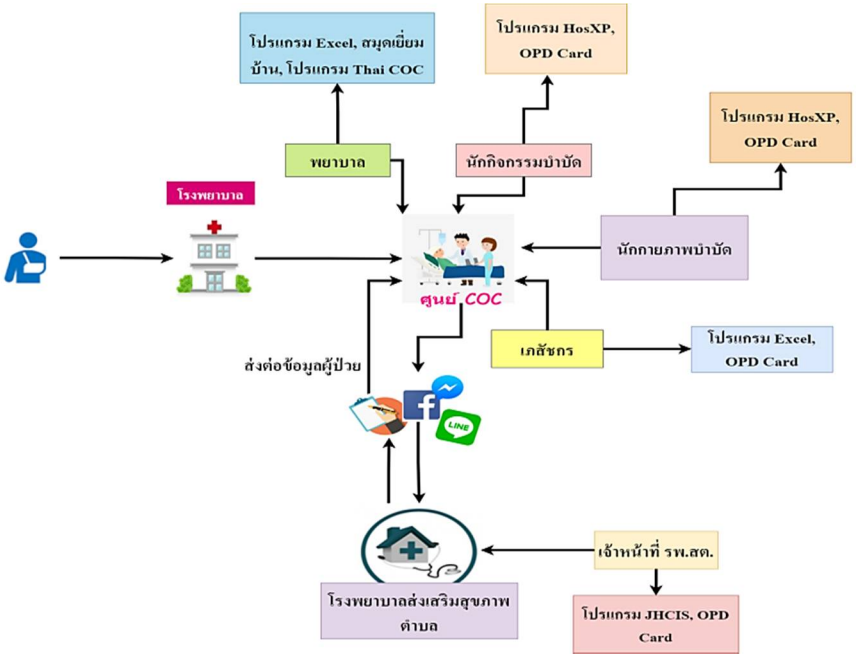
2.1 การจัดเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เนื่องด้วยไม่มีการจัดเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เฉพาะเจาะจง และข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกระจัดกระจาย ทั้งเก็บแบบเป็นแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยและการเก็บไว้ในโปรแกรมต่างๆ ทำให้การวางแผนการดูแล และการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถป้องกันการเกิดซ้ำของโรค เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยง

2.2 การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เมื่อมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทางศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จะแจ้งไปทางสื่อสังคมออนไลน์ ให้ยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบทราบ จึงทำให้เกิดข้อผิดพลาดในด้านสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นไม่ละเอียด ครบถ้วนและเกิดการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

2.3 การนำข้อมูลมาใช้งาน จากการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยจัดเก็บแยกกันของแต่ละวิชาชีพ และการมีการจัดเก็บหลากหลายรูปแบบ ทั้งเอกสาร และรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ การนำข้อมูลมาใช้จึงมีความลำบาก ต้องตามข้อมูลจากทุกวิชาชีพเมื่อต้องใช้ข้อมูลในการทำสถิติหรือต้องส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่น และจะต้องใช้เวลาในการประชุมก่อนลงเยี่ยมผู้ป่วย โดยใช้เวลานานในการวางแผนก่อนการลงเยี่ยมผู้ป่วย

2.4 การติดตามผลการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ที่จัดตั้งเป็นกลุ่มเพื่อพูดคุยและสอบถามอาการในแต่ละราย แต่ไม่ได้ข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน และแพทย์มักไม่ทราบข้อมูลส่วนที่ไปเยี่ยมบ้านเลย สิ่งที่ต้องการในการติดตามผล ทีมโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้โปรแกรมเดียวกันในการบันทึก/ส่งต่อ รวมถึงพยาบาล Ward ในการติดตามผลการดูแลและแพทย์ผู้รักษาสามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งในปัจจุบันติดตามผลการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างยาก

2.5 แนวทางการปฏิบัติงาน ยังมีข้อควรปรับปรุงในการเยี่ยมบ้าน เช่น ความถี่ในการออกเยี่ยมบ้านของทีม ซึ่งไม่เป็นตามแผนที่วางไว้ มักพบปัญหายานพาหนะรับ - ส่ง ไม่เพียงพอ ไม่สามารถไปเยี่ยมในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกลๆได้ ทำให้ขาดสหวิชาชีพอื่นๆ ไปประเมินผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ยังไม่มีตัวชี้วัดหรือแนวทางที่ชัดเจนในการเยี่ยมบ้านที่จะได้รับข้อมูลที่ให้มากที่สุด และนำมาวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องได้ และยังไม่มีการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรในศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มีจำนวนจำกัด ทำให้ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ที่พยาบาลหลักเพียงคนเดียวเป็นผู้จัดการผู้ป่วยทุกกลุ่ม



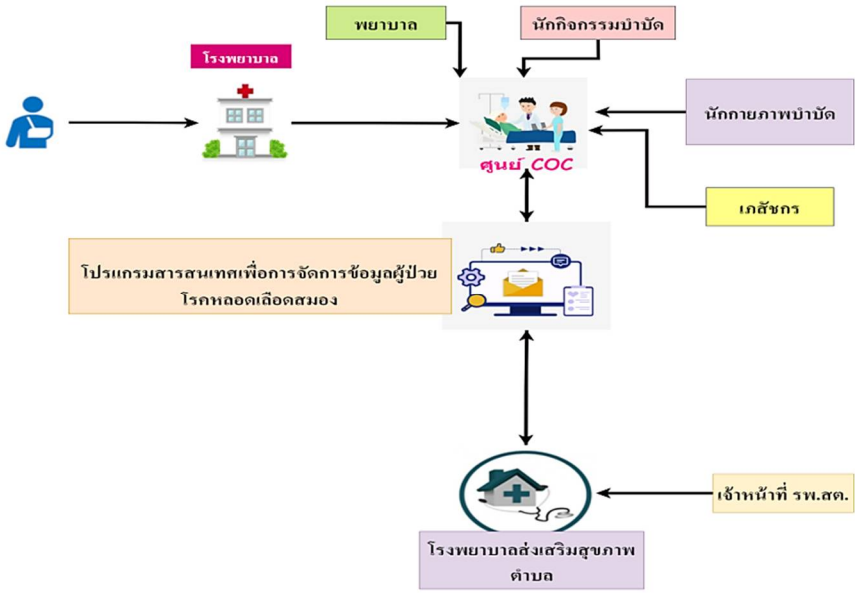
ภาพที่ 2 การปฏิบัติงานและการเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนการพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

จากการวิเคราะห์ความต้องการของบุคลากรและผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด SDLC ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดปัญหา (Problem Definition) 2) การวิเคราะห์ระบบ (Analysis) 3) การออกแบบ (Design) 4) การพัฒนาระบบ (Development) 5) การทดสอบระบบ (Testing) 6) การติดตั้งระบบ (Implementation) 7) การบำรุงรักษาระบบ (Maintenance) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การเข้าใช้ระบบ (Log in) โดยกำหนดชื่อผู้เข้าใช้งานและรหัสผ่านให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยชื่อผู้เข้าใช้งานผู้วิจัยกำหนดเป็นตัวอักษรภาษาอังกฤษ ส่วนรหัสผ่านผู้วิจัยกำหนดให้เป็นตัวเลข 6 ตัว ส่วนที่ 2 หน้าหลัก ซึ่งจะแสดง เลขประจำตัวประชาชน HN ชื่อผู้ป่วย วันที่ส่งต่อผู้ป่วย สถานบริการที่ส่งต่อ ระดับความรุนแรง สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วย วันที่รับการส่งต่อผู้ป่วย เมนูการจัดการข้อมูล และยังมีเมนูการค้นหารายชื่อผู้ป่วยจาก เลขประจำตัวประชาชน และเมนูเพิ่มผู้ป่วยในการส่งต่อ โดยข้อมูลผู้ป่วยที่จะส่งต่อจะถูกเชื่อมต่อกับโปรแกรม HOSxP แล้วนำมาแสดงบนโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลผู้ป่วยการวินิจฉัยโรค ยาที่ได้รับกลับบ้าน และยังมีบางส่วนที่ต้องกรอกเอง ประกอบไปด้วย ข้อมูลผู้ดูแล

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่ เบอร์โทร (ผู้ดูแล) ข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง แผนการดูแล ส่งต่อการดูแล และแบบประเมิน ADL ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบไปด้วย รายชื่อผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ ข้อมูลการติดตามดูแล ข้อมูลยา ข้อมูลกิจกรรมบำบัด และข้อมูลกายภาพบำบัด โดยสามารถเพิ่มรูปภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ และส่วนที่ 4 ระบบรายงาน เป็นแผนภูมิรูปภาพแสดงอัตราการตอบกลับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และตารางแสดงรายการรายงาน

จากผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า ผู้วิจัยได้ทำการออกแบบแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยได้ทำการทดลองกับโรงพยาบาลดอยเต่า อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนบ้านแอ่น อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โดยพบปัญหา ในส่วนของการแสดงข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงาน และการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อแสดงข้อมูลผู้ป่วยได้ไม่ครบถ้วน ดำเนินการแก้ไขโดยการเพิ่มเติมในการแสดงข้อมูลผู้ป่วยในการรักษาทุกสาขาวิชาชีพ และการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วนทั้งนี้ได้ทำการทดสอบโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 1 เดือนก่อนการนำไปทดลองใช้จริงระหว่างโรงพยาบาลฮอด อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่และโรงพยาบาลนาฟ่อน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นระยะเวลา 3 เดือน จากการศึกษาปัญหาการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองข้อมูลการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทำการทดสอบโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้จำลองแนวทางในการปฏิบัติงานและแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ดังภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพที่ 3 การเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การประเมินผลการศึกษาความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรมฯที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน ได้ตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลการประเมินในภาพรวมด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า มีความเหมาะสมในการใช้งานอยู่ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยรวม 2.67± *(SD = 0.39)* ด้านการส่งต่อข้อมูล มีความเหมาะสมในการใช้อยู่ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยรวม 2.83± *(SD = 0.35)* และด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีความเหมาะสมอในการใช้งานอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 ±*(SD = 0.87)* ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D)	ระดับความเป็นไปได้
ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	2.67	0.39	มาก
ด้านการส่งต่อข้อมูล	2.83	0.35	มาก
ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	2.66	0.62	มาก
รวม	2.72	0.87	มาก

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการประเมินความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 คน พบว่า ผู้ใช้โปรแกรมฯ มีความพึงพอใจด้านการใช้งาน โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก มีคะแนนเฉลี่ยรวม เท่ากับ 2.79± *(SD= 0.39)* และด้านประสิทธิภาพการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก โดยมีคะแนนมีคะแนนเฉลี่ยรวม เท่ากับ 2.71± *(SD= 0.42)* ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ด้านการใช้งาน) (n = 6)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D)	ระดับความเหมาะสม
ด้านการใช้งาน	2.79	0.39	มาก
ด้านประสิทธิภาพการทำงาน	2.71	0.42	มาก
รวม	2.75	0.41	มาก

อภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิจัยครั้งนี้ได้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับการใช้แนวคิด SDLC ทำให้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถทำหน้าที่สืบค้นข้อมูล รับและส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมุ่งเน้นที่จะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งข้อมูลสารสนเทศและข้อมูลทางการแพทย์ในโปรแกรมฯ พบว่า โรงพยาบาลทางสามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ และกระบวนการส่งต่อในระบบส่งต่อผ่านเว็บแอพพลิเคชั่นทางระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไปยังโรงพยาบาลปลายทางได้เช่นกัน และยังทำให้ประหยัดเวลา มีความรวดเร็วและแม่นยำในการเตรียมความพร้อมส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน ในการจัดเก็บและช่วยในการรักษาความปลอดภัยในที่สำคัญ เช่น ข้อมูลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย รวมถึงการเชื่อมต่อและการใช้งานภายในเครือข่ายโรงพยาบาลและสถานพยาบาลและขยายผลการใช้งานในการปฏิบัติงานด้านอื่นๆ และยังสามารถเข้าถึงข้อมูลทางการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลที่สามารถนำมาใช้เป็นการดูแลต่อเนื่องแล้วยังต้องคำนึงถึงการรักษาความปลอดภัยในเรื่องของการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยด้วย เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว และการแลกเปลี่ยนข้อมูลในทีมผู้รักษาด้านสาธารณสุขนั้นและยังทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูหงส์ มหรรทัศนพงศ์ (2561) โดยศึกษาเรื่อง ความสำเร็จโดยการเพิ่มขึ้นของอัตราการตอบกลับเยี่ยมบ้านจากการใช้โปรแกรมสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จากการศึกษาพบว่า สิ่งสำคัญที่สุดในการส่งต่อ และจัดการข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเวลาอันสั้นซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบกลับเยี่ยมบ้านและสามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

2. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลที่พัฒนาขึ้นพบว่า การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีรินทร์ เกตุวิชิต และสุรศักดิ์ มังสิงห์ (2558) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาตัวแบบระบบการจัดการสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรมไทยรีเฟอร์ ซึ่งพบว่า ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการที่พัฒนาขึ้นสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้เกิดความรวดเร็วและแม่นยำในส่งข้อมูลสารสนเทศทั้งโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ (Refer In/Out) และโรงพยาบาลที่รับข้อมูลนั้นสามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ตลอดจนยาที่ต้องใช้การดูแลรักษา และลดระยะเวลาในการดูแลเนื่องจากทราบข้อมูลล่วงหน้าส่งผลทำให้ระยะเวลาในการดูแลรักษาลดลง ตลอดจนมีเตรียมความพร้อมส่งต่อและรับผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษา

3.ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผล พบว่า ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจมาก เนื่องจากโปรแกรมฯช่วยลดระยะเวลาในการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลการส่งตรงมีความครบถ้วน ถูกต้อง และยังสามารถติดตามการดูแลรวมถึงสถานะประเภทของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีประโยชน์มากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ลดอัตราการเกิดซ้ำของโรค ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และติดตามการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาคลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดแบบบูรณาการจังหวัดบุรีรัมย์ของระวิวรรณ เติมศิริกุลและคนอื่นๆ (2558) พบว่า ผู้ใช้ข้อมูลมีความพึงพอใจต่อระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น เพราะสามารถบูรณาการข้อมูลทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเป็นสารสนเทศที่เชื่อถือได้ เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้ทุกระดับทั้งผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการจัดทำรายงาน สามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูล ติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานบริการ ทั้งภายในอำเภอ ระหว่างอำเภอ ภายในจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข สามารถบ่งบอกสภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการประชาชนได้ และในการจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่ดีส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีประสิทธิภาพที่ดีและนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ควรมีการจัดทำมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยรายโรคให้เป็นแนวทางเดียวกัน และในการส่งต่อควรมีการประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อให้การใช้มีประโยชน์มากยิ่งขึ้นควรมีการจัดทำคู่มือการใช้งานและจัดอบรมผู้ใช้งานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เป็นระบบปฏิบัติการรูปแบบแอปพลิเคชัน เพื่อความสะดวกรวดเร็ว และง่ายต่อการใช้งาน
2. พัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาโปรแกรมเพื่อให้สามารถเป็นศูนย์กลาง ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีการปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

Bangkok Medical Software. (2561). *BMS - HOSxP*. สืบค้น 5 กันยายน 2564, จาก http://hosxp.net/joomla25.

กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). วันที่สืบค้นข้อมูล 1 มิถุนายน 2563, เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/index.php.

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญสาขาโรคไม่ติดต่อ. (2562). *แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ชูหงส์ มหรรทัศนพงศ์ (2561).ความสำเร็จโดยการเพิ่มขึ้นของอัตราการตอบกลับเยี่ยมบ้านจากการใช้โปรแกรมสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. *1*(1), 355-362.

ธีรินทร์ เกตุวิชิต และสุรศักดิ์ มังสิงห์. (2558). การพัฒนาตัวแบบระบบการจัดการ-สารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยด้วยโปรแกรมไทยรีเฟอร์. *วารสารสมาคมเวช-สารสนเทศไทย*, *1*(1), 51-58.

ระวิวรรณ เติมศิริกุล, ประเสริฐ เก็มประโคน, อนันต์ กนกศิลป์ และกิตติ โล่สุวรรณรักษ์. (2558). การพัฒนาคลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดแบบบูรณาการ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *24* (3), 530 - 541.

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร สภากาชาดไทย. (2558). *โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์เฮลท์ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่มีปัญหาการดูดกลืน ตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน

The Effects of Implementing the Clinical Nursing Practice Guideline Concerning Oral Feeding Stimulation of Infants Weighed Less than 2,000 Grams in Sick Newborn Ward, Nan Hospital

เยาวภา พรมเสน[1*], สิริพร วงค์วัชรไพบูลย์[1], อุทัยทิพย์ ไชยศิลป์[1] และจุฑามาศ ไทนอ[1]
Yaowapa Promsen[1*], Siriporn Wongwacharapaiboon[1], Uthaithip Chaisin[1] and Juthamas Thainor[1]
โรงพยาบาลน่าน[1]
Nan Hospital[1]

(Received: 2 July, 2021; Revised: 25 July, 2021; Accepted: 10 August, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่มีปัญหาการดูดกลืน โดยเปรียบเทียบระยะเวลาเปลี่ยนผ่านจากการให้นมทางสายยางสู่การกินนมทางปาก ได้แก่ จำนวนวันที่กินนมทางปากมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมทั้งหมด จำนวนวันที่กินนมเองทางปากทั้งหมด และจำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหาร ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 36 รายที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562 กับกลุ่มทดลองจำนวน 26 รายที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563 ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการดูแลใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืน โดยพยาบาลร่วมกับนักกิจกรรมบำบัด ให้การกระตุ้นการดูดกลืนครั้งละ 5 นาที ก่อนการให้นม 15-30 นาที วันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและบ่าย ห่างกัน 6 ชั่วโมง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที่ Mann-Whitney-Wilcoxon (Rank Sum Test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลนี้ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยลำดับของจำนวนวันที่กินเองทางปากได้มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมทั้งหมดลดลงจาก 36.4 วันเหลือเป็น 24.71 วัน *(p-value= 0.011)* จำนวนวันที่กินนมเองทางปากได้ครบทั้งหมดลดลงจาก 37.93 วันเป็น 22.60 วัน *(p-value= 0.001)* และจำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหารได้ลดลงจาก 36.51 วันเป็น 24.56 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value< 0.05)* งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีปัญหาดูดกลืน เพื่อให้สามารถลดจำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหาร และสามารถกินเองทางปากได้รวดเร็วขึ้น และช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การกระตุ้นการดูดกลืน, ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

*ผู้ให้การติดต่อ เยาวภา พรมเสน e-mail: pccopter@gmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to examine the effects of implementing a clinical nursing practice guideline for oral feeding stimulation of infants with birth weight less than 2,000 grams. This study compared 3 factors during the transition period from tube feeding to oral feeding: number of days when oral feeding≥ half of the total milk supply, number of days in oral feeding, and number of days in retaining feeding tubes. Purposive sampling was employed. 36 infants diagnosed with feeding problem admitted to the hospital between July 2018 and June 2019 were assigned to the control group. 26 infants diagnosed with feeding problem admitted to the hospital between July 2019 and June 2020 were assigned to the experimental group. The experimental group received oral stimulation following the clinical nursing practice guideline. Occupational therapists and nurses gave oral stimulation about 5 minutes, around 15-30 minutes before feeding. The procedure was employed twice a day in the morning and evening, 6 hours apart. The control group received normal care routine. The Mann-Whitney-Wilcoxon (Rank Sum Test) was used to compare the outcomes between the experimental group and the control group.

The results showed that after applying this clinical nursing practice guideline in the experimental group, the mean rank of the number of days when oral feeding≥ half of the total milk supply decreased significantly from 36.4 to 24.71 days *(p-value= 0.011)*. The number of days in oral feeding also dropped dramatically from 37.93 to 22.60 days *(p-value= 0.001)*, and the number of days in retaining feeding tubes reduced significantly from 36.51 to 24.56 days *(p-value< 0.05)*. These findings suggests that health care centers can apply this clinical nursing practice guideline in order to improve the quality of care in infants swallowing difficulty by reducing the duration of retaining feeding tube, increasing the duration of full oral feeding, and decreasing length of stay in hospitals.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Oral Feeding Stimulation, Newborn with Low Birth Weight

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าทารกกลุ่มอื่น ซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในหอทารกป่วย เพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งทารกจำเป็นต้องให้นมทางสายให้อาหาร การคาสายให้อาหารเพื่อให้นมเป็นระยะเวลานาน ทำให้ทารกขาดประสบการณ์ในการดูดกลืน ทำให้กล้ามเนื้อรอบปาก ไม่แข็งแรง และเมื่อทารกพ้นระยะวิกฤตการณ์แล้ว ทารกจึงไม่มีความพร้อมในการดูดนม ดูดนมได้ไม่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้เวลานานกว่าจะสามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจเป็นสาเหตุส่งผลทำให้เสี่ยงต่อความล้มเหลวในการดูดนมจากนมแม่ (ศิริเพ็ญ ลิมปธรรม, นฤมล ธีระรังสิกุล และยุนี พงศ์จตุรวิทย์, 2559) ในขณะที่บางรายต้องงด

ให้สารอาหารทางปาก และให้ทางหลอดเลือดดำแทน ทำให้ทารกไม่มีโอกาสได้ดูดกลืนเอง กล้ามเนื้อบริเวณรอบปากและภายในปากไม่ได้รับการกระตุ้นให้ดูดกลืนและไม่มีการเคลื่อนไหวยิ่งทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน การยึดตรึงของท่อช่วยหายใจบริเวณปากจะยิ่งมีผลในการจำกัดการเคลื่อนไหวของปากและขัดขวางพัฒนาการการดูดกลืนของทารก (สุธาสินี แซ่หุง, ทิพวัลย์ ดารามาศ และเรณู พุกบุญมี, 2556)

จากความก้าวหน้าด้านการดูแลทารกมีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้การอยู่รอดของทารกเกิดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงมากขึ้น สถิติรายงานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุขปี 2561-2563 พบอุบัติการณ์ทารกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.92, 9.92, 9.52 ตามลำดับ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) และยังพบว่า ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ยังสูงกว่าค่าเป้าหมายที่วางไว้ (ไม่เกินร้อยละ 7 ต่อปี) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายงานโรงพยาบาลน่านประจำปี 2561 พบว่ามีทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม รวม 53 ราย และในจำนวนนี้ ดูดกลืนนมเองไม่ได้หรือดูดนมไม่มีประสิทธิภาพต้องให้นมทางสายให้อาหาร ร้อยละ 80.35 และดูดนมลำบากต้องได้รับการนวดกระตุ้นดูดกลืนโดยนักกิจกรรมบำบัด ร้อยละ 21.42 จำนวนวันที่ต้องใส่สายให้อาหาร เฉลี่ย 30.73 วัน สามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพครบ 8 มื้อต่อวันใช้เวลา เฉลี่ย 18.75 วัน ทั้งนี้แนวปฏิบัติสำหรับทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยที่มีปัญหาการดูดกลืนของหอผู้ป่วยทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน ก่อนปี พ.ศ.2562 คือ ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติและปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อกระตุ้นการดูดกลืนเฉพาะกรณีที่ทารกดูดนมไม่ได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ และด้วยข้อจำกัดภาระงานของนักกิจกรรมบำบัดกระตุ้นการดูดกลืนทารกได้ในวันเวลาราชการ วันละ 1 ครั้ง และไม่มีแนวปฏิบัติการให้การพยาบาลในการช่วยนวดกระตุ้นดูดกลืนที่ชัดเจน ปฏิบัติตามการเรียนรู้ และทักษะวิธีการของพยาบาลเวรแต่ละคน ทั้งระยะเวลาการนวดและจำนวนครั้งของการนวด

จากสภาพปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนในทารกแรกเกิดขึ้น และได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลศึกษาเปรียบเทียบแนวปฏิบัติกระตุ้นดูดกลืนกับแนวปฏิบัติแบบเดิมที่โรงพยาบาลน่านใช้อยู่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปปรับปรุงแนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลกระตุ้นดูดกลืนในทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยที่โรงพยาบาลน่าน โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของพยาบาลและนักกิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการดูดนมของทารก ลดระยะเวลาในการใส่สายยางให้อาหาร ซึ่งจะทำให้ทารกมีความพร้อมที่จะดูดนมแม่และมีความพร้อมที่จะกลับบ้านอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่มีปัญหาการดูดกลืน ในตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน โดยเปรียบเทียบผลการดูดกลืนระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติกระตุ้นการดูดกลืน

สมมติฐานของการวิจัย

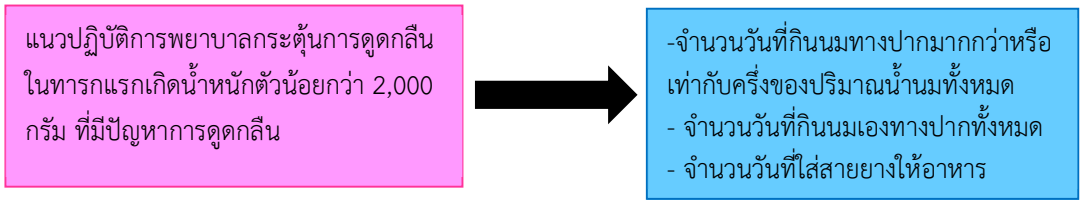
1. กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืน สามารถลดจำนวนวันที่กินนมทางปากมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมทั้งหมดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืน สามารถลดจำนวนวันที่กินนมเองทางปากทั้งหมดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืน สามารถลดจำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหาร ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยนี้ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืน จากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติและผลลัพธ์จากการวิจัยตามรูปแบบของไอโอวา โมเดล (Iowa model) (Titler et al., 2001) ที่ต้องการปรับปรุงการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการดูดกลืนในทารกน้ำหนักตัวน้อย โดยเริ่มต้นจากกำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาลที่ต้องการศึกษาพัฒนาแก้ไข ผู้วิจัยได้สืบค้นข้อมูลสถานการณ์เชิงประจักษ์ ทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รูปแบบ/ โปรแกรมแนวทางปฏิบัติในการนวดกระตุ้นดูดกลืนทางปาก นำมาปรับประยุกต์เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และนำไปทดลองใช้กับทารกน้ำหนักตัวน้อยจริงในตึกทารกป่วย และประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการปฏิบัติพยาบาล เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุดต่อไป



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ในตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน โดยศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาเปลี่ยนผ่านจากการให้นมทางสายยางสู่การกินนมทางปาก ได้แก่ จำนวนวันที่กินนมทางปากมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมทั้งหมด จำนวนวันที่กินนมเองทางปากทั้งหมด และจำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหาร ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาศึกษาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่มีปัญหาการดูดกลืนที่เข้ารับการรักษาที่ตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมจำนวน 36 ราย เข้ารับการรักษาระหว่าง

วันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2562 และกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ที่ได้รับการประเมินปฏิกิริยาการดูดกลืนโดยนักกิจกรรมบำบัดแล้วพบว่า มีปัญหาการดูดกลืนและรับนมทางสายให้อาหารหรือยังไม่ได้ดูดนมเอง หรือดูดนมได้ไม่ครบจำนวนหรือดูดได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับเข้ารับการดูแลรักษาที่ตึกทารกป่วย และบิดาหรือมารดายินยอมให้ทารกเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม และมีภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจระดับรุนแรง โรคหัวใจ โรคระบบประสาท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในระหว่างทำการศึกษา และทารกที่ดูดนมได้เองตั้งแต่แรกรับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ที่มีปัญหาการดูดกลืน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีแนวปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์และทารก

อุปกรณ์ที่ใช้ในการนวดกระตุ้นการดูดกลืน ได้แก่ ถุงมือสะอาด 1 คู่, ผ้าเช็ดตัว หรือ ผ้าห่อตัวทารก, นาฬิกาสำหรับจับเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมกระตุ้นการดูดกลืน และเครื่องจับออกซิเจน (Pulse Oximeter)

การเตรียมทารกก่อนเริ่มทำกิจกรรมกระตุ้นการดูดกลืน ให้ทำความสะอาดร่างกายทารก เพื่อให้ทารกรู้สึกสบายอบอุ่น ก่อนเริ่มทำการพยาบาลกระตุ้น จัดทารกวางบนตัก หันหน้าเข้าผู้ทำกิจกรรม ให้ศีรษะทารกอยู่ในแนวสูงขึ้นจากพื้นราบ 45 องศาให้ก้มหน้าเล็กน้อย จากนั้นเริ่มการนวด 10 ขั้นตอน ระยะเวลาการนวดกระตุ้นการดูดกลืนแต่ละครั้งใช้เวลาในการนวด 5 นาที ทำก่อนเวลาให้นม 15-30 นาที วันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง ในเวลา 15.30 น. และ 21.30 น. ปฏิบัติจนกว่าจนกระทั่งผู้ป่วยทารกสามารถดูดกลืนนมเองได้ครบจำนวน และคอยสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สังเกตการหายใจ ค่าออกซิเจนในเลือด ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังที่ให้การพยาบาล

ขั้นตอนการนวด มีทั้งหมด 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. การนวดกระพุ้งแก้มด้านนอก เพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวและการยืดขยายของกล้ามเนื้อกระพุ้งแก้ม และช่วยให้ริมฝีปากปิดได้สนิทมากขึ้น เป็นการนวดยืดกล้ามเนื้อบริเวณกระพุ้งแก้ม ปฏิบัติโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วกลางวางบริเวณมุมปากของทารก ออกแรงกดบริเวณปลายนิ้วทั้งสองเบาๆ พร้อมขยับนิ้วจากมุมปากไล่ขึ้นไปยังใบหูทั้ง2ข้างเพื่อยืดกล้ามเนื้อกระพุ้งแก้ม รวม 30 วินาที

2. การนวดกล้ามเนื้อรอบริมฝีปากเพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของริมฝีปากและช่วย ให้ทารกปิดริมฝีปากได้สนิทมากขึ้นเป็นการนวดบริเวณกล้ามเนื้อ Obiculalis Oris รอบๆริมฝีปากของทารกปฏิบัติโดยใช้ นิ้วหัวแม่มือนวดเบาๆ โดยบริเวณริมฝีปากบนนวดโดยการปัดนิ้วขึ้นและบริเวณริมฝีปากล่างนวดโดยการปัดนิ้วลง รวม 30 วินาที

3. การนวดริมฝีปากบนและล่าง เพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหว การยืดขยายและการปิดของริมฝีปากเป็นการนวดบริเวณริมฝีปากบนและล่างปฏิบัติโดยวางนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ไว้ตรงกลางริมฝีปากบนหลังจากนั้นให้ฉีกนิ้วทั้ง2แยกจากกันพร้อมทั้งออกแรงกดนิ้วเบาๆ ไปยังมุมปากทั้ง 2 ข้างของทารก ปฏิบัติเช่นเดียวกับริมฝีปากล่าง รวม 30 วินาที

4. การนวดเหงือก เพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของเหงือก ปฏิบัติโดยวางนิ้วก้อยไว้ตรงกลางเหงือกด้านบน หลังจากนั้นลากนิ้วพร้อมออกแรงกดนิ้วเบาๆ ไปทางด้านซ้ายจนสุดแนวเหงือก ต่อจากนั้น ลากนิ้วนวดต่อไปทางด้านขวาจนสุดแนวเหงือกเช่นกัน หลังจากนั้นให้ลากนิ้วย้อนกลับมา จุดเริ่มต้นที่กึ่งกลางเหงือกเหมือนเดิม ทำซ้ำอีก1รอบ เสร็จแล้วให้นวดเหงือกด้านล่างด้วยวิธีการเดียวกัน รวม 30 วินาที

5. การนวดกระพุ้งแก้มด้านใน เพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกระพุ้งแก้ม เป็นการนวดบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในของทารก ปฏิบัติโดยสอดนิ้วก้อยเข้าไปในช่องปาก ใช้สันนิ้วก้อยแตะบริเวณกลางกระพุ้งแก้มนวดในทิศทางขึ้นลง ข้างละ 3 ครั้ง รวม 30 วินาที

6. การนวดลิ้นด้านข้าง เพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหว และความแข็งแรงของลิ้น เป็นการนวดบริเวณลิ้นด้านข้างของทารก ปฏิบัติโดยใช้ปลายนิ้วก้อยแตะด้านข้างของลิ้นทั้ง2 ข้างเป็นพักๆ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลิ้น หลังจากนั้นให้ใช้นิ้วก้อยนวดด้านข้างของลิ้นด้านขวาในลักษณะถูเข้า-ออก โดยเริ่มจากปลายลิ้นไปยังโคนลิ้น เสร็จแล้วให้นวดด้านข้างของลิ้นด้านซ้ายด้วยวิธีการเดียวกัน รวม 30 วินาที

7. การนวดตรงกลางลิ้น เพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของลิ้น เป็นการนวดบริเวณกลางลิ้นและโคนลิ้น ปฏิบัติโดยวางนิ้วก้อยไว้ตรงกลางลิ้นของทารก หลังจากนั้นออกแรงกดปลายนิ้วเล็กน้อยพร้อมกันนิ้วไปด้านหลังเกือบถึงโคนลิ้น รวม 30 วินาที

8. การนวดเพดานแข็งด้านบน เพื่อกระตุ้น Sucking Reflex กระตุ้นการดูดของทารก ให้สามารถดูดกลืนได้ต่อเนื่อง เป็นการนวดบริเวณเพดานแข็งด้านบนวางนิ้วก้อยไว้ตรงขอบกลางเพดานอ่อน แล้วใช้ปลายนิ้วกดเบาๆ ทำซ้ำๆ เพื่อให้ทารกดูดอย่างต่อเนื่อง รวม 30 วินาที

9. การนวดกระตุ้นการกลืน ใช้นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง ลูบพร้อมออกแรงกดพอสมควรบริเวณด้านข้างกล่องเสียงในทิศทางขึ้น เริ่มจากกระดูกไหปลาร้าไปจนถึงใต้คาง รวม 30 วินาที

10. การนวดแก้มด้านนอกเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อรอบแก้ม ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลาง ลูบเบาจากแก้มถึงมุมปากเป็นลักษณะตัว C รวม 30 วินาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึก ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุครรภ์แรกเกิด อายุหลังเกิด อายุหลังปฏิสนธิ น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักวันที่เริ่มศึกษา น้ำหนักวันที่สิ้นสุดการศึกษา จำนวนวันที่ได้รับออกซิเจน และจำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหาร

2.2 แบบบันทึกปริมาณน้ำนมที่ให้ทางสายยางให้อาหารกับปริมาณที่ทารกรับเองทางปาก เพื่อวัดระยะเวลาเป็นจำนวนวัน ที่ทารกเริ่มรับนมทางปากได้ มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับในมื้อนมในแต่ละวัน ประกอบด้วยวันที่แพทย์ให้เริ่มดูดนม จนกระทั่งทารกรับนมทางปากได้เองครบ 8 มื้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ปริมาณนมและระยะเวลาในการหัดดูดนม ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด 1ท่าน และนักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน โดยได้รับการตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสม โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence (IOC)) เท่ากับ 0.95 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โดยนำไปทดลองใช้กับ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมจำนวน 8 ท่าน ฝึกทดสอบปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบวิธีการ ขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้ในการนวด มาหาค่าความเชื่อมั่นความเที่ยง ซึ่งได้เท่ากับ 1

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ขั้นกำหนดปัญหา สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัมที่พ้นระยะวิกฤติที่เข้ารับการรักษาที่ตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางแบบเดิมระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2562 เป็นกลุ่มควบคุม 36 ราย และให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2562ถึง 30มิถุนายน 2563 เป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ที่มีปัญหาการดูดกลืน ผู้วิจัยพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยปรับประยุกต์จากงานวิจัยของ ฟูไซล์และคณะ (Fucile et al, 2002), ศิริเพ็ญ ลิมปธรรมและคณะ (2559) และโปรแกรมประยุกต์นักกิจกรรมบำบัดโรงพยาบาลน่าน (2560) โดยนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ขึ้นใช้ในหอผู้ป่วยทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน มีทั้งหมด 10 ขั้นตอน ทั้งนี้แนวปฏิบัติ ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด 1ท่าน และนักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน

3. จัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม เพื่อฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการและเป็นคู่มือการปฏิบัติแก่ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลในตึกทารกป่วย จนสามารถปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืนในทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติเดียวกัน

4. ขั้นการปฏิบัตินวดกระตุ้นการดูดกลืนในกลุ่มทดลอง มีดังนี้

4.1 ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัมที่รับเข้าหน่วยงาน และประเมินแล้วพบว่ามีปัญหาการดูดกลืน ดูดนมได้ไม่ครบจำนวน จึงแจ้งแก่นักกิจกรรมบำบัดที่ร่วมทีมวิจัย เพื่อมาประเมินปฏิกิริยาการดูดกลืนทารกในแต่ละราย

4.2 นักกิจกรรมบำบัดที่ร่วมทีมวิจัยตรวจเช็คปฏิกิริยาการดูดกลืนและนวดกระตุ้นตามปัญหาที่แตกต่างในแต่ละคนของทารกในเวลา 15.30 น. พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการกระตุ้นการดูดกลืน ในทารกที่มีปัญหาการดูดกลืนแล้ว กระตุ้นการดูดกลืนตามแนวปฏิบัติ

ของคู่มือการนวดกระตุ้นในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ระยะเวลา 5 นาที ก่อนให้นมทางสายให้อาหาร 15-30 นาที วันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง กำหนดให้นวดเวลาเดียวกันในทารกแต่ละราย เวรเช้า เวลา 15.30 น. เวรบ่ายเวลา 21.30น. โดยในวันเวลาราชการได้รับการนวดกระตุ้นโดยนักกิจกรรมบำบัดและในวันเวลานอกราชการ หรือวันที่นักกิจกรรมบำบัดติดภารกิจ ทารกจะได้รับการนวดกระตุ้นดูดกลืนโดยพยาบาลวิชาชีพ

4.3 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการรับนมในทารก ผู้วิจัยนำมาประมวลผลหาผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

- จำนวนวันที่ทารกรับนมทางปากได้ มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมที่ได้แต่ละวัน
- จำนวนวันที่ทารกรับนมทางปากได้เองครบ 8 มื้อ
- จำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหาร

5. ขั้นการปฏิบัติการใช้การพยาบาลแบบเดิมในกลุ่มควบคุม

5.1 ทำกิจกรรมการพยาบาลตามปกติแก่ทารกในกลุ่มตัวอย่าง คือการนวดที่ไม่มีรูปแบบการนวดที่ชัดเจน ปฏิบัติตามการเรียนรู้และทักษะวิธีการของพยาบาลเวรแต่ละคน ทั้งระยะเวลาการนวดและจำนวนครั้งของการนวด

5.2 ปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเมื่อทารกมีปัญหา ไม่สามารถดูดกลืนนมเองได้ และเกินศักยภาพของทีมพยาบาล และดุลยพินิจของกุมารแพทย์ ให้ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดนวดตามเทคนิควิธีและปัญหาที่แตกต่างของทารกรายบุคคล

5.3 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการรับนมในทารก ผู้วิจัยนำมาประมวลผลหาผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

- จำนวนวันที่ทารกรับนมทางปากได้ มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมที่ได้แต่ละวัน
- จำนวนวันที่ทารกรับนมทางปากได้เองครบ 8 มื้อ
- จำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank) และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square Test และ Mann-Whitney-Wilcoxon (Rank Sum Test) เนื่องจากผู้วิจัยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่าเป็นข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

2. เปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติได้แก่ จำนวนวันหลังเข้ารับการรักษาที่ตึกทารกป่วยที่กินนมทางปากได้มากกว่าครึ่ง, จำนวนวันหลังเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกป่วยที่กินนมทางปากได้เองทั้งหมด และจำนวนวันหลังเข้ารับการรักษาที่ตึกทารกป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทางปาก โดยผู้วิจัยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลดังกล่าวพบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Non-Parametric คือ Mann-Whitney-Wilcoxon (Rank Sum Test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน ซึ่งให้ความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เมื่อเดือนกรกฎาคม 2562 (เอกสารเลขที่ COA No.044) โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยเข้าพบมารดา หรือบิดากลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการทำวิจัยให้มารดาหรือบิดาของกลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจว่าจะยินยอมเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ได้ มารดาหรือบิดาสามารถให้ทารกถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแต่อย่างใดและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อมารดาหรือบิดาของกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติมีจำนวน 26 ราย ได้รับการนวดกระตุ้นการดูดกลืน 10 ขั้นตอน กระตุ้นการดูดกลืนครั้งละ 5 นาที ก่อนการให้นม 15-30 นาที วันละ 2 ครั้ง ในเวรเช้าและเวรบ่าย ห่างกัน 6 ชั่วโมง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการกระตุ้นตามปกติ มีจำนวน 36 ราย ผลของการวิจัยเป็นดังนี้

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.4 ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55.6 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และพบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 1,500 กรัม กลุ่มทดลองร้อยละ 80.8 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 มีค่าเฉลี่ยอันดับของจำนวนวันนอนในตึกทารกวิกฤติ (NICU) คือกลุ่มทดลอง 29.42 วัน และกลุ่มควบคุม 33.0 วัน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี เพศ อายุครรภ์ น้ำหนักตัวแรกเกิด และระยะเวลาเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยวิกฤติ (NICU) พบว่าแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นดูดกลืนและกลุ่มที่ใช้การพยาบาลแบบเดิม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (N=36)	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (N=26)	P-value
เพศ (%)[a]			
ชาย	20 (55.6%)	9 (34.6%)	0.103
หญิง	16 (44.4 %)	17 (65.4%)	
อายุครรภ์ GA (%)[a]			
<34 weeks	21 (58.3%)	13 (50.0%)	0.805
34 - 36^{+6} weeks	14 (38.9%)	12 (46.2%)	
≥ 37 weeks	1 (2.8%)	1 (3.8%)	
น้ำหนักตัว BW (%)[a]			
<1000 g.	1 (2.8%)	0 (0%)	0.454
1000 -1499 g.	11 (30.6%)	5 (19.2%)	
≥ 1500 g.	24 (66.7%)	21 (80.8%)	
NICU day; mean±SD[b] (mean rank)	14.0 ± 17.7 (33.0)	9.35 ± 8.6 (29.42)	0.435

[a]Analyzed by chi-square test [b]Analyzed by Mann-Whitney-Wilcoxon (Rank Sum Test)

2. เปรียบเทียบผลการดูดกลืนระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติกระตุ้นการดูดกลืน

ผลการศึกษาพบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัมที่พ้นระยะวิกฤติที่เข้ารับการรักษาที่ตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน และมีปัญหาการดูดกลืนไม่สามารถกินเองทางปากได้เต็มที่ภายใน 24 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่กินได้จากปากมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมที่ได้รับในแต่ละวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น 3.92±3.4 และ 8.19±6.2 วันตามลำดับ กลุ่มทดลองสามารถลดค่าเฉลี่ยลำดับของจำนวนวันที่กินเองทางปากได้มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมทั้งหมดจาก 36.4 วันเหลือเป็น 24.71 วัน *(p-value= 0.011)* ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่กินเองทางปากได้ทั้งหมดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น 6.73±4.0 และ11.50±6.0 วันตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองสามารถลดค่าเฉลี่ยลำดับของจำนวนวันที่กินเองทางปากได้ทั้งหมดจาก 37.93 วันเหลือเป็น 22.60 วัน *(p-value= 0.001)* และค่าเฉลี่ยจำนวนวันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ใส่สายยางให้อาหารเป็น 6.42±4.0 และ 10.22±6.3 วันตามลำดับ กลุ่มทดลองสามารถลดค่าเฉลี่ยลำดับของจำนวนวันที่ต้องใส่สายยางให้อาหารทางปากจาก 36.51 วันเหลือเป็น 24.56 วัน *(p-value=0.01)* โดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบการดูดกลืนระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มควบคุม (N=36)			กลุ่มทดลอง (N=26)			Sum Ranks	P-value
	$\bar{X}$	SD	mean rank	$\bar{X}$	SD	mean rank		
จำนวนวันที่กินทางปากได้ปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมที่ได้รับในแต่ละวัน	8.19	6.2	36.4	3.92	3.4	24.71	642.5	0.011*
จำนวนวันที่กินเองทางปากได้ทั้งหมด	11.50	6.0	37.93	6.73	4.0	22.6	587.5	0.001*
จำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหาร	10.22	6.3	36.51	6.42	4.0	24.56	638.5	0.01*

จำนวนวัน หมายถึง จำนวนวันหลังเข้ารับการรักษาที่ตึกทารกป่วย
*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ในตึกทารกป่วย โรงพยาบาลน่าน ทารกได้รับการนวดกระตุ้นการดูดกลืน ด้วยแนวปฏิบัติ 10 ขั้นตอน ระยะเวลาการทำกิจกรรม 5 นาที โดยทำก่อนให้นมทางสายให้อาหาร 15 - 30 นาที วันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง กำหนดให้นวดเวลาเดียวกันในทารกแต่ละราย เวรเช้า เวลา 15.30 น. เวรบ่ายเวลา 21.30 น. ทุกวันจนกระทั่งประเมินแล้วว่าทารกสามารถดูดกลืนนมได้เองครบจำนวน พบว่า ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัมที่มีปัญหาการดูดกลืน ร่วมกับการประเมินปฏิกิริยาการดูดกลืน สามารถลดค่าเฉลี่ยลำดับ (Mean Rank) จำนวนวันหลังเข้ารับการรักษาที่ตึกทารกป่วยที่กินเองทางปากได้มากกว่าหรือเท่ากับครึ่งของปริมาณน้ำนมที่ได้รับในแต่ละวันจาก 36.4 วันเป็น 24.71 วัน ลดจำนวนวันที่กินนมเองทางปากได้ครบทั้งหมดจาก 37.93 วันเป็น 22.60 วัน และสามารถลดจำนวนวันที่ใส่สายยางให้อาหารได้จาก 36.51 วันเป็น 24.56 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value < 0.05)* ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของกรีนเน่และคณะ (Greene et al, 2016) ที่ทำการทดลองกระตุ้นดูดกลืนทางปากในทารกคลอดก่อนกำหนดที่เกิดก่อน 37 สัปดาห์ พบว่าช่วยให้ทารกพัฒนาการดูดกลืนได้ดีขึ้น สามารถลดระยะเวลาเปลี่ยนผ่านการให้นมทางสายยางสู่การดูดนมทางปากได้ 4.06-5.56 วัน เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ 7.71-10.30 วัน และสามารถลดระยะเวลาที่ให้สารอาหารทางหลอดเลือดสำหรับทารก 0.87-9.73 วัน เมื่อเทียบกับการดูแลมาตรฐาน 1.94 -15.46 วันและการศึกษาของศิริเพ็ญ ลิมปธรรมและคณะ (2559) ผลของการนวดกระตุ้นดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบใช้โปรแกรมการนวด

กระตุ้นดูดกลืน ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่องปากและปริมาณการดูดนมใน 5 นาทีแรกมีมากกว่า และใช้เวลาในการหัดดูดนมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมการนวด

นอกจากนี้ระยะเวลาและวิธีการปฏิบัตินวดกระตุ้นการดูดกลืน ผู้ปฏิบัติต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้การทำกิจกรรมถูกต้อง ตรงกันมีแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ทำอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งประเมินแล้วว่าทารกสามารถดูดกลืนนมได้เอง สอดคล้องกับการทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบเรื่องการนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดของสุธาสินี แซ่หุงและคณะ (2556) พบว่าการนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อการดูดกลืนดีขึ้น ลดระยะเวลาในการหัดดูดนมและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทารกควรได้รับการกระตุ้นการดูดกลืนก่อนมื้อนมทุกวัน และต้องทำอย่างสม่ำเสมอจึงจะช่วยให้ทารกมีการดูดและกลืนนมดีขึ้น อีกทั้งผู้ปฏิบัติการนวดกระตุ้นการดูดกลืนต้องได้รับการสอนหรือฝึกอบรม จึงจะเกิดผลได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการกระตุ้นการดูดกลืนทารกเกิดก่อนกำหนดของจารุวรรณ สุขนิธิและคณะ (2555) พบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการสอนการกระตุ้นการดูดกลืนเป็นรายบุคคล มีอัตราการดูดนมเร็วกว่าและปริมาณนมที่ดูดได้ของทารกมีมากกว่ากลุ่มควบไม่ได้รับการสอนโปรแกรม

อย่างไรก็ตามการนำแนวปฏิบัติกระตุ้นดูดกลืนไปใช้จริง นอกจากพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติจะเรียนรู้และมีคู่มือเป็นแนวทางปฏิบัติแล้ว จำเป็นต้องมีการอบรมฝึกปฏิบัติจากนักกิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มทักษะให้กับทีมพยาบาลผู้ดูแลทารกป่วย และอาจพิจารณาศึกษาเพิ่มเติมการฝึกกระตุ้นการดูดกลืนจากพยาบาลผู้ดูแลสู่มารดาหรือญาติผู้ดูแลทารกเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืนไปใช้กับทารกในงานประจำ และขยายผลไปสู่มารดา/ผู้ปกครองทารกได้ร่วมนวดกระตุ้นต่อไป

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรกำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการกระตุ้นการดูดกลืนทารกที่มีปัญหาการดูดกลืน และขยายผลสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ควรศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลกระตุ้นการดูดกลืน และติดตามการดูดนมต่อเนื่อง โดยเฉพาะนมแม่จากเต้าและน้ำหนักทารกในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดีจากที่ปรึกษางานวิจัย ดร.กัญญารัช วงศ์ภูคา นักวิจัยอิสระ, หัวหน้าตึกทารกป่วย คุณกาญจนา อมรทิพย์สกุลพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ตึกทารกป่วยทุกท่าน และคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลน่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่เอื้อเฟื้อสละเวลา และให้ความร่วมมือด้วยดีจนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กองบริหารการสาธารณสุข. (2563). *รายงาน Service Plan สาขาแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 1 กระทรวงสาธารณสุข*. [สืบค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2563]. จาก https://dashboard.anamai.moph.go.th/.

จารุวรรณ สุขนิธิ, วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ และวิไล เลิศธรรมเทวี. (2555). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการดูดกลืนต่อความรู้ในการกระตุ้นการดูดกลืน ของมารดาและความสามารถในการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารสภาการพยาบาล, 27*(1), 78-91.

นุชนารถ ปรึกษาดี, ทิพวัลย์ ดารามาศ และศรีสมร ภูมนสกุล. (2560). ผลของโปรแกรมการนวดปากในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อระยะเปลี่ยนผ่าน จากการให้นมทางสายยางสู่การกินนมทางปากและน้ำหนักตัว. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 23*(3), 257-268.

ศิริเพ็ญ ลิมปธรรม, นฤมล ธีระรังสิกุล และยุนี พงศ์จตุรวิทย์. (2559). ผลของการนวดกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะให้นมทางสายให้อาหารต่อความสามารถในการดูดนม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *24*(4), 43-53.

สุธาสินี แซ่หุง ,ทิพวัลย์ ดารามาศ และเรณู พุกบุญมี . (2556). การทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบเรื่อง การนวดปากเพื่อกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร,19*(3), 293-307.

Fucile, S., Gisel, E., & Lau, C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, *141*(2), 230-236.

Greene, O'Donnell & Walshe.(2016). Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Published by John Wiley & Sons, Ltd. [accessed 2020, 6 June]. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27644167/.

Titler, & et al. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical care Nursing Clinics of North America*, *13*(4), 497-509.

การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

Accessibility of Care Services among Patients with Type 2 Diabetes in Padad Hospital, Chiang Rai Province

หทัยรัตน์ นิยมาศ[1*], ชมนาด พจนามาตร์[2]
Hathairat Niyamas[1*], Chomnard Potjanamart[2]
โรงพยาบาลป่าแดด[1*], มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง[2]
Padad hospital[1*], Mae Fah Luang University[2]

(Received: 31 May, 2021; Revised: 15 June, 2021; Accepted: 9 August, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ที่เข้ามารับบริการในคลินิกเบาหวาน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 จำนวน 300 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.7 อายุระหว่าง 30-87 ปี อายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 61.2±9.6 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 42.3 และเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 57.7 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 57.7 (BMI>22.9 Kg./m2) ส่วนใหญ่ร้อยละ53 มีอาชีพเกษตรกร และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30บาทร้อยละ88.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ31.7และรองลงมาอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ31.3การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการร้อยละ 100 ส่วนผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีเพียงร้อยละ75 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.7 ได้รับการตรวจ HbA1c พบมีค่าระดับ HbA1c<ร้อยละ7 เท่ากับร้อยละ 37.8 (เกณฑ์HDC≥ร้อยละ40) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.3 ได้รับการตรวจ Lipid profile พบมีค่าระดับ LDL <100mg/dl ร้อยละ 46.9 (เกณฑ์HDC≥ร้อยละ60) จากผลการศึกษานี้ ควรเพิ่มการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

*ผู้ให้การติดต่อ หทัยรัตน์ นิยมาศ e-mail: hathai2@hotmail.com

Abstract

The objective of this study was to examine the accessibility of care services among patients with type 2 diabetes in Padad Hospital, Chiang Rai province. This was a retrospective study from medical records of 300 patients with type 2 diabetes. Participants were 300 type 2 diabetic patients who came to the diabetic clinic between October 1, 2014 and September 30, 2015. The research instruments were a data record form. This data form included two parts: 1) a general data record form; and 2) a record form regarding the accessibility to care services and outcomes from accessing care services of type 2 diabetes patients. Data were analyzed using descriptive statistics.

Most participants were female (67.7%), aged between 30-87 years ($\bar{x}$ = 61.2 ± 9.6). 42.3% of all participants had type 2 diabetes. 57.7% of them had both type II diabetes and hypertension. 57.7% of them had a body mass index greater than >22.9 kg/m2. 53% of them are farmers. 88.3% of them had the Universal Health Coverage Project (The "30 bath treat all" scheme). 31.7% of them have been diagnosed with diabetes for 6-10 years. All participants (100%) were able to access care services. 92.7% of all participants were tested for HbA1c. Among this group of participants, 37.8% had HbA1c levels < 7% (normal levels of HbA1c ≥ 40%). 95.3% had their lipid profile measure. Within this group of participants, 47% reported the result of LDL levels <100 mg/dl (normal levels of LDL ≥ 60%). This study demonstrates the needs to further studies for investigating the self-care modification behavior among type 2 diabetes patients and to develop the clinical practice guidelines in order to improve the effectiveness of care services in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Accessibility of Care Services, Patients with Type 2 Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก ร้อยละ 9.3 หรือประมาณ 463 ล้านคน และคาดว่าภายในปี 2573 จะมีผู้เป็นเบาหวานถึง ร้อยละ 10.9 หรือ 700 ล้านคน (Saeedi et al., 2019) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หากดูแลสุขภาพไม่ดีจะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากโรคเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะส่วนต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาเป็นสาเหตุที่สำคัญของการสูญเสียการมองเห็นเป็นอันดับสองรองจากต้อกระจกสาเหตุเกิดจากการทำลายเส้นเลือดขนาดเล็กเป็นระยะเวลานาน (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) โดยเฉลี่ยพบว่าโรคเบาหวานที่ทำลายจอประสาทตาเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยหากผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาเป็นระยะเวลา 15 ปี จะพบโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80 โดยพบการตาบอดประมาณร้อยละ 2 และการสูญเสียการมองเห็นขั้นรุนแรงร้อยละ 10 พบความชุกของโรคไต

วายเรื้อรังประมาณร้อยละ 40 และพบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานพบประมาณร้อยละ 20-30 มีอุบัติการณ์ การเกิดแผลเท้าเบาหวานประมาณร้อยละ 8-17 โดยพบโรคแทรกซ้อนที่ประสาทส่วนปลายจากเบาหวานประมาณร้อยละ 20-30 และพบโรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตันร้อยละ 3-8 ความชุกของการตัดเท้าหรือขาประมาณร้อยละ 0.5-2 (นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวทย์, 2557)

ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน เน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรก ควรได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการและการประเมินความเสี่ยง ด้วยแบบประเมินสำหรับบริการตรวจคัดกรองขั้นต่ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนแต่เนิ่นๆ และหากตรวจพบภาวะแทรกซ้อนต้องให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที เนื่องจากโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกจะมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้ได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคล่าช้าเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ที่เป็นเบาหวาน ครอบครัว และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพ ควรจัดบริการเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ได้อนุมัติให้มีงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มเติม จากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่มีอยู่แล้วเป็นงบบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และยกระดับการบริการให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดโดยใช้เกณฑ์ผลงานบริการและผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของหน่วยบริการในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยกำหนดการบริการตาม Toward Clinical Excellence' Network (TCEN) จำนวน 19 รายการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

โรงพยาบาลป่าแดด เป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 26,500 คน โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบว่าอยู่ใน 5 อันดับโรค ประเภทผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกปี มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ในปี 2554 – 2558 เท่ากับ 2933.03, 3514.12, 3633.81, 4413.33, 4321.75 ตามลำดับ และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์โดยมีระดับ HbA1c < 7% คิดเป็น ร้อยละ 31.9, 32.8, 33.8, 31.4, 39.7 ตามลำดับ และพบมีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 3.50, 2.30, 1.58, 2.77, 4.24 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 36.61, 26.66, 24.32, 30.32, 23.38 ตามลำดับ ปัจจุบันโรงพยาบาลป่าแดดมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในความรับผิดชอบทั้งหมด 1,081 คน (สรุปผลงาน การดำเนินงานการพยาบาลคลินิกพิเศษปีงบประมาณ, 2558) โรงพยาบาลป่าแดดให้ความสำคัญ และพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวทางเวชปฏิบัติมาตลอด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาล และข้อมูลที่ได้มีผลต่อการจัดสรรงบประมาณ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย ตามเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง การพบแพทย์และทีมงานเป็นระยะเพื่อตรวจและประเมินผลการรักษา จึงจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน เพื่อลดการเกิดภาวะหรือโรคแทรกซ้อนในระยะยาว และควรมีการตรวจค้นหาโรคแทรกซ้อนในระยะเริ่มแรกซึ่งยังไม่มีอาการแสดงออก การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นส่วนสำคัญของการดำเนินงานของระบบสุขภาพ ที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการอย่างเหมาะสมและได้มาตรฐานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)และเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย(Med Res Net)ได้กำหนดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตาม Toward Clinical Excellence' Network (TCEN) จำนวน 19 รายการ ซึ่งแบ่งเป็นการเข้าถึงบริการ 11 รายการและผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการ 8 รายการ หากผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการตามมาตรฐานดังกล่าว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังที่บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา

ประชากรคือเวชระเบียนบันทึกรายงานการมารับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ย้อนหลังที่เข้ามารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2558 จำนวน 1,081 ราย (สรุปผลงานการดำเนินงานการพยาบาลคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลป่าแดด, 2558)

2. กลุ่มตัวอย่าง

แบบบันทึกรายงานการมารับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลป่าแดด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ สูตรของทาโร่ ยามาเน (Taro Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 291.96 ผู้ศึกษาขอปัดเป็นเลขกลม=300 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ 300 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากหมายเลขที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลป่าแดด และมารับบริการที่โรงพยาบาลป่าแดดไม่น้อยกว่า12 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย(Med Res Net)ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สิทธิการรักษาและโรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระยะเวลาที่ได้มารับการรักษาโรคที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วยการที่ผู้ป่วยได้รับบริการตามข้อกำหนด 19 รายการที่กำหนดโดย Toward Clinical Excellence Network (TCEN) โดยแบ่งเป็นการเข้าถึงบริการ 11รายการและผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการ 8 รายการ

การเข้าถึงบริการ 11 รายการ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจหาระดับ HbA1c ประจำปีหมายถึง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปรากฏในเวชระเบียน เป็นค่าที่แพทย์สั่งตรวจครั้งล่าสุด หากไม่มีข้อมูลล่าสุดให้ทำการย้อนดูเวชระเบียนก่อนหน้านั้น แต่ต้องไม่เกิน 12 เดือนนับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์ตามนัดครั้งสุดท้ายกำหนดให้หน่วยเป็นร้อยละ (%) วัตถุประสงค์เพื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2. การรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานหมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เช่น ภาวะคีโตซีส, ภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะเป็นกรดในเลือดและภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ยกเว้นผู้ป่วยเบาหวานที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น วัตถุประสงค์เพื่อผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3. การตรวจวิเคราะห์ Lipid profile ประจำปีหมายถึง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปรากฏ ในเวชระเบียน เป็นค่าที่แพทย์สั่งตรวจครั้งล่าสุด หากไม่มีข้อมูลล่าสุดให้ทำการย้อนดูเวชระเบียนก่อนหน้านั้น แต่ต้องไม่เกิน 12 เดือนนับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์ตามนัดครั้งสุดท้าย วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. การได้รับยาแอสไพรินของผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40 ปีขึ้นไป หมายถึง การได้รับยา Aspirin หรือ Clopidogrel (เช่น Plavix®, Pidogen®, Apolets®, หรือชื่ออื่นๆ) หรือ ได้รับยาทั้งยา Aspirin และ Clopidogrel ร่วมกัน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

5. การตรวจหาระดับ Microalbuminuria ประจำปีคือ การตรวจพบได้ด้วยแถบสีสำหรับอัลบูมิน ปริมาณน้อยๆ (Microalbuminuria dipstick) หรือวัดปริมาณอัลบูมินในน้ำปัสสาวะได้ 30-299 mg albumin/24 hrs หรือ ACR (Albumin/Creatinine Ratio) 3.4 to 34 mg/mmol (30-299 mg/g) อย่างน้อย2ใน3ครั้ง ภายในระยะเวลา6เดือนโดยไม่มีสาเหตุอื่น และ ระยะต่อมาปริมาณมากขึ้น (Macroalbuminuria) โดยไม่ได้เกิดสาเหตุอื่น คือ การตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมาในน้ำปัสสาวะด้วยแถบสีปัสสาวะ (dipstick) ได้ตั้งแต่ trace ขึ้นไปหรือวัดปริมาณอัลบูมินในน้ำปัสสาวะได้≥

300mg albumin/24 hrs หรือ ACR > 34 mg/mmol (≥ 300 mg/g) อย่างน้อย2 ใน3 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือนโดยไม่มีสาเหตุอื่น วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้าน micro vascular

6. การได้รับยากลุ่ม ACE inhibitor หรือ ARB ของผู้ป่วยเบาหวานที่มี Microalbuminuria หมายถึง การได้รับยาCaptopril, Enalapril, Fosinopril, Cilazepril, Perindopril, Quinapril, Ramipril, Lisinopril วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้าน micro vascular

7. การตรวจจอประสาทตาประจำปีหมายถึง ผู้ป่วยได้รับการตรวจจอประสาทตา (eye ground) โดยจักษุแพทย์ หรือ กรณีที่โรงพยาบาลไม่มีจักษุแพทย์ แต่ได้แนะนำหรือส่งผู้ป่วยไปตรวจในโรงพยาบาลที่มีจักษุแพทย์ หรือ ตรวจด้วยเครื่อง Fundus camera โดยมีพยาบาลหรือผู้อื่นที่ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้ตรวจ ในสองกรณีหลังนี้จะต้องมีเอกสารแจ้งผลการตรวจชัดเจนจึงจะนับว่า ผู้ป่วยได้รับการตรวจจอประสาทตา ทั้งนี้ต้องระบุวันเดือนปีที่ได้รับการตรวจด้วยกรณีที่ได้รับการตรวจด้วย Fundus camera ต้องระบุว่าได้ส่งต่อจักษุแพทย์หรือไม่เพื่อยืนยันผลการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้าน microvascular

8. การตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีหมายถึง การตรวจคัดกรองสุขภาพฟัน และการตรวจรักษาโรคในช่องปาก ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การรักษาเหงือก การรักษารากฟัน การผ่าฟันคุด การใส่ฟันปลอม เป็นต้น ซึ่งตรวจโดยทันตแพทย์หรือบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเท่านั้น วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพปาก

9. การตรวจเท้าอย่างละเอียดประจำปีหมายถึง การตรวจเท้าครบทั้งสี่ประการดังนี้ 1) การสังเกตสภาพผิวหนังภายนอก 2) การสังเกตรูปเท้า 3) การตรวจปลายประสาทเท้า 4) การคลำชีพจรเท้า (หรือ ABI) โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้าน macrovascular และ neuropathy

10. การสอนให้ตรวจและดูเท้าด้วยตนเองหรือสอนผู้ดูแลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีหมายถึง การสอนนั้นต้องครอบคลุมเรื่องตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง และสังเกตสภาพผิวหนัง รอยช้ำ และรูปร่างเท้า ซึ่งอาจจะแจกแผ่นพับความรู้หรือไม่ก็ได้ วัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

11. การให้คำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่หมายถึง การให้คำปรึกษาแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง หรือเข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ หรือมีการใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่ วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการ 8 รายการ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจหาระดับ Fasting Plasma Glucose หมายถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปรากฏในเวชระเบียนจากการเจาะเลือดตรวจน้ำตาลหลังอดอาหารโดยเจาะผ่านเส้นเลือดดำ ซึ่งไม่ใช่จากปลายนิ้วและต้องผ่านการตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติโดยไม่นับรวมผลการตรวจหาระดับน้ำตาลเจาะจากเส้นเลือดดำแล้วมาหยดเลือดลงบน Dipstick วัตถุประสงค์เพื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

2. การตรวจพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับ HbA1c < 7% หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลที่จับกับ Hemoglobinในกระแสเลือดที่เรียกว่า HbA1c มีค่าน้อยกว่า 7% วัตถุประสงค์เพื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

3. การตรวจหาระดับ LDL ประจำปีหมายถึง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปรากฏในเวชระเบียน เป็นค่าที่แพทย์สั่งตรวจครั้งล่าสุด หากไม่มีข้อมูลล่าสุดให้ทำการย้อนดูเวชระเบียนก่อนหน้านั้น แต่ต้องไม่เกิน 12 เดือนนับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์ตามนัดครั้งสุดท้ายวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. การตรวจวัดระดับความดันโลหิตสูงหมายถึง ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่ OPD เฉพาะโรคเบาหวาน หรือ OPD อายุรกรรมทั่วไป หรือ OPD เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลในวันที่เข้าร่วมโครงการ หากไม่มีข้อมูลล่าสุดให้ทำการย้อนดูเวชระเบียนก่อนหน้านั้น แต่ต้องไม่เกิน 12 เดือนนับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์ตามนัดครั้งสุดท้าย จำนวน 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 หมายถึงค่า BP ครั้งล่าสุดที่มาติดตามการรักษาครั้งที่ 2 หมายถึง ค่า BP ก่อนหน้าครั้งล่าสุด นั่นคือวันก่อนเข้าร่วมโครงการ วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

5. การตรวจพบแผลที่เท้าหมายถึง การพบแผลที่เท้า ถลอก ฉีกขาด แผลแห้งดำ (Dry Gangrene) รวมทั้งเท้าที่มีลักษณะอักเสบ บวมแดง และโรคน้ำกัดเท้าด้วย (ไม่นับกรณีการตรวจพบบาดแผลที่นิ้วมือ มือ ข้อมือ และแขน) สำหรับ ตาปลา ถ้ามีอาการกดเจ็บ อักเสบ บวมแดงชัดเจน ให้ถือว่ามีแผลด้วย (ถ้าตาปลากดไม่เจ็บ ไม่มีการอักเสบ บวมแดง ถือว่าไม่มีแผล) วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงด้าน Macrovascular และ Neuropathy

6. การตัดนิ้วเท้า, เท้าหรือขาหมายถึง การตัดเนื่องจากมีแผลจนเกิดการติดเชื้อจนต้องตัดทิ้ง (Amputation) หมายรวมถึงการเกิดDry Gangrene แล้วอวัยวะนั้นหลุดออกเอง (Autoamputation) ด้วย ทั้งนี้ ให้เก็บเฉพาะรายที่ถูกตัดครั้งแรก หรือ ถูกตัดเพิ่มเติม รวมถึงการเกิด Dry Gangrene ขึ้นครั้งแรก หรือ เกิด Dry Gangrene มากกว่าเดิมในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา วัตถุประสงค์เพื่อการมีระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

7. การตรวจหา Diabetic Retinopathy หมายถึง โรคตาจากเบาหวานมีผลการตรวจพบ

1. Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (NPDR) ซึ่งแบ่งออกเป็น Mild NPDR, Moderate NPDR และ Severe NPDR

2. Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR)

3. Macular Edema ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานการบันทึกจากแพทย์ยืนยันผลการตรวจด้วยหาปรากฏผลการตรวจจอประสาทตาอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้นให้ถือว่าผู้ป่วยเป็นDR วัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

8. การตรวจหา Diabetic Nephropathy หมายถึง โรคไตจากเบาหวานจากการวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียนเท่านั้น การตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมาในน้ำปัสสาวะ (Albuminuria) วัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้นำโครงร่างเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผ่านการอนุมัติ หมายเลขรับรอง 82/2559 หลังจากนั้นได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลป่าแดด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล โดยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆทั้งต่อบุคคลและองค์กร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังจากการได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลในคลินิกโรคเบาหวานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย

2. ผู้ศึกษาชี้แจงขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลกับทีมที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลป่าแดด โดยผู้ศึกษาแจ้งว่าจะทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยตามแบบบันทึกด้วยตัวผู้ศึกษาเองที่คลินิกโรคเบาหวาน

3. ผู้ศึกษาดำเนินการโดยการจับฉลากหมายเลขที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเบาหวานจนครบ300 รายและเริ่มเก็บข้อมูลไปตามลำดับของการจับฉลากโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จนครบ 300 ราย

4. หัวหน้างานคลินิกโรคเบาหวานตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลของผู้ศึกษา

5. หลังจากตรวจสอบความถูกต้องแล้วผู้ศึกษานำข้อมูลจากแบบบันทึกที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบบันทึกการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 203 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.7 อายุระหว่าง 30-87 ปี อายุเฉลี่ย 61.2 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.2±4.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร จัดอยู่ในกลุ่มเกินเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 173 รายคิดเป็นร้อยละ 57.7 (BMI>22.9 Kg./m^2) ส่วนใหญ่ร้อยละ

53 มีอาชีพเกษตรกร และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ30บาทร้อยละ88.3 กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 42.3 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 57.7 และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ31.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ31.3 ดังแสดงในตารางที่1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=300)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	32.3
หญิง	203	67.7
อายุ		
30-39 ปี	3	1.0
40-49 ปี	28	9.3
50-59 ปี	98	32.7
60-69 ปี	117	39.0
70-79 ปี	40	13.3
80-89 ปี	14	4.7
อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	61.2±9.6 ปี	
ดัชนีมวลกาย (BMI)(กิโลกรัม/ตารางเมตร)	24.2±4.5 ปี	
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	159	53.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ,แม่บ้าน,อยู่บ้านเฉยๆ	107	35.7
รับจ้างรายวันอื่นๆ	16	5.4
เจ้าของธุรกิจค้าขายและให้บริการ	10	3.3
ข้าราชการ	4	1.4
ลูกจ้างของรัฐ	1	0.3
พนักงาน ภาคเอกชน	1	0.3
ประมง	1	0.3
พระภิกษุ นักบวช แม่ชี	1	0.3
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท	265	88.3
สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	30	10.0

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิประกันสังคม	4	1.4
สิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	1	0.3
การมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม		
ไม่มี	127	42.3
มี	173	57.7
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน(ปี)		
1-5	94	31.3
6-10	95	31.7
11-15	79	26.3
16-20	24	8.0
21 ขึ้นไป	8	2.7
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9±5.5 (ปี)		

2. การเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2(N=300)

การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการ 11รายการคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มี 8 รายการผ่านเกณฑ์ 6 รายการ คิดเป็นร้อยละ75 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.7 ได้รับการตรวจ HbA1c แต่มีค่าระดับ HbA1c <ร้อยละ7 คิดเป็นร้อยละ 37.8 (เกณฑ์HDC≥ร้อยละ40) และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.3 ได้รับการตรวจ Lipid profile พบมีระดับ LDL <100mg/dl ร้อยละ 46.9(เกณฑ์HDC≥ร้อยละ60) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานะการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

รายการ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน	สถานะ
การเข้าถึงบริการ			
1.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับ HbA1c ประจำปีอย่างน้อย 1ครั้งต่อปี	≥60	92.7	ผ่านเกณฑ์
2.ร้อยละของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	≤2	2.0	ผ่านเกณฑ์
3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Lipid profileประจำปี	≥60	95.3	ผ่านเกณฑ์
4.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานอายุ40ปีขึ้นไปได้รับยาแอสไพริน	>50	58.9	ผ่านเกณฑ์

รายการ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน	สถานะ
5.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Microalbuminuria ประจำปี	≥60	93.0	ผ่านเกณฑ์
6.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มี Microalbuminuria ได้รับยากลุ่ม ACE inhibitor หรือ ARB	≥60	79.7	ผ่านเกณฑ์
7.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา ประจำปีอย่างน้อย 1ครั้งต่อปี	≥60	86.0	ผ่านเกณฑ์
8.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ประจำปีอย่างน้อย 1ครั้งต่อปี	≥60	98.0	ผ่านเกณฑ์
9.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียดประจำปี	≥60	97.7	ผ่านเกณฑ์
10.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนให้ตรวจและดูเท้าด้วยตนเองหรือสอนผู้ดูแลอย่างน้อย1 ครั้งต่อปี	≥60	97.7	ผ่านเกณฑ์
11.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำปรึกษาให้เลิกสูบบุหรี่	≥60	80.0	ผ่านเกณฑ์
ผลลัพธ์การเข้าถึงบริการ			
1.ร้อยละของระดับ Fasting Plasma Glucose ในผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้(70-130mg/dl)	≥40	56.0	ผ่านเกณฑ์
2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c < 7.0%	≥40	37.8	ไม่ผ่านเกณฑ์
3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ LDL <100mg/dl	≥60	46.9	ไม่ผ่านเกณฑ์
4.ร้อยละของการมีระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความดันโลหิต≤130/80mmHg	≥60	91.0	ผ่านเกณฑ์
5.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	≤10	0.0	ผ่านเกณฑ์
6.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า, เท้าหรือขา	≤2	0.0	ผ่านเกณฑ์
7.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น Diabetic Retinopathy	≤10	0.0	ผ่านเกณฑ์
8.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น Diabetic Nephropathy	≤10	0.0	ผ่านเกณฑ์

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโรงพยาบาลป่าแดด สามารถให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์มาตรฐานที่

กำหนดไว้ครบทั้ง 11 รายการ แต่ผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการ 8 รายการผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 6 รายการ ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 2 รายการ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง 300 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีจำนวน 203 ราย คิดเป็นร้อยละ67.7 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.2±9.6 ปี ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด คือ 60-69 ปี มีจำนวน 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.0 การเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าถึงบริการครบทั้ง 11 รายการ ส่วนผลลัพธ์การเข้าถึงบริการ 8 รายการผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 6 รายการไม่ผ่านเกณฑ์ 2 รายการได้แก่ ผลลัพธ์การเข้าถึงบริการ รายการที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c <7.0% พบว่าในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมระดับ HbA1c คิดเป็นร้อยละ 37.8 (เกณฑ์HDC≥ร้อยละ40) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม(HbA1c) นั้นขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ ซึ่งแต่ละบุคคลอาจจะทำได้ไม่เหมือนกัน ทั้งที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เหมือนกัน ดังเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.7 (BMI>22.9 Kg./m^2) และมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.2±4.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร จัดอยู่ในกลุ่มเกินเกณฑ์มาตรฐานสอดคล้องกับการศึกษาของราม รังสินธุ์, 2558 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ68.4 ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมน้ำหนักให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการควบคุมพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายยังไม่ได้ผลดีทำให้ส่งผลถึงผลลัพธ์การเข้าถึงบริการ รายการที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ LDL <100mg/dlไม่ผ่านเกณฑ์มีเพียงร้อยละ46.9(เกณฑ์HDC≥ร้อยละ60) สอดคล้องกับการศึกษาของดุษฎี พวงสุมาลย์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2555) ที่พบว่าปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดของผู้ป่วยเกิดจากขาดการดูแลตนเองอย่างเข้มงวด และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเสนอผู้บริหารเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลป่าแดดต่อไป

2.ข้อมูลจากผลการศึกษานำไปเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลระดับเดียวกันเพื่อการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และหาแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. ควรเพิ่มการศึกษาการเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

ดุษฎี พวงสุมาลย์, และปราโมทย์วงศ์สวัสดิ์. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบางกรวย อำเภอบางกรวย*. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิต ศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2 วันที่ 4-5 กันยายน 2555 ณ อาคารสัมมนา 1-2 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

นุชรี อาบสุวรรณ, และนิตยา พันธุเวทย์. (2557). *ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2556 (ปีงบประมาณ 2557)*. สืบค้นจาก http://thaincd.com/document/hot%20news.8156.pdf.

ราม รังสินธุ์และคณะ. (2558). *การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปี2558*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย.

โรงพยาบาลป่าแดด. (2558). *สรุปผลงานการดำเนินงานงานการพยาบาลคลินิกพิเศษ ปี 2558 โรงพยาบาลป่าแดด จังหวัดเชียงราย*.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). *แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง จำกัด.

Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., Williams, R., & IDF Diabetes Atlas Committee (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9 th edition. *Diabetes research and clinical practice, 157*, 107843.

Yamane, Taro. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*, 2nd Edition, New York: Harper and Row.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Early Postpartum Hemorrhage for Vaginal Delivery in a Labor Room, Songkhla Hospital

ภคินี ขุนเศรษฐ์*
Pakinee Kunsete*
โรงพยาบาลสงขลา*
Songkhla Hospital*

(Received: 17 July, 2021; Revised: 3 August, 2021; Accepted: 6 August, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติ ดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และมารดาคลอดที่อยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติ ทดสอบความเที่ยงได้ค่าความสอดคล้องของผู้ประเมินเท่ากับ 0.99 แบบประเมินภาวะตกเลือดใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด ทดสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ร้อยละ และสถิติ One Sample T–Test

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสัญญาณเตือนของการตกเลือด ภายหลังทารกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด 2) การนวดมดลูก ภายหลังรกคลอด 3) ประเมินปริมาณเลือด ภายหลังคลอด 1 ชั่วโมง และ 4) ประเมินปริมาณเลือด ภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า มารดาเสียเลือดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมารดาร้อยละ 96.43 มีการหดรัดตัวของมดลูกดี ระดับสัญญาณชีพปกติและไม่มีอาการผิดปกติหลังคลอด ผลการประเมินผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า แนวปฏิบัติ มีความง่ายและเหมาะสมในการนำไปใช้ จากผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีประสิทธิผลดีการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และหน่วยงานอื่นสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติการพยาบาล, คลอดทางช่องคลอด, ตกเลือดหลังคลอด, ห้องคลอด

*ผู้ให้การติดต่อ ภคินี ขุนเศรษฐ์ e-mail: pakineetim@hotmail.com

Abstract

The objectives of this study were to develop a nursing practice guideline for the prevention of early postpartum hemorrhage among mothers who had a vaginal birth and to examine the outcomes after applying the guideline. This guideline included 3 stages: 1) the preparation; 2) the implementation; and 3) the evaluation. Participants were nurses who used the guideline and 56 mothers who had given birth within the previous 2 hours. The research tool was the nursing practice guideline for preventing early postpartum hemorrhage for vaginal delivery. The data collection tools included the medical record review form, the guideline assessment, and the 2-hour postpartum hemorrhage assessment. Data was analyzed and used to create a nursing practice guideline. Three experts conducted an accuracy test and the result of an accuracy test between the assessors was 0.95. The Cronbach's alpha coefficient of the 2-hour postpartum hemorrhage assessment was 0.89. Data were analyzed using descriptive analysis and one sample t-test.

The results showed that a nursing practice guideline for the prevention of early postpartum hemorrhage for vaginal delivery in Songkhla Hospital consists of 4 steps:
1) assessment of warning signs of postpartum hemorrhage up to 2 hours of postpartum; 2) postpartum massage; 3)1-hour postpartum blood volume assessment; and 4) 2-hour postpartum blood volume assessment. After applying this guideline, it was found that postpartum hemorrhages decreased significantly, with less than 500 cc (p-value= 0.001). 96.43% of mothers had good contractions, normal vital signs, and no postpartum abnormalities. In practice, nurses reported that this guideline was easy to understand and appropriate to use for preventing early postpartum hemorrhages. It can be concluded that this guideline is effective for the prevention of early postpartum hemorrhage among mothers who had a vaginal birth. Nurses in other health care centers can implement this nursing practice guideline effectively.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guidelines, Vaginal Delivery, Postpartum Hemorrhage, Labor Room

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลักทางสูติกรรม และเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 5 อันดับแรกของมารดาหลังคลอดทั่วโลก (ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ, 2560; ประการณ์ องอาจบุญ, 2011) การรายงานสถิติของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่า มารดาหลังคลอดเสียชีวิตจากการตกเลือด คิดเป็นร้อยละ 19.7 (Say et al., 2014 อ้างใน ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ, 2560) ในส่วนของประเทศไทย จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) พบว่าในปี พ.ศ.2560 – 2563 มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดทั่วประเทศ คิดเป็น 21.80, 19.90, 20.30 และ 23.10

ต่อแสนของการเกิดมีชีพ ตามลำดับ ส่วนรายงานการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดจากสาเหตุการตกเลือดในเขตสุขภาพที่ 12 ในระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึง 2563 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 30.97, 35.01, 41.92 และ 33.67 ต่อแสนของการเกิดมีชีพ นอกจากนี้ ยังพบว่าสถิติของเขตสุขภาพที่ 12 ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึง 25 มีนาคม 2564 มีอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 42.66 ต่อแสนของการเกิดมีชีพ สำหรับสถิติของโรงพยาบาลสงขลา ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน (ปี พ.ศ. 2560-2563) พบว่า มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 0.99, 1.52, 1.76 และ 1.72 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 0.22, 1.96, 5.77 และ 5.56 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุการตกเลือดหลังคลอด พบว่า ร้อยละ 80 เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine Atony) และร้อยละ 20 เกิดจากภาวะรกค้าง (Retained Placenta) หากมารดาหลังคลอดไม่ได้รับการป้องกันและการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที อาจทำให้การตกเลือดรุนแรงขึ้น ดังนั้น พยาบาลในหน่วยงานห้องคลอดที่มีหน้าที่ดูแลมารดาหลังคลอดในระยะนี้จึงมีความสำคัญ และจำเป็นต้องมีความสามารถและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

ในช่วงปี พ.ศ.2560-2563 ห้องคลอดได้พัฒนาและปรับปรุงวิธีการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำแผนการดำเนินการต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดการเร่งด่วนเมื่อมารดาเข้าสู่ระยะที่ 3 ของการคลอด โดยการบูรณาการแนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย ในการดูแลมารดาระยะคลอด การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการทำคลอดรกแบบ Controlled Cord Traction เพื่อลดระยะเวลาในการสูญเสียเลือดจากการคลอดในระยะที่ 3 และการจัดทำนวัตกรรมถุงตวงเลือดเพื่อใช้ประเมินปริมาณการเสียเลือดได้แม่นยำขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยระดับความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพงานในรูปแบบการพัฒนาที่มุ่งเน้นการทำงานแบบทีมคร่อมสายงาน (Patient Care Team) แต่พบว่า ยังมีมารดาที่คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 9.57 เกิดภาวะตกเลือดในระยะ 1 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งจากการทบทวนเชิงระบบและรายกรณี พบว่า แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 4 (หลังคลอด 2 ชั่วโมง) เดิม มีขั้นตอนการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในเชิงรุกยังไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถประเมินและวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้ นอกจากนี้ ยังขาดการนำเครื่องมือ Modified Early Obstetric Warning Signs (MEOWS) มาใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของมารดาภายหลังทารกคลอด รวมทั้งไม่ได้ประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างในโพรงมดลูกโดยการกดไล่ก้อนเลือดภายหลังคลอด 1 ชั่วโมง เพื่อนำมาคำนวณปริมาณเลือดที่ออกสะสม ทำให้การประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่ถูกต้อง และไม่สามารถป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างทันเวลา ส่งผลกระทบทำให้การตกเลือดหลังคลอดทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการทบทวนความรู้จากตำราสูติศาสตร์ พบว่า หากมารดาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีอาจทำให้มารดาบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์จำเป็นต้องช่วยชีวิตด้วยการตัดมดลูก และบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด เช่น ภาวะไตวาย ภาวะ Sheehan's Syndrome ได้ (ปทุมมา กังวาตระกูล และอ้อยอิ่น อินยาศรี, 2560) ในกรณีนี้ จากสถิติของโรงพยาบาลสงขลา ในปี พ.ศ.2561 – มีนาคม 2564 พบอุบัติการณ์มารดาหลังคลอดต้องตัดมดลูก 1 ราย แต่ไม่พบอุบัติการณ์มารดาเกิดภาวะ Sheehan's Syndrome หรือภาวะไตวายจากการตกเลือดหลังคลอด

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเชิงระบบและวิเคราะห์การใช้แนวทางปฏิบัติเดิม สำหรับป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า มีปัญหา 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนการพยาบาลในการดูแล

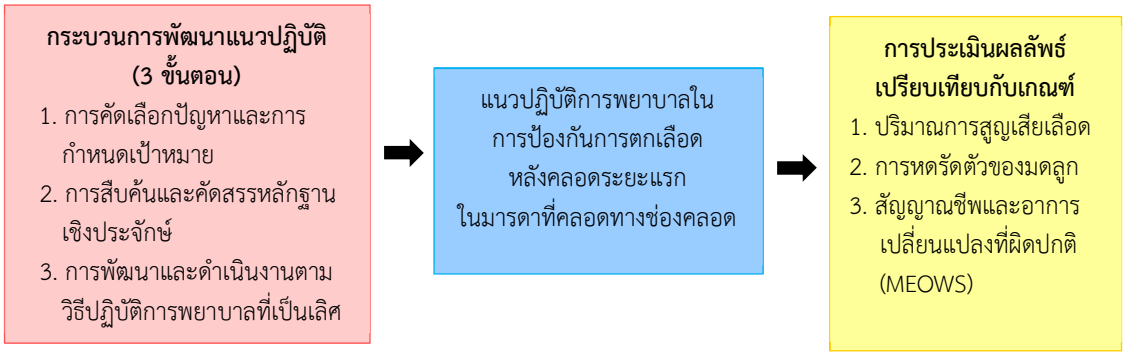
มารดาในห้องคลอดยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง และปัญหาของมารดาในระยะตั้งครรภ์ 2) ขาดความชัดเจนในการนำเครื่องมือ MEOWS มาใช้ในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อมารดาอยู่ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด และ 3) ขาดการประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างในโพรงมดลูกที่ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งจากการทบทวน พบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะลดปัญหาจากการปฏิบัติที่หลากหลาย และทำให้เห็นผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ดี และมีความชัดเจนขึ้น (ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง,สุพางศ์พรรณ พาดกลาง และจีรพร จักษุจินดา, 2557) ทั้งนี้เนื่องจาก แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยทางการพยาบาล และประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เกิดความคุ้มค่าและนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล (ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาดา วิภวกานต์ และอารี กิ่งเล็ก, 2559) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลายโรงพยาบาลมีการปรับปรุงระบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ นววรรณ มณีจันทร์ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของโรงพยาบาลราชบุรี และการศึกษาของปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิ่น อินยาศรี. (2560) วิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี รวมทั้งการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2562 - 2564 แม้ว่าจะมีการพัฒนาและนำเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของสถานพยาบาลต่าง ๆ แต่เนื่องจากแนวปฏิบัติของแต่ละแห่ง ได้พัฒนาขึ้นตามบริบทการทำงานเฉพาะที่ซึ่งจะเห็นว่า มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการทำงานของแต่ละแห่ง ดังนั้นเมื่อพิจารณาแนวปฏิบัติดังกล่าวแล้ว พบว่า ยังมีข้อจำกัดและความแตกต่างในเรื่องบริบทการทำงานในหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถนำแนวปฏิบัติที่มีการนำเสนออยู่แล้วมาใช้ได้อย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้ไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการลดปัญหาตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลสงขลาได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา โดยยึดแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาล (2553) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา และเพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการทำวิจัยในครั้งนี้ มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการการคลอดในโรงพยาบาลสงขลา ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาล (2553) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ การมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ และการประเมินแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม ทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย ผู้วิจัยได้ให้คณะกรรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง ที่เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน โดยใช้ตารางประเมินความเสี่ยง (Risk Matrix) ซึ่งแบ่งความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ และระดับความรุนแรงของความเสี่ยง 9 ระดับ (A-I) ซึ่งพบว่า ปัญหาการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยจึงวางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา และมอบหมายผู้รับผิดชอบในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และติดตามการดำเนินงาน โดยได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์และการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 2 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2563 จำนวน 109 ฉบับ โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษา ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดการตกเลือดภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยมารดาที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ มารดาครรภ์หลัง มารดามีภาวะโลหิตจางและมารดาที่มีภาวะรก

ค้าง ในส่วนการดูแล พบว่า ขาดการนำเครื่องมือ Modified Early Obstetric Warning Signs (MEOWS) มาใช้ในการประเมินมารดาอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 2 ของการคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด จึงไม่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างทันเวลา ขาดการดูแลต่อเนื่องในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ในเรื่องการประเมินและการนวดมดลูก การทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดแบบเดิม พบว่า ไม่ครอบคลุมการดูแลมารดาภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 2 ของการคลอดจนถึง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งจากการทบทวน พบว่า ช่วงเวลานี้มีมารดาตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด และไม่มีการประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างอยู่ในโพรงมดลูกที่ 1 ชั่วโมงภายหลังคลอด จึงทำให้การป้องกันการตกเลือดไม่เกิดประสิทธิภาพในเชิงรุก และขั้นตอนการดูแลมารดาหลังคลอดไม่ชัดเจน จึงทำให้เกิดความหลากหลายของแนวปฏิบัติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จากการทบทวนนำข้อมูลที่ได้มาจัดเตรียมความพร้อมของทีมที่เข้าร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

คณะกรรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ได้นำแนวคิดของ PICO Framework (Sackett, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 1997; Schardt, Adams, Owens, Keitz, & Fontelo, 2007) มาใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

P (Patient Population): มารดาที่คลอดทางช่องคลอดและเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

I (Intervention): การประเมินสัญญาณเตือนของการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้เครื่องมือ MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Signs) การประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและการนวดคลึงมดลูก การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือด

C (Comparison): เปรียบกับเกณฑ์มาตรฐานการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด

O (Outcome): ลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและคุณภาพการพยาบาล

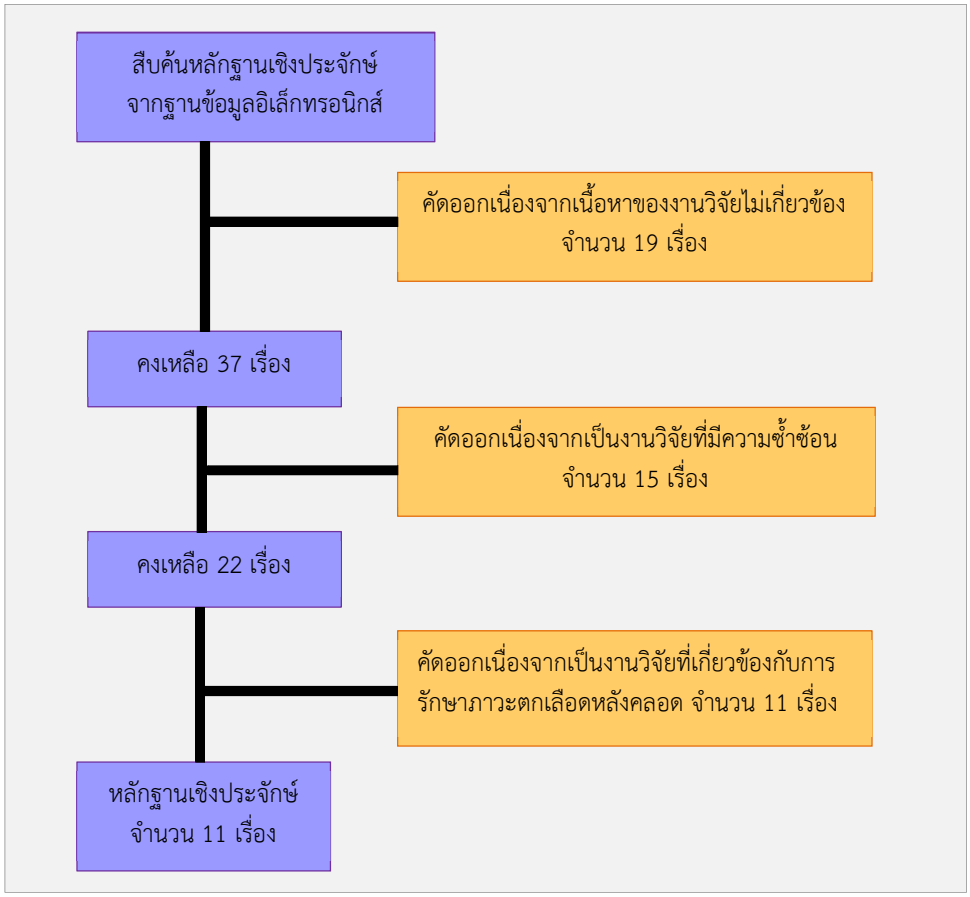
ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ประกอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ได้กำหนดการสืบค้นจากฐานข้อมูลและช่วงปีที่ใช้ในการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

2. การคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารเข้า และคัดเลือกเอกสารออก (วชิรา โพธิ์ใส และชนกพร จิตปัญญา, 2564)

เกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารเข้า คือ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย แนวปฏิบัติหรือการสังเคราะห์วรรณกรรมทุกรูปแบบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

เกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารออก คือ งานวิจัยที่ไม่มีการให้รายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

หลังจากนั้นวิเคราะห์แต่ละงานวิจัยทั้งหมด 56 งานวิจัย โดยทำการอ่านบทคัดย่อ และคัดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องออก 19 เรื่อง จากนั้นอ่านบทคัดย่อรวมทั้งเนื้อเรื่องและคัดงานวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องออก 26 เรื่อง คงเหลืองานวิจัยทั้งหมด 11 เรื่อง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผลการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา มีกิจกรรมในการดำเนินงานดังนี้

1. เตรียมความพร้อมของพยาบาลห้องคลอด โดยการให้ความรู้ในการประเมินสัญญาณเตือนของการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้เครื่องมือ MEOWS การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือด และฝึกทักษะการนวดคลึงมดลูกอย่างถูกวิธี

2. คัดเลือกและแต่งตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

3. ยกร่าง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

4. นำ ยกร่าง แนวปฏิบัติฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม และหัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ หลังจากนั้น นำ ยกร่าง แนวปฏิบัติฯ มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำ ยกร่าง แนวปฏิบัติฯ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือมาให้พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 1 คน ได้ทดลองใช้กับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 10 คน จากนั้นนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบเพื่อหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยการคำนวณความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมิน

6. เก็บรวบรวมข้อมูล ค้นหาปัญหาหลังการทดลองใช้ โดยให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความยากง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (พัฒธมณฑ์ แก้วแสง และแสงอรุณ อิสระมาลัย, 2560) ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

7. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ความยากง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด อีกครั้ง

8. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา แบบสมบูรณ์ ไปทดลองใช้กับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 56 คน และดำเนินการติดตามผล

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นกระบวนการสนับสนุน และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ

1. เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดตามแนวปฏิบัติฯที่ได้พัฒนาขึ้น ทั้งในระยะทดลองเครื่องมือและระยะประเมินผล

2. สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับ ความยากง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

3. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา จากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 คน

4. ประเมินผลหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้ง 56 คน โดยประเมินจาก ปริมาณการสูญเสียเลือดเปรียบเทียบกับเกณฑ์การตกเลือดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย (2558) การหดรัดตัวของมดลูกเปรียบเทียบกับเกณฑ์การหดรัดตัวของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย (2563) การประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติโดยใช้เครื่องมือ MEOWS เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือด (พลพันธ์ บุญมาก, โฉมพิลาศ จงสมชัย, 2559)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 3 คน และ 2) กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2564 จำนวน 56 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา 5 ปีขึ้นไป โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 คน และเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 1 คน

2. กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ที่มาคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2564 จำนวน 56 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test Family เลือก T-Test, Statistical Test เลือก Mean: Difference From Constant (One Sample Case) เลือก One Tail กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน เผื่อร้อยละ 10 เท่ากับ 56 คน สุ่มตัวอย่างโดยการหยิบฉลากจากผู้รับบริการในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และเสาร์ กรณีที่มารดาหรือทารกในครรภ์มีปัญหาและมีข้อบ่งชี้ที่แพทย์พิจารณาให้การช่วยเหลือโดยการผ่าตัดคลอด จะตัดกลุ่มตัวอย่างออก ซึ่งจากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ครบทั้ง 56 คน ตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

1.1 แบบบันทึกเวชระเบียนมารดาตกเลือดหลังคลอด ตามแบบฟอร์ม Trigger Tool ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา สำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ใช้ประเมินความยากง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา

2.2 แบบประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ใช้ประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสงขลา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา สำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้นำไปให้กับพยาบาลห้องคลอด จำนวน 3 คนได้ทดลองใช้กับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จากนั้นนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบเพื่อหาความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability) โดยการคำนวณความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมิน ได้ค่าความสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ 0.9980 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลสงขลา และพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ หลังการนำไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลมีความเข้าใจในข้อคำถามตรงกัน และได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และการเก็บข้อมูลการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จะใช้พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่เหลืออีก จำนวน 12 คน ที่จะเป็นผู้ทำแบบประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมในระยะทดลองใช้มาวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปผลเกี่ยวกับการประเมินการใช้แนวปฏิบัติ ความยากง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา และการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติไปทำการปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่มีความเหมาะสมในการนำมาใช้มากที่สุด โดยการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา สำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ และการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด วิเคราะห์โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ร้อยละ และสถิติ One Sample T-Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลา โดยมีเลขที่รับรอง SKH IRB 2021-Nrt-IN3-1030 ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในใบยินยอมร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 2 ของการคลอด (ภายหลังทารกคลอด) จนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ให้ประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทุก 15 นาที โดยใช้เครื่องมือ MEOWS หากประเมินแล้วมี 1 Red Trigger หรือ 2 Yellow Trigger ให้แก้ไขเบื้องต้นและรายงานสูติแพทย์ทันที

ขั้นตอนที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด (ภายหลังรกคลอดสมบูรณ์) ให้กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก โดยการนวดคลึงมดลูกทันทีเป็นเวลา 2 นาที หลังจากนั้นให้นวดคลึงมดลูกเป็นระยะ ทุก 5-10 นาที และประเมินการหดรัดตัวของมดลูก หากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ให้รายงานสูติแพทย์ทราบทันที

ขั้นตอนที่ 3 ภายหลังคลอด 1 ชั่วโมง ให้ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือด โดยทำการกดไล่ก้อนเลือดเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างในโพรงมดลูก และนำมารวมกับปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการคลอดเป็นปริมาณเลือดที่ออกสะสม หากปริมาณเลือดสะสม ≥500 มล. ให้ถือว่า มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้รายงานสูติแพทย์ทราบทันที

ขั้นตอนที่ 4 ภายในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ให้ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือด โดยการกดไล่ก้อนเลือดเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างอยู่ในโพรงมดลูกในชั่วโมงที่ 2 หลังการคลอด และนำปริมาณเลือดที่ได้ทั้งจากระหว่างการคลอด และระยะหลังคลอดที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยนำปริมาณเลือดทั้ง 3 ระยะมารวมกันเป็นปริมาณเลือดที่ออกสะสม หากปริมาณเลือดสะสม ≥500 มล. ให้ถือว่า มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้รายงานสูติแพทย์ทราบทันที

2. การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา จาก ปริมาณการสูญเสียเลือด การหดรัดตัวของมดลูก และสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติโดยใช้เครื่องมือ MEOWS เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ผลการวิจัย พบว่า ได้ผลลัพธ์ดีขึ้นในทุกด้าน และสามารถนำมาสรุปได้ตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเปรียบเทียบกับปริมาณการสูญเสียเลือด (N=56)

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ	N	$\bar{x}$	SD	t	df	P-value* (1-tailed)
ปริมาณการสูญเสียเลือด	56	144.37	50.027	-53.19	55	<0.001

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา มารดามีปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอดน้อยกว่า 500 มล. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเปรียบเทียบกับการหดรัดตัวของมดลูก (N=56)

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ	N	จำนวนมารดาที่มดลูกหดรัดตัวดี	ร้อยละ	จำนวนมารดาที่มดลูกหดรัดตัวไม่ดี	ร้อยละ
การหดรัดตัวของมดลูก	56	54	96.43	2	3.57

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.43) มีการหดรัดตัวของมดลูกดี และมีมารดาเพียง 2 ราย (ร้อยละ 3.57) ที่มีการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติโดยการใช้เครื่องมือ MEOWS (N=56)

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินสัญญาณชีพและอาการผิดปกติ อยู่ในระดับ 1 Red Trigger	0	0.00
การประเมินสัญญาณชีพและอาการผิดปกติ อยู่ในระดับ 2 Yellow Trigger	2	3.57
ระดับชีพจร อยู่ระหว่าง 100-120 ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจ อยู่ระหว่าง 22-30 ครั้ง/นาที	2	3.57

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยการใช้เครื่องมือ MEOWS ในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า มีมารดาจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 3.57) มีสัญญาณชีพและอาการ ผิดปกติ อยู่ในระดับ 2 Yellow Trigger โดยมารดาทั้ง 2 ราย มีระดับชีพจรอยู่ระหว่าง 100 - 120 ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20 - 22 ครั้ง/นาที

การอภิปรายผล

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ซึ่งผู้วิจัยได้ให้พยาบาลห้องคลอดผู้ใช้แนวปฏิบัติ เป็นผู้ประเมินความยากง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเหมาะสมในการป้องกันเชิงรุก และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจากการประเมินและข้อเสนอแนะจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทำให้เกิดมุมมองของการแสดงความคิดเห็นในการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องคลอด ในการแก้ไขปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้ผู้บริหารองค์กร เห็นว่าองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การพัฒนาระบบบริการสัมฤทธิ์ผลและเกิดความยั่งยืนได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ส่งผลให้พยาบาลห้องคลอดเกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ และเกิดความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ หุ่นศิริ (2556) ที่ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอนามัยแม่

และเด็ก พบว่า การมีส่วนร่วมทำให้พยาบาลห้องคลอดมีความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยการ ยกร่าง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ได้ผ่านการพิจารณายกร่างจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำมาทดลองใช้กับพยาบาลห้องคลอด ซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยให้พยาบาลประเมินผลการทดลองใช้ ซึ่งสรุปผลการประเมินได้ว่า แนวปฏิบัติมีความเหมาะสม มีความง่าย สะดวกต่อการใช้และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในกระบวนการดูแลมารดาหลังคลอด ให้รอดพ้นจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทั้งนี้ เนื่องจาก แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเป็นการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งช่วยให้พยาบาลห้องคลอดสามารถดักจับปัญหา และประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สามารถวางแผนป้องกันการตกเลือดได้อย่างทันเวลา ทำให้กระบวนการดูแลมารดาหลังคลอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมารดาหลังคลอดได้รับความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา มีความสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาล (2553) ที่มีการคัดเลือกปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การสืบค้นและการคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศสู่กระบวนการปรับปรุงแก้ไข และการประเมินผลก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติมาใช้จริง ทำให้พยาบาลห้องคลอดมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด ที่มีความชัดเจนในทุกขั้นตอนสำคัญ ส่งผลให้การดูแลมารดาหลังคลอดให้รอดพ้นจากภาวะตกเลือดหลังคลอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดี มารดาทุกรายไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ส่งผลให้มารดาได้รับการดูแลอย่างเป็นไปในแนวเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยมาศ โสมศรีแพง, สุพางศ์พรรณ พาดกลาง และจีรพร จักษุจินดา (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด

สรุปผลการวิจัย

จากการทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แบบเดิม พบว่า แนวปฏิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเชิงรุก ทำให้ไม่สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างทันเวลา และขั้นตอนการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไม่ชัดเจน จึงทำให้เกิดการปฏิบัติที่มีความหลากหลายไม่เป็นไปในแนวเดียวกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จากปัญหาดังกล่าว จึงนำมาสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา โดยการนำแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาล (2553) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีวิธีการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ การมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติและการประเมินแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การใช้เครื่องมือ MEOWS ในการประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 2 ของการคลอด (ภายหลังทารกคลอด) จนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ขั้นตอนที่ 2 การกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก โดยการนวดคลึงมดลูก และการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด (ภายหลังรกคลอดสมบูรณ์)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอด 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง

การประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา สำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ สรุปผลการวิจัยได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา มีความเหมาะสม สามารถนำมาใช้ได้ง่าย เป็นแนวปฏิบัติฯที่เป็นประโยชน์และสามารถนำมาใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา ได้

การประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา โดยนำมาใช้กับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและอยู่ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 56 คน สรุปผลการวิจัยได้ว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา มารดามีปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอดน้อยกว่า 500 มล. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.43) มีการหดรัดตัวของมดลูกดี และการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยใช้เครื่องมือ MEOWS ผลการวิจัย พบว่า มีมารดาเพียง 2 ราย (ร้อยละ 3.57) ที่มีสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติแต่อยู่ในระดับ 2 Yellow Trigger และไม่พบมารดาหลังคลอดที่มีสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติในระดับ 1 Red Trigger สามารถสรุปผลการวิจัยโดยรวมได้ว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการ

พยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา มารดาหลังคลอดทั้งหมด ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด ผู้บริหารสามารถสนับสนุนหรืออำนวยการให้ผู้ปฏิบัติ นำการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศในการพัฒนาการให้บริการคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการดำเนินงานควรให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งการมีส่วนร่วมในกระบวนการเหล่านี้ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา สังเคราะห์ความรู้ ออกแบบการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ทำให้เกิดการนำแนวทางนั้นไปปฏิบัติจริง เกิดความยั่งยืน และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. ด้านการบริหาร องค์กรพยาบาล สามารถใช้กระบวนการพัฒนาจากการวิจัย เป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติไปยังหน่วยบริการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อคุณภาพการพยาบาล และเมื่อผู้บริหารทางการพยาบาลให้การสนับสนุนนิเทศ ติดตาม จะเป็นแรงผลักดันให้มีการปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างต่อเนื่อง มีมาตรฐาน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ

3. ควรมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล และเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

4. การศึกษาครั้งนี้ ควรมีการขยายผลการศึกษาไปในเครือข่ายระดับจังหวัด เพื่อพัฒนางานห้องคลอดระดับจังหวัดให้มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ควรมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในระหว่างการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID 19) ทำให้มีความจำเป็นต้องกำหนดขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลสงขลา และมีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบของการศึกษาผลลัพธ์ โดยใช้การเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน แทนการประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากตัวชี้วัดคุณภาพ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา 1-2 ปีในการติดตามและวิเคราะห์ผล แต่ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้คิดและไตร่ตรองแล้วว่า ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาในระยะเวลาที่จำกัด โดยใช้การเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานนี้ เป็นผลลัพธ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน และสามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยในครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ หุ่นศิริ. (2556). การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31*(4), 115-120.

กรมอนามัย-กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติการตายและสาเหตุการตายของมารดาทั่วประเทศไทย.* สืบค้น 3 เมษายน 2564 จาก http://dashboard.anamai.moph.go.th.

ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพางศ์พรรณ พาดกลาง และจีรพร จักษุจินดา. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32*(2), 37–44.

ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6*(2), 146–154.

นววรรณ มณีจันทร์. (2560). ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารวิชาการแพทย์, 31*(1), 143-155

บุญทิวา เหล็กแก้ว. (2011). การจัดระบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 7*(1), 55–61.

ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิ่น อินยาศรี.(2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, *33*(2), 121–132.

ประการณ์ องอาจบุญ. (2011). *เอกสารประกอบการสอน ภาวะตกเลือดหลังคลอด PPH*. สืบค้น 7 มกราคม 2564 จาก http://www.phraehospital.go.th/saiyairakphrae/saiyairak/data/dr.pitsanu/ PPH%20copy. pdf.

พลพันธ์ บุญมาก, โฉมพิลาส จงสมชัย. (2559). การดูแลผู้ป่วยสูติกรรมที่มีภาวะตกเลือดรุนแรง. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 31*(3), 343–351.

พัฒธมณฑ์ แก้วแสง, แสงอรุณ อิสระมาลัย. (2560). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก. *วารสารสภาการพยาบาล, 32*(3), 96–98.

ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาดา วิภวกานต์ และอารี กิ่งเล็ก. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, *3*(3), 127-141.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว*. สืบค้น 9 มกราคม 2564 จาก http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB_019.pdf.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด*. สืบค้น 9 มกราคม 2564 จาก http://www.rtcog.or.th/home/wp-

Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf.

วชิรา โพธิ์ใส, ชนกพร จิตปัญญา. (2564). การดูแลประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *เวชสารแพทย์ทหารบก, 74*(2), 153-154.

Say, L., et al. (2014). Global Causes of maternal death: a WHO Systematic analysis. *The Lancet Health*, *2*(6), 323–333.

Sackett D.L, Richardson W.S, Rosenberg W.M.C, Haynes R.B.(1997) *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*.Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.

Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO frameworkto improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 7,16. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-7-1.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี เชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม- เมษายน ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม- สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือน กันยายน- ธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการเชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลายๆชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นการทบทวน องค์ความรู้เรื่องนั้นๆ และให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และพัฒนาองค์ความรู้นี้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings
2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง
3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้นๆ ประเมินคุณภาพผลงานเพื่อพิจารณาก่อนตีพิมพ์ ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป
4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind-Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแก่ผู้เขียน

ผู้เขียนต้องแก้ไขบทความให้ถูกต้องครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตารางใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน– ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 20 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางถัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลัก และผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลัก และผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไป ให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัด และบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเลคทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า มีความยาวไม่เกิน 350 คำ และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, ...ระหว่างคำให้กั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า มีความยาวไม่เกิน 350 คำ กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keyword) 3-5 ให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความวิจัย ส่วนประกอบของเนื้อหาบทความวิจัย เรียงลำดับ ดังนี้

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Introduction)
3. วัตถุประสงค์วิจัย (Objectives)
4. สมมติฐาน (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)
7. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
9. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
10. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
11. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
12. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)

13. ผลการวิจัย (Results)

14. อภิปรายผล (Discussion)

15. สรุปผล (Conclusion)

16. การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication)

17. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)

ส่วนที่ 3 ส่วนเนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ส่วนประกอบของเนื้อหา เรียงตามลำดับ ดังนี้

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)

ส่วนที่ 4 ส่วนการอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA6) ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ https://aus.libguides.com/apa/apa-website

2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 20 รายการ

3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหารูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม – ปี (Author – Date Citation System) ซึ่งเป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาของเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหามี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. **การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ**

เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง เช่น

อัมภิชา (2563) ได้ศึกษาพบว่า.....

อัมภิชา และปนัสยา (2562) พบว่า.....

ปุลวิชช์ (ม.ป.ป.) พบว่า

เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทยก่อน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date และหากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., เช่น

ซูซาน (Suzanne, 2020) พบว่า.....

การศึกษาของ รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

แมรี่ (Mary, n.d.) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./(ปีพิมพ์).//ชื่อบทความ.//ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวิตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13* (1), 50-62.

Nawai A. (2019). Chronic Pain Management among Older Adults: A Scoping Review. *SAGE Open Nursing*, *5*(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร, และภาคภูมิ ภัควิภาส. (2557).แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์,35* (2), 44-58.

Nawai & Phongphanngam.(2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonai College of Nursing, Uttaradit Journal, 11*(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเซวงวงศ์, ทัศนีย์ ภู่สำอางค์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563).อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13* (1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F. (2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston study. *Aging Clinical and Experimental Research*, *29*(6), 1139–1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic Pain Characteristics and Gait in Older Adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *101*(3), 418–425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง 1./(ปีพิมพ์).//*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่).//สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์

อาชัญญา รัตนอุบล. (2559).*การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013) *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (3rd ed.)*, Philadelphia, PA: F. A. Davis.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต หรือ master's thesis)./สถานที่พิมพ์./ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต.* วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit.* Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./(ปีพิมพ์).//*ชื่อบทความ*./สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี,//จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ล้วนแก้ว. (2557, 18 เมษายน). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและบาดแผล.* กรุงเทพธุรกิจ, น. 11. สืบค้นจาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf

Ngudgratoke S. *Data collection and data management process.* 2016. [cited 2019 Dec 27]. Available from: http://www.priv.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid = 1434.

5.อ้างอิงจาก**การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ (Conference paper/proceedings)**

ชื่อผู้แต่ง./(ปีพิมพ์).//ชื่อเรื่อง./ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.),/*ชื่อ Proceedings*/(น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality.* In R. Dienstbier (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38 Perspectives on motivation (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อบทความ ให้หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งค่าระยะย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปทีละ 7 เคาะ (space) หรือตั้งค่าระยะแท็บ ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที่ 1) = 0.38”

แท็บที่ 2 = 0.69”
แท็บที่ 3 = 1.00”
แท็บที่ 4 = 1.38”

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. และหัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

1.....

1.1.....

1.1.1.....

1).....

- .....

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอักษรแรกควรเป็นตัวใหญ่ เช่น Health Care System

9. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช้เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

10. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้ว ใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนาชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความ ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ https://www.tci-thaijo.org/ จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซด์ของ วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านผ่านเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJo ได้เตรียมไว้ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม- เมษายน ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม- สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือน กันยายน-ธันวาคม

ตัวอย่างแบบฟอร์มการเขียนบทความวิจัย

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

3.17 ซม. → **ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18** ← 2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่1[1*],_____[2] และ_____[3] ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่1[1*],_____[2] และ_____[3] ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1[1*] , สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2[2] ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ)(ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น
→ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4, อาจารย์

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail.....เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น → Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

สมมติฐานของการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

วิธีการดำเนินการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลการวิจัย(ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

ตารางที่ 1 .....ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 16 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา) ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา) เช่น

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	X	X
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	X	X

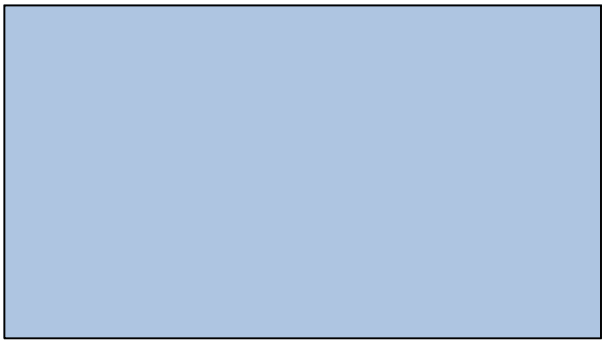
ที่ ม า (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....



ภาพที่ 1 .....**(ขนาดตัวอักษร 14 หนา)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปผลและข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หนา)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตัวอย่างแบบฟอร์มบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

3.17 ซม. **ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18** 2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่1[1*],_____[2] และ_____[3] ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่1[1*],_____[2] และ_____[3] ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1[1*] , สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2[2] ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ)(ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น
→ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4, อาจารย์

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail.....เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น News exposure, Knowledge (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....
.....
.....
.....
.....

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หนา) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....
.....
.....
.....
.....

สรุป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....
.....
.....
.....
.....

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....
.....
.....
.....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หนา)

.....
.....
.....
.....
.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร.อัมภิชา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 208, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปนัสยา พรมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 208, 098-1056948
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research