

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข Journal of Nursing and Public Health Research

บทความวิจัย

- ❖ ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะมหาราชมณีนียเขต จังหวัดกาญจนบุรี
(ชัชชชา เฟื่องเกร็ด)
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ความเข้าใจและการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค
(รัชณี ศรีตะวัน, นวลพรรณ จิวปัญญา)
- ❖ การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย
(อรรพรรณ ณ ลำปาง, ดอกไม้ บุตรดา)
- ❖ รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่
(ธนพัชร สมใจ)
- ❖ ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
(ศศิธร ชิดน่ายี, กาญจนา เตชะวรากร, กรรณิการ์ ปู่สุข, กานต์ชนก เวียงนาค, กิ่งกาญจน์ ครุฑกำจร, กิตติญา นาคสวน, กิตติพันธ์ ใจปัน, ขนิษฐา เมฆเมืองทอง, จันทกานต์ กันทะป่า, จารุพรรณ ณะ)
- ❖ การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือนพระจอมเกล้ามิวสเกอร์ ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง
(รุจา ปิ่นน้อย, พรนภา บุญชูเชิด, นภารัตน์ บัวลาด, จินตนา ทองเพชร)
- ❖ การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุทัย
(ดวงษ์ ลักษณะไทย)

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 ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหาที่ส่งมา 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, 098-1056948 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ดร.อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ตรงฤทธิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัศมีพงศ์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม พญ.สุภารัชต์ กาญจนะวนิชย์ ดร.นภษา สิงห์วีระธรรม ดร.พยงค์ เทพอักษร ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ ดร.ทัศน์ย์ เกริกกุลธร ดร.อัสนี วันชัย ดร.แสนท์ ขุนแก้ว ดร.เมทนี ระดาบุตร ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน ดร. ศรีณญาณธร จันทร์ดีแก้วสกุล อาจารย์วรางคณา บุญมา อาจารย์พิมพ์พรรณ เนียมหอม Mr.William Leslie	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สระบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ English language consultant
บรรณาธิการ ดร.อัมภิกา นาไวย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.ปุลลวิชัย ทองแดง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่		
กองจัดการ นางสาวปณัสยา พรหมดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่		
	กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่าน ตอบบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.1 No.3 September - December 2021

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn	Professor Dr. Areewan Klanklin	Faculty of Nursing, Chiangmai University
President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr. Rachanee Sunserm	School of Health Science, Mae Fah
Professor Wanicha Chuenkongkaew		Luang University
Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr. Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science
Dr. Amavasee Ampansirirat	Assoc.Prof. Dr. Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of
Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		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 institute 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 Kirkgulthorn	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	Warangkhan Bunma	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
Dr. Ampicha Nawai	Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Mr. William Leslie	English language consultant
Assistant Editor	Publish	
Dr. Pulawit Thongtang	3 issues per year	
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	No.1 January – April	
	No.2 May – August	
Journal Manager	Copyright	
Panutsaya Promdee	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564 บทความในวารสารฉบับนี้ออกเผยแพร่ในช่วงที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งอาจจะมีหลายๆ ท่านที่ต้องทำงานจากที่บ้าน (Work from Home) และมีนักวิจัยบางท่านได้ส่งผลงานทางวิชาการมาลงตีพิมพ์ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการให้เกิดขึ้นท่ามกลางความวุ่นวายของโรคติดต่อในระดับโลกเป็นการพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสได้เป็นอย่างดี

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ เป็นบทความวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี 2) ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค 3) การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย 4) รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ 5) ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ 6) การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน พระจอมเกล้ามิวสิกเกอร์ ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง และ 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุทัย กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

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.อัมมิชา นาไวร์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี.....1

*The Effect of applying a Family Psycho-Education Program on Medication
Adherence Behaviors among Schizophrenia Patients in a Community,
Somdejprapiyamaharachrommaneeeyaket Hospital, Kanchanaburi Province*
ชัชชสา เพ็งเกร็ด

CHatchasaa Pengkred

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อความรู้ ความสม่ำเสมอ
ของการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค.....17

*The Effectiveness of a Motivational Interviewing Program on Knowledge, Medication
Adherence, and the Prevention of disease transmission among Persons with Tuberculosis*
รัชณี ศรีตะวัน, นวลพรรณ จิวปัญญา

Ratchanee Sritawan, Nualpan Chiopanya

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลบางกรวย.....31

*The Quality Improvement of Nursing Documents in the Emergency and Forensic Unit,
Bangkruay Hospital*

อรวรรณ ณ ลำปาง, ดอกไม้ บุตรดา

Orawan Nalampang, Dokmai Budda

รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภออ่าวลึก

จังหวัดกระบี่.....45

*A Management Model of Participatory Traffic Accidents at the District Level: A Case Study
of AoLuek District, Krabi Province*

ธนพัชร สมใจ

Thanapat Somjai

ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

เชียงใหม่.....60

*Knowledge and Preventive Behaviors Towards the Covid-19 among Nursing Students in
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai*

ศศิธร ชิดนายิ, กาญจนา เตชะวรารกร, กรรณิการ์ ปุสุข, กานต์ชนก เวียงนาค, กิ่งกาญจน์ ครุฑกำจร, กิตติญา
นาคสวน, กิตติพันธ์ ใจปิ่น, ขนิษฐา เมฆเมืองทอง, จันทกานต์ กันทะปา, จารุพรรณ ธนะ

Sasidhom Chidnayee, Kanjana tachawarakom, Kannika Poosook, Kamchanok Wiangnak,

Kingkan Khrutkamchon, Kittiya Naksuan, Kitiphan Chaipan, Kanittha Mekmuangthong,

Jantakan Kantapa, jarupan tana

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือนพระจอมเกล้ามิวสเกอร์
ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง.....72

*The Development of an Assessment System on Clinical Deterioration Monitoring Using
Phachomklao Modified Early Warning Sign Scores (PCK MEWS Scores) among Intracerebral
Hemorrhage Patients*

รุจา ปิ่นน้อย, พรนภา บุญชูเชิด, นภารัตน์ บัวลาด, จินตนา ทองเพชร

Ruja Pin-noi, Pornapa Bunchucherd, Naparat Bua-Lad, Jintana Tongpeth

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลอุทัย.....89

*The Empowerment of Caregivers on Rehabilitation for Stroke Patients in Uthai Hospital for
Vaginal Delivery in a Labor Room, Songkhla Hospital*

สงวนษ์ ลักษณะไทย

Sawong Laksanathai

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต
จังหวัดกาญจนบุรี

The Effect of applying a Family Psycho-Education Program on Medication
Adherence Behaviors among Schizophrenia Patients in a Community,
Somdejprapiyamaharachrommaneeyaket Hospital, Kanchanaburi Province

ชัชชา เพ็งเกร็ด*

CHatchasaa Pengkred*

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต*

Somdejprapiyamaharachrommaneeyaket, Hospital*

(Received: 14 October, 2021; Revised: 26 October, 2021; Accepted: 27 October, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง ตุลาคม 2564 โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาจากพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Sample T-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ($\bar{x}$ = 4.66, SD=0.84) ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{x}$ = 1.53, SD= 0.13) (p -value <0.001) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสม พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปปรับใช้ เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท, โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว, พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

*ผู้ให้การติดต่อ ชัชชา เพ็งเกร็ด e-mail: zunisa2012@gmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to compare medication adherence behaviors among patients with schizophrenia in a community, before and after applying the family psycho-education program. Thirty participants were recruited by purposive sampling. Participants were diagnosed with schizophrenia and were being treated in the psychiatric clinic, the outpatient department, Somdejprapiyamaharachrom maneeyaket Hospital, Kanchanaburi Province between September 17 and October 22, 2021. The research instruments were a family psycho-education program that proposed by the concept of Anderson et al. (1980) and the medication adherence questionnaire. The reliability of this questionnaire was 0.87. Data was analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test.

The results showed that after program completion, participants had significantly higher scores of medication adherence behaviors ($\bar{x}=4.66$, $SD=0.84$) before enrolling the program ($\bar{x}=1.53$, $SD=0.13$) ($p\text{-value} < 0.001$). Our results suggested that a Family Psycho-education Program can be used to promote medication adherence behaviors among patients with schizophrenia. Nursing and other health care providers can apply this program in order to reduce recurrent hospitalization.

Keywords: Schizophrenia patients, A Family Psycho-Education Program, Medication Adherence Behaviors

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกมากกว่า 21 ล้านคน (World Health Organization, 2019) โดยอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้นพบร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลกหรือเท่ากับ 0.1-0.5 ต่อประชากร 1,000 ราย พบได้ทุกเชื้อชาติ (World Health Organization, 2016) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยปี 2556 พบความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.7 (ปทานนท์ ขวัญสนธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิต นับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยในการปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองช่วยควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมสารสื่อประสาทในสมองบางชนิดที่เป็นต้นเหตุของอาการทางจิต การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และจะทำให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว (Deutsch & Burket, 2021)

อย่างไรก็ตามหลังจากผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนแล้ว มักมีปัญหาคำคัญที่พบได้บ่อยคือการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (ภาวิณี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราชี, 2561; Higashi et al., 2013) ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือใน

การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่พบ คือการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง เช่น ใช้ยาผิดเวลา มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกตัวเองผิดปกติ หรือปรับขนาดยาเอง (Zisman-Ilani et al., 2018) ผลจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 70 (สมภพ เรืองตระกูล, 2556) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น (Madhusoodanan et al., 2016; Shao et al., 2013) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องการดูแลตลอดชีวิต (Hiagashi et al., 2013) ดังนั้น ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจึงยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำตามมา พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ มาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และอาการข้างเคียงของยา (Di Giovanni et al., 2020; Ucok & Kara, 2019)

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ในลักษณะผู้ป่วยนอก ซึ่งจากการวิจัยจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษา ใน พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเมื่อวิจัยแฟ้มประวัติของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องขาดการมารักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต, 2564) ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล ซึ่งรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลแห่งนี้ จึงได้ทำการศึกษาเบื้องต้น โดยประเมินผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับขาดยาและรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร เขียวโสธร, 2545) ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วย 11 รายมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับที่ไม่เหมาะสม จนมีอาการกำเริบตามมา ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

จากปัญหาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่ รวมทั้งขาดทักษะในการจัดการกับอาการของโรค จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราษี, 2561; Di Giovanni et al., 2020) ปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านอกจากปัจจัยหลักที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยแล้ว ปัจจัยที่สำคัญและส่งผลคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้น (Acosta et al., 2012; Higashi et al., 2013) ดังนั้นแรงสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psycho-Education) ของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา จำนวนการกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง (อินทกานต์ สุวรรณ, 2563; Madhusoodanan et al., 2016) เอ็บแซม และคณะ (2018) ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดโดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มหนึ่งเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามมาตรฐานปกติ

พบว่าทำให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดการป่วยซ้ำ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Ebtsam et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่นำวิธีการการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และครอบครัวมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น (เบญญาภา พันดาคม, 2554)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psycho-Education) มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอน

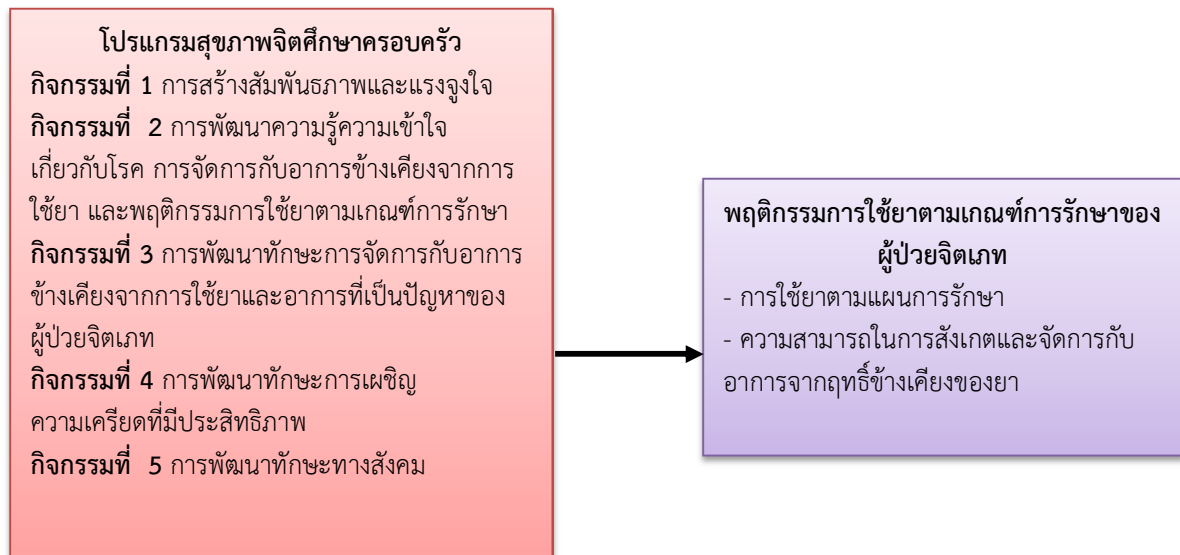
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการวิจัย (One Group Pre - Post Test Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน-ตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวและผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (International Classification of Disease 10: ICD10) และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul, 2014) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- 1) เป็นเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดการวิจัย อาชีพและเศรษฐกิจ
- 2) เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง ในรอบ 3 ปี (2561-2564) ที่คลินิกจิต

เวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต

- 3) สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้
- 4) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการวิจัยของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ (Family Psycho-Education) ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 รวมใช้เวลากิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที โดยผู้วิจัยการสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย และ

บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วสอบถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที โดยผู้วิจัยให้ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และนอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย โดยเฉพาะอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้ระยะเวลา 45-60 นาที เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลคะแนน จำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม แบ่งระดับคะแนนตามมาตรวัด 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยรรณกุล, 2553) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งปรับการใช้ภาษาและสื่อความหมายให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างประชากร ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก ได้มีการปรับให้กระชับ ชัดเจนขึ้น ใช้ภาษาที่ง่าย และมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน โดยสัปดาห์ที่ 1 ได้ดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ได้ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และ

สัปดาห์ที่ 3 ได้ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 โดยแต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที จนดำเนินกิจกรรมครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-Test) ในวันแรกที่ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอีกครั้ง (Post-Test) หลังจากผู้ป่วยสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดย หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แล้ววิเคราะห์ค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Dependent T-Test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่12/2564 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ อธิบายประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งนี้ในการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะยกเลิก หรือออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.67 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ($\bar{x}$ =41.03, SD= 7.48) เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 60 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 43.3 และ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 43.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{x}$ =41.03, SD=7.48)		
20 – 30	3	10
31 – 40	10	33.33
41 – 50	17	56.67
เพศ(คน)		
ชาย	17	56.67
หญิง	13	43.33
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	6	20
ประถมศึกษา	14	46.67
มัธยมศึกษา	7	23.33
อนุปริญญา	2	6.67
ปริญญาตรี	1	3.33
สถานภาพสมรส		
โสด	21	70
คู่	9	30
อาชีพ		
ธุรกิจส่วนตัว	2	6.67
รับจ้าง	8	26.67
เกษตรกร	15	50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	16.67
รายได้ของครอบครัว		
เพียงพอ	12	40
ไม่เพียงพอ	18	60
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ		
2 – 5 ครั้ง	8	26.67
6 – 9 ครั้ง	9	30
10 ครั้งขึ้นไป	13	43.33

ผู้ดูแลเมื่อป่วย

บิดา	3	10
มารดา	13	43.33
พี่	2	6.67
น้อง	2	6.67
สามี	4	13.33
ภรรยา	6	20

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา รายข้อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา รายข้อทุกข้อของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา รายข้อก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($n=30$)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการได้รับ		หลังการได้รับ		t	P-value
	โปรแกรม		โปรแกรม			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา						
ไม่เคยหยุดใช้ยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	1.50	0.50	4.66	0.47	29.29	<0.001*
ไม่เคยลืมรับประทานยา	1.26	0.44	4.33	0.47	28.80	<0.001*
ไม่รับประทานยาเฉพาะเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	1.36	0.49	4.80	0.40	27.70	<0.001*
ไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่แนะนำ	1.50	0.50	4.53	0.50	21.72	<0.001*
รับประทานยาตรงตามเวลา	1.41	0.50	4.56	0.50	25.95	<0.001*
ไม่เพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	1.86	0.77	4.86	0.34	18.87	<0.001*
ไม่รับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	1.30	0.46	4.36	0.49	24.29	<0.001*
รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	1.36	0.49	4.56	0.50	26.38	<0.001*
ไม่เคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	1.46	0.50	4.56	0.50	22.37	<0.001*
รวม	1.45	0.13	4.58	0.12	92.53	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารายชื่อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารายชื่อ ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารายชื่อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($n=30$)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	ก่อนการได้รับ โปรแกรม		หลังการได้รับ โปรแกรม		t	P- value
	$\bar{x}$	S.D.	S.D.	$\bar{x}$		
ด้านความสามารถในการสังเกตและ จัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา						
เมื่อมีอาการผื่นบวมแดงจากฤทธิ์ข้างเคียง ของยาทำรีบไปพบแพทย์ทันที	1.46	0.50	4.50	0.50	21.72	<0.001*
เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาทำรับประทาน ยาแก้แพ้ตามที่แพทย์สั่ง	1.66	0.47	4.80	0.40	27.29	<0.001*
ขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น	1.80	0.40	4.46	0.50	22.10	<0.001*
ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการใช้ยา	1.70	0.46	4.73	0.44	24.84	<0.001*
เมื่อเจ็บป่วยทางกายจะไม่หยุดใช้ยารักษา	1.23	0.43	4.60	0.49	27.57	<0.001*
อาการทางจิตโดยไม่ปรึกษาแพทย์						
เมื่ออาการดีขึ้นยังรับประทานยาสม่ำเสมอ	1.36	0.49	4.46	0.50	23.84	<0.001*
มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	1.86	0.34	4.63	0.49	22.32	<0.001*
เมื่อยาหมด จะไม่ซื้อยากินเองโดยไม่ปรึกษา แพทย์	1.60	0.49	4.56	0.50	20.09	<0.001*
ปรึกษาทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรืออาการ ผิดปกติจากการใช้ยา	1.40	0.49	4.73	0.44	27.62	<0.001*
รวม	1.57	0.17	4.61	0.15	72.81	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($n=30$)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การใช้ยาตามแผนการรักษา	1.45	0.13	4.58	0.12	92.53	<0.001*
ความสามารถในการสังเกตและ จัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของ ยา	1.57	0.17	4.61	0.15	72.81	<0.001*
โดยรวม	1.51	0.12	4.59	0.11	96.44	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรม สอดคล้องสมมติฐานตามที่ได้ตั้งไว้ที่ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

กิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับครอบครัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (อินทุกานต์ สุวรรณ, 2563) ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family Education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skills) โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping Skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (Mirsepassi, Tabatabaee, Sharifi, & Mottaghipour, 2018)

นอกจากนี้กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ (Al-yahya, 2014; Bauml et al., 2016) และในส่วนกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ผู้ป่วยมีความมั่นใจมีแรงจูงใจและมีความภูมิใจ (Bauml et al., 2016) สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับ ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น และยังพบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาด้วย (Bhola et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของบอร์นและแอนเดอร์สัน (Bond & Anderson, 2015) ที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคลนั้น มีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพียงระดับหนึ่ง หากต้องการให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ควรให้สุขภาพจิตศึกษากับบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบูรณาการระหว่าง การให้สุขภาพจิตศึกษากับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังเช่นการศึกษาของไคร์และคณะ ที่พบว่าครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดีขึ้นในระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทด้วย (Cai et al., 2015)

สรุปผลการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพ ที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ หรือการแก้ไขปัญหา โดยการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโดยการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาประยุกต์ในบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เกิดความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง
2. เป็นแนวทางในการวิจัยวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
3. ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำ หรือลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต. (2564). รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต, 9-10.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เบญญาภา พันตาคม. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปทานนท์ ขวัญสนิท และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 26(1), 50-62.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาวิณี ธนปติธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราชี. (2561). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยาต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(3), 133-153.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2556). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อินทกานต์ สุวรรณ. (2563). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, 34(1), 152-162.

- Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., & Rodríguez, C.J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World Journal Psychiatry*, 2(5), 74-82.
- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss. (1980). DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: Apsychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Bond, K., & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, 17(4), 349-362.
- Cai, J., Zhu, Y., Zhang, W., Wang, Y., & Zhang, C. (2015). Comprehensive family therapy: An effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1247-1253.
- Deutsch, S. I., & Burket, J. A. (2021). Psychotropic medication use for adults and older adults with intellectual disability; selective review, recommendations and future directions. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 104, 110017.
- Di Giovanni, P., Di Martino, G., Zecca, I., Porfilio, I., Romano, F., & Staniscia, T. (2020). The revolving door phenomenon: Psychiatric hospitalization and risk of readmission among drug-addicted patients. *La Clinica Terapeutica*, 171(5), e421-e424.
- Ebtsam, H. S., Nefissa, M. A. K., Nadia, E.S., & Amany, A. M. (2018). Effect of Psycho educational Program on Improving of Medication Adherence among Schizophrenic Patients. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(6), 69-79.
- Bhola, P., Basavarajappa, C., Guruprasad, D., Hegde, G., Khanam, F., Thirthalli, J., & Chaturvedi, S. K. (2016). Development of a Social Skills Assessment Screening Scale for Psychiatric Rehabilitation Settings: A Pilot Study. *Indian journal of psychological medicine*, 38(5), 395-403.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K.J., Diez, T., Granstrom, O., & Hert, M.D. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence: A systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200-218.
- Madhusoodanan, S., Xu, B., Prayaga, S., Slowik, P., Brenner, R., Thomas, W., & Schwartz, N. (2016). Psychotropic drug changes contributing to readmissions in medically hospitalized psychiatric patients: A retrospective study. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 28(4), 239-244.
- Mirsepasi, Z., Tabatabaee, M., Sharifi, V., & Mottaghipour, Y. (2018). Patient and family psychoeducation: Service development and implementation in a center in Iran. *The International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 73-79.
<https://doi.org/10.1177/0020764017747910>.

- Shao, W. C., Chen, H., Chang, Y.F, Lin, & Ching-Lan Ling, E. (2013). The relation-ship between medication adherence and rehospitalization: A prospective study of schizophrenia patients discharge from psychiatric acute wards. *Schizophrenia and Medication Adherence*, 60(5), 31-40.
- Ucok, A., & Kara, I. A. (2019). Relapse rates following antipsychotic discontinuation in the maintenance phase after first-episode of schizophrenia: Results of a long-term follow-up study. schizophrenia: Results of a long-term follow-up study. *Schizophr Res*. doi:10.1016/j.schres.2019.10.015.
- World Health Organization (WHO). (2016). *The ICD-10 classification of mental and behavior disorders*. Geneva: n.p.
- World Health Organization. (2019). Schizophrenia. Retrieved January 03, 2017, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- Zisman-Ilani, Y., Shern, D., Deegan, P., Kreyenbuhl, J., Dixon, L., Drake, R., Torrey, W., Mishra, M., Gorbenko, K., & Elwyn, G. (2018). Continue, adjust, or stop antipsychotic medication: Developing and user testing an encounter decision aid for people with first-episode and long-term psychosis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 142.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ
ต่อความรู้ ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ของผู้ที่เป็นวัณโรค

The Effectiveness of a Motivational Interviewing Program on Knowledge,
Medication Adherence, and the Prevention of disease transmission among
Persons with Tuberculosis

รัชณี ศรีตะวัน^{1*}, นวลพรรณ จิวปัญญา¹
Ratchanee Sritawan^{1*}, Nualpan Chiopanya¹
โรงพยาบาลสุโขทัย¹
SuKhothai Hospital¹

(Received: 13 September, 2021; Revised: 17 October, 2021; Accepted: 1 November, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อความรู้ ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 60 คน ได้รับการสุ่มเข้าการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค และแบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Paired T-Test และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent T-Test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถเพิ่มความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรคได้ พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออื่นๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้

คำสำคัญ : การให้การปรึกษา, การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา, การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, วัณโรคปอด

*ผู้ให้การติดต่อ รัชณี ศรีตะวัน e-mail: tawantuk@hotmail.com

Abstract

The objective of this quasi experimental was to examine the effectiveness of a motivational interviewing program on knowledge, medication adherence to, and the prevention of disease transmission among persons with tuberculosis. Participants were 60 people with tuberculosis who visited the tuberculosis clinic, Sukhothai Hospital. All participants were randomly assigned to the intervention group and the control group, 30 participants in each group. The intervention group received the motivational interviewing program about 6 weeks, whereas the control group received the regular treatment routine. The research tool was the motivational interviewing program. The data collection instruments were the medication adherence assessment tool, the knowledge assessment tool, and the tool for assessing the transmission prevention among persons with tuberculosis. Data were analyzed using descriptive statistics (frequencies and percentages). The paired t-test and the independent t-test were used to compare the pretest and posttest average scores of outcomes between the experimental group and the control group.

The results revealed that after receiving a motivational interviewing program, the mean scores of knowledge, medication adherence, and the prevention of disease transmission in the intervention group had a significantly higher than before enrolling the program ($p\text{-value} < 0.001$). When compared to the control group, the mean scores of knowledge, medication adherence, and preventing the transmission in the intervention group were also significant higher than higher than persons in the control group that receiving the regular treatment routine ($p\text{-value} = 0.001, 0.05, \text{ and } 0.001$, respectively). This research indicated that a motivational interviewing program can increase knowledge, medication adherence, and preventing the transmission among those who have tuberculosis. Nurses or other health care providers can apply or develop this program to others infectious disease persons in order to changing health behaviors and preventing the transmission of the diseases.

Keywords: Counseling, A Motivational Interviewing Program, Medication Adherence, Prevention the Transmission, Pulmonary Tuberculosis

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ที่เป็นวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ที่เป็นวัณโรค เสียชีวิต 1.7 ล้านคน และในจำนวนนี้ มีผู้ที่เป็นวัณโรค ที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ที่เป็นวัณโรคทั้งหมด โดยมีผู้เสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน สำหรับผู้ที่เป็นวัณโรค ดื้อยาหลายขนาน (Rifampicin Resistant TB (RR-TB)/Multidrug Resistant TB (MDR-TR)) คาดว่าจะมี 6 แสนคน พบในผู้ที่เป็นวัณโรค รายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 4.1 และในผู้ที่เป็นวัณโรค ที่เคยรักษามาก่อน คิดเป็นร้อยละ 19 ในจำนวนนี้ เป็น MDR-TR จำนวน 4.9 แสนคน (สำนักวัณโรค, 2559) สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นวัณโรครายใหม่ทุกประเภท ประมาณ 120,000 ราย โดยมีการขึ้นทะเบียนรักษาแล้วประมาณ 67,000 ราย ในจำนวนนี้ พบผู้ที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อประมาณ 34,394 ราย เสียชีวิตระหว่างการรักษา ประมาณ 4,700 ราย (World Health Organization, 2015) เขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราการพบผู้ที่เป็นวัณโรครายใหม่ทุกประเภทที่เข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2558-2562 จำนวน 3,398, 3,282, 3,676, 3,894 และ 3,946 ราย ตามลำดับ คิดเป็นความครอบคลุมของการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 53.9, 60.2, 60.3, 64.8 และ ร้อยละ 75.0 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมาย

จากสถานการณ์วัณโรค จังหวัดสุโขทัย ปี พ.ศ. 2560-2562 พบผู้ที่เป็นวัณโรค ทุกประเภท อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 38.5, 55.4 และ 65.6 ตามลำดับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการรักษาสำเร็จผู้ที่เป็นวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี พ.ศ. 2560 - 2562 ร้อยละ 87.80, 88.6, และ 89.25 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น บรรลุเป้าหมาย ($\geq$ ร้อยละ 85) อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 12.2, 11.4, และ 10.75 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง แต่สูงกว่าเป้าหมาย ($<$ ร้อยละ 5) อัตราการกลับเป็นซ้ำของวัณโรค ร้อยละ 2.63, 3.70, 1.06, และ 6.70 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และพบผู้ที่เป็นวัณโรค ดื้อยาซึ่งมาอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย (สถิติรายงานประจำปี โรงพยาบาลสุโขทัย, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการควบคุมวัณโรคไม่สำเร็จ เกิดจากความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษา ส่งผลให้เชื้อดื้อยา เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามากขึ้น รวมถึงข้อมูลอัตราการกลับเป็นซ้ำและมีผู้ที่ดื้อยาวัณโรคในพื้นที่ สะท้อนให้เห็นว่า พื้นที่จังหวัดสุโขทัยมีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดและเสี่ยงต่อการดื้อยาวัณโรคอย่างมาก ผู้จัดการรายกรณีงานวัณโรค โรงพยาบาลสุโขทัย ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตรับผิดชอบอำเภอเมืองจังหวัดสุโขทัย ได้เยี่ยมบ้านในผู้ที่เป็นวัณโรครายใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นวัณโรค และญาติอยู่บ้านภายในห้องเดียวกันไม่เป็นสัดส่วน อากาศภายในบ้านไม่ถ่ายเท แสงแดดส่องไม่ถึง การกำจัดขยะไม่ถูกต้อง การใช้เครื่องนอนร่วมกัน บางครอบครัวมีเด็กอยู่ร่วมด้วยภายในบ้านเดียวกัน ทำให้โอกาสของการแพร่เชื้อเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการวิเคราะห์สาเหตุการตายของผู้ที่เป็นวัณโรคของอำเภอเมืองสุโขทัย พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตในระยะเข้มข้นของการรักษาภายใน 2 เดือน สาเหตุมาจากผู้ที่เป็นวัณโรค มีระดับดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 และมีโรคร่วม เศรษฐฐานะต่ำ ไม่มีรายได้ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขล่าช้า มีอาชีพเก็บขยะ รวมถึง การวิเคราะห์จากการติดเชื้อรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ พบว่า เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่ได้มีการคัดกรองค้นหาวัณโรคเมื่อพบผู้ที่เป็นวัณโรค และอยู่บ้านเดียวกัน ส่งผล

ให้ผู้สัมผัสมีการติดเชื้อระยะแฝง และมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นตามมา รวมถึงการกลับเป็นซ้ำ ผู้ที่เป็นวัณโรคยังคงมีความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง

การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivation Interviewing (MI)) ตามแนวคิดของของ Miller and Rollnick (1991) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคม ที่สนับสนุนการสำรวจและหาทางออกผ่านทางกระบวนการปรึกษาที่มีโครงสร้าง ทิศทางชัดเจน มุ่งเน้นบรรยากาศเชิงบวก ที่สามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการที่เป็นศูนย์กลาง มีการประยุกต์กระบวนการนี้ในการช่วยเหลือบุคคล เพื่อสำรวจทางออกจากความลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลง สู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงที่แน่นอนโดยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายใน และคำมั่นสัญญาโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการให้บริการปรึกษา เพื่อให้การยุติปัญหาวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาทดลองใช้ในการบริการพยาบาลผู้ที่เป็นวัณโรค คลินิกวัณโรค ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุโขทัย โดยให้ผู้ที่เป็นวัณโรคมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา จึงต้องการศึกษาผลการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรคดังกล่าว ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ที่เป็นวัณโรคเกิดความตระหนักในการเป็นเจ้าของปัญหา รวมทั้งผู้ที่เป็นวัณโรคได้รับการดูแลตามสภาพปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นวัณโรคมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การยุติปัญหาวัณโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

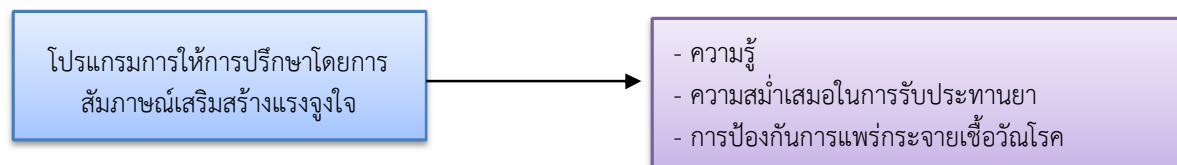
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างผู้ที่เป็นวัณโรคที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจและผู้ที่เป็นวัณโรคที่ได้รับการบริการปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค หลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค หลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น สูงกว่าผู้ที่เป็นวัณโรค ที่ได้รับการบริการตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น เป็นกิจกรรมการให้การปรึกษาที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเลือกใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ประยุกต์ตามแนวคิดของของ Miller and Rollnick (1991) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคม ที่สนับสนุนการสำรวจและหาทางออกผ่านทางกระบวนการปรึกษาที่มีโครงสร้าง ทิศทางชัดเจน มุ่งเน้นบรรยากาศเชิงบวก ที่สามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการที่เป็นศูนย์กลาง มีการประยุกต์กระบวนการนี้ในการช่วยเหลือบุคคลเพื่อสำรวจทางออกจากความลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลง สู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงที่แน่นอนโดยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายใน และคำนึงสัญญา โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การให้บริการปรึกษาเพื่อให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่เฉพาะเจาะจงและเน้นประเด็นการสร้างแรงจูงใจในการรับประทายยาต่อเนื่องสม่ำเสมอและสามารถวางแผนปฏิบัติ สอดแทรกความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคที่สอดคล้องกับบริบทของตน อันจะช่วยยุติปัญหาไวรัสโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-Posttest Design) มีระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ที่เป็นไวรัสโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกไวรัสโรค โรงพยาบาลสุโขทัย อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่เป็นไวรัสโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกไวรัสโรค โรงพยาบาลสุโขทัย ในช่วงเดือน มกราคม – กุมภาพันธ์ 2564 ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้ค่าความเชื่อมั่น 0.05 (One Tailed) จึงกำหนดค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Power Analysis) เท่ากับ 0.80 โดยใช้ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน (Cohen, 1983) เพื่อป้องกันการสูญหายของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 60 คน การสุ่มตัวอย่าง โดยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยซึ่งมีคุณลักษณะตาม

เกณฑ์คัดเข้า ในโปรแกรมโรงพยาบาล (HOSXP) และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในการเลือกเข้ากลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลำดับรายชื่อในทะเบียน โดยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป กรณีผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป หากผลการประเมินสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam:TMSE) มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ≤ 23 คะแนน จะไม่นำเข้ามาเป็น กลุ่มตัวอย่าง

2. ได้รับการรักษาโรคด้วยสูตรยาระยะสั้นมาแล้ว 1 เดือน

3. อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุโขทัย พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสุโขทัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการทำวิจัย

2. ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชหรือติดสารเสพติด

3. ผู้ที่มีอาการโหมก หรือหายใจผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจ ซึ่งประยุกต์จากโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความ ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาวันโรคของบุชบา ประสมผล (2553) โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาแบบ เฉลียวหน้ารายบุคคล ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์และโรนิก (Miller & Rollnick, 1991) ร่วมกับขั้นตอนการให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) จำนวน 1 ครั้ง โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพและตกลงบริการ สำรวจปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาและ วางแผนแก้ปัญหา ตามหลักการ 3 ประการ 1) การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้า 2) การดึง ความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในผู้รับบริการ 3) การสร้างความรู้สึกรับรู้ความเป็นไปได้และทำได้ ด้วยตนเอง 4) วางแผนร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้คำปรึกษาต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ครั้งละ 10-30 นาที โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงการทานยา ประเมินปัญหา/อุปสรรค ของการเปลี่ยนแปลงการทานยา ประเมินปัญหา/อุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้นใหม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจและ เสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมแสดงความชื่นชมเมื่อมีความสม่ำเสมอในการทานยา ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้านภายในสัปดาห์ที่ 6 ประเมินปัญหา/อุปสรรค ประเมินสิ่งแวดล้อม พร้อมให้ คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจและเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ที่ เป็นวันโรค สิทธิการรักษา โรคประจำตัวอื่นๆ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการทานยา (Visual Analog Scale: VAS) ของณัฐกร จันทนะ และคณะ (2560) เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการทานยาวันโรคในระยะ 1 เดือน ที่ผ่านมา และถามผู้ที่เป็นวันโรคว่า “ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ทานทานยาสม่ำเสมอเพียงใด” และให้ผู้ป่วยขีด บนเส้นตรง ที่มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 100 คะแนน (ปลายเส้นด้านขวาสุด) การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับโรควันโรค ผู้วิจัยนำของสมัญญา มุขอาษา (2558) มาใช้วัดค่าความเที่ยง ด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (KR20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 มีลักษณะ

คำถามเป็นแบบปรนัย มี 3 ตัวเลือก ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดและตอบไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน รวมจำนวน 18 ข้อข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 0-18 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 แปลผล ระดับความรู้สูง คะแนนอยู่ระหว่าง 11-13.9 แปลผล ระดับความรู้ปานกลาง และคะแนนอยู่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10.9 แปลผล ระดับความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้มาจากวิชา เสวกพรหม (2557) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคะแนน 0-2 ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 4 และ 15 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกพฤติกรรมที่ปฏิบัติประจำให้ 2 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 0 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ พฤติกรรมที่ปฏิบัติประจำให้ 0 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 2 ประเมินผลการบรรลุตามเป้าหมาย โดยการวิเคราะห์เป็นร้อยละของการบรรลุเป้าหมาย ดังนี้

1. ผู้ป่วยตอบถูกต้อง 12 ข้อตามเกณฑ์ ถือว่าปฏิบัติได้ตามเป้าหมายนับเป็น 1 ราย แปลผลว่ามีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ 100 เปอร์เซ็นต์
2. ผู้ป่วยตอบคำถามไม่ถูกต้องในข้อใดข้อหนึ่งใน 12 ข้อตามเกณฑ์ ถือว่าปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมาย แปลผลว่า ไม่มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน นำความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence (IOC)) ได้เท่ากับ 0.702 นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบกับผู้ป่วยโรค ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดในการวิจัย จำนวน 3 ราย ที่คลินิกโรค โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้การจัดลำดับขั้นตอนในการให้การปรึกษาและระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาและนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง กับผู้ป่วยโรค จำนวน 20 ราย ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.81, แบบประเมินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หาความเที่ยง กับผู้ป่วยโรค จำนวน 20 คน ด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ก่อนทดลอง โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความสม่ำเสมอในการทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และให้พบเจ้าหน้าที่ประจำ

คลินิก เพื่อรับบริการตามปกติ โดยได้รับความรู้และคู่มือแผ่นพับเกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา พร้อมนัดพบแพทย์ 4-6 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกวัณโรคเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

ขั้นตอนทดลอง

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที เป็นวันแรกสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง โดยการสัมภาษณ์เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และดำเนินงานครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย สำรวจปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาและวางแผนแก้ปัญหา ตามหลักการ 3 ประการ 1) การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้า 2) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในผู้รับบริการ 3) การสร้างความรู้สึกความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง 4) วางแผนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมายช่วงเวลาการติดตามให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ บันทึกการให้การปรึกษารายบุคคลในแบบบันทึกการให้การปรึกษา นัดพบแพทย์ 4 สัปดาห์ พร้อมทั้งบัตรนัดครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2, 3, 4 ครั้งละ 10-30 นาที เป็นสัปดาห์ที่ 2-4 โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงการทานยา ประเมินปัญหา/อุปสรรค ของการเปลี่ยนแปลงการทานยา ประเมินปัญหา/อุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้นใหม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจและเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมแสดงความชื่นชมเมื่อมีความสม่ำเสมอในการทานยา นัดหมายการติดตามการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป บันทึกการให้การปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์ ลงในแบบบันทึกการให้การปรึกษา

กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านและยุติการให้การปรึกษา (90 นาที) เป็นสัปดาห์ที่ 5-6 ประเมินปัญหา/อุปสรรค ประเมินสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาที่พบ ให้กำลังใจและเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมแสดงความชื่นชมเมื่อมีความสม่ำเสมอในการทานยา บันทึกการให้การปรึกษารายบุคคล ลงในแบบบันทึกการให้การปรึกษา นัดพบแพทย์ ที่คลินิกวัณโรค และทำแบบสอบถามหลังทดลอง 1 เดือน

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองห่างกัน 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความสม่ำเสมอในการทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และให้พบเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก เพื่อรับบริการตามปกติ โดยได้รับความรู้และคู่มือแผ่นพับเกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา พร้อมนัดพบแพทย์ 4-6 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกวัณโรคเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความสม่ำเสมอในการทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเสร็จสิ้นการได้รับโปรแกรมสำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้เข้าร่วมกิจกรรมในการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อประโยชน์อันจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจในการทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independence T-Test ซึ่งผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความเข้าใจในการทานยา ก่อนทดลองและหลังทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired T-Test ซึ่งผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ 6/2021 เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2564 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยการอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรับบริการ ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆและไม่มีผลต่อการรักษา ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้เข้าร่วมกิจกรรมในการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อประโยชน์อันจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 51.7 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.67 อาชีพรับจ้างจำนวน 14 คน ร้อยละ 46.67 รายได้ ไม่มีเหลือเก็บ จำนวน 15 คน ร้อยละ 50 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 24 คน ร้อยละ 80 มีโรคประจำตัว ร่วมด้วย จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.33 เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 5 คน ร้อยละ 50

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย จำนวน 19 คน ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 55.63 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.34 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 15 คน ร้อยละ 50 รายได้ไม่มีเหลือเก็บ จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.67 สิทธิการรักษา ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.66 มีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 5 คน ร้อยละ 29.42

2. เปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ

พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมผู้ที่เป็นวัณโรคมีความรู้ ความเข้าใจในการทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ความสม่ำเสมอในการทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (n=30)

ผลลัพธ์	M	SD	t	p-value
ความรู้				
ก่อนการทดลอง	10.50	2.50	11.35	<0.001*
หลังการทดลอง	15.93	1.11		
ความสม่ำเสมอในการทานยา				
ก่อนการทดลอง	81.67	11.47	8.31	<0.001*
หลังการทดลอง	99.67	1.82		
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ				
ก่อนการทดลอง	15.30	5.88	11.10	<0.001*
หลังการทดลอง	24.27	3.65		

* p-value <0.05

3.เปรียบเทียบความรู้ ความสม่ำเสมอในการทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค หลังการทดลองระหว่างผู้ที่ เป็นไวรัสโรคที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจและผู้ที่เป็นไวรัสโรคที่ได้รับบริการปกติ

พบว่า ผู้ที่เป็นไวรัสโรคที่ได้รับโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจมีความรู้ ความสม่ำเสมอในการทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าผู้ที่เป็นไวรัสโรคที่ได้รับบริการปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ ความสม่ำเสมอในการทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ผลลัพธ์	M	SD	t	p-value
ความรู้				
กลุ่มควบคุม	8.77	4.95	5.01	<0.001*
กลุ่มทดลอง	10.50	2.50		
ความสม่ำเสมอในการทานยา				
กลุ่มควบคุม	76.00	12.20	2.31	0.028*
กลุ่มทดลอง	81.67	11.47		
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ				
กลุ่มควบคุม	18.03	4.45	5.90	<0.001*
กลุ่มทดลอง	24.27	3.65		

* p-value <0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรค โรคความสม่าเสมอในการรับประทานยาวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามการตั้งสมมุติฐานสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับคะแนนของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจมีระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค สูงกว่าก่อนได้รับการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับบุษบา ประสมผล (2553) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษาและความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยามากกว่าก่อนทดลอง ($p\text{-value}<0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และในกระบวนการปรึกษามุ่งประเด็นที่เฉพาะเจาะจงสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่องสม่าเสมอและสามารถวางแผนปฏิบัติ สอดแทรกความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่สอดคล้องกับติดตามเยี่ยมบ้านและการปรับความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตตามบริบทของผู้ที่เป็นวัณโรครายบุคคล (Miller and Rollnick, 1991; Zomahounet al., 2017)

ความสม่าเสมอในการทานยาวัณโรค ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของความสม่าเสมอในการรับประทานยาวัณโรคมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจมีความสม่าเสมอในการทานยาวัณโรค สูงกว่าก่อนได้รับการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับ กิรณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธรักดี (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่องสม่าเสมอ และความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยามากกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value}<0.001$) และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับบุษบา ประสมผล (2553) ที่ศึกษาพบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษาและความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยามากกว่าก่อนทดลอง ($p<0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการพื้นฐานในการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ของ Miller&Rollnick (1991) โดยใช้หลักการของ Roll with resistance เป็นการคล้อยไปตามแรงต้านของบุคคล หากผู้ป่วยมีความคิดเห็นขัดแย้งควรปล่อยให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ซึ่งเทคนิคนี้ มักใช้ช่วงแรกของการสนทนา เพื่อสร้างความไว้วางใจ เปิดใจยอมรับคำแนะนำจากพยาบาลนอกจากนี้ ใช้หลักการ Express Empathy เป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ซึ่ง

เป็นหลักสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรค การแสดงความเข้าใจความยากลำบากของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความคับข้องใจที่มีจากประสบการณ์เดิม หรือจากอาการข้างเคียงของยาโรคและการเจ็บป่วยที่ยังคงอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เข้าใจและนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการคลาดเคลื่อนในการทานยาโรค

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ก่อนทดลอง ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ในหลังทดลองพบว่า การให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ สูงกว่าก่อนได้รับการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับหลักการพื้นฐานในการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ Miller & Rollnick (1991) โดยใช้หลักการของ Develop Discrepancy เป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบันและเป้าหมายในการรักษาของตนเอง โดยพยาบาลแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่แตกต่างที่จะเกิดขึ้นในเวลาอันใกล้ นอกจากนี้ หลักการ Support Self-Efficacy เป็นการส่งเสริมศักยภาพที่มีในตัวผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถทำได้ ด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากภายในจนมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญาดา บุตรปัญญา, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติสุราพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีพฤติกรรมการดื่มสุราต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับเทิดศักดิ์ เดชคง (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบรายบุคคล พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น

สรุปได้ว่า ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการป้องกันการแพร่กระจายโรค สูงกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ ผู้ที่เป็นโรคมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของปัญหา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ ดังนั้นพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลกำหนดนโยบายให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการในคลินิกผู้ป่วยโรค นำการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่ต้องควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการในคลินิกผู้ป่วยโรค และเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคในพื้นที่

2. ด้านการศึกษา ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย วัณโรคในพื้นที่ได้มีการศึกษาอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพเกี่ยวกับให้การปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ที่ เป็น วัณโรค รวมถึงการศึกษาอบรมการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน เพื่อช่วยลดอัตรา การแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนา รูปแบบของการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
2. ควรศึกษาผลการวิจัยเชิงทดลองในผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ที่เป็นวัณโรคในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน*. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิริณา อรุณแสงสด วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ภักดี.(2557). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 8(3),129-144.
- ญาดา บุตรปัญญา เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิสา สุขตระกูล. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3), 123-131.
- ณัฐกร จันทนะ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และพรรณวดี พุทธิวัฒนะ (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน, *รามานิธิพยาบาลสาร*, 25(3), 296-309.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2563). ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(3), 134-145.
- บุษบา ประสมผล (2553). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชรา เสวกพรหม. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นวัณโรคร่วม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมัญญา มุขอาษา. (2558). *การศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้าง พลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถิติรายงานประจำปี. (2563). *รายงานประจำปี งานการป้องกันควบคุมวัณโรค โรงพยาบาลสุโขทัย กระทรวงสาธารณสุข*. สุโขทัย: โรงพยาบาลสุโขทัย กระทรวงสาธารณสุข.

- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw- Hill Book Company.
- Cohen.J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller,W.&Rollnick,S.(1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- World Health Organization. (2015). *Global Tuberculosis report 2015*. France World: Health Organization.
- Zomahoun, H., Guénette, L., Grégoire, J. P., Lauzier, S., Lawani, A. M., Ferdynus, C., Huiart, L., & Moisan, J. (2017). Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 46(2), 589–602.

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล
งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย
The Quality Improvement of Nursing Documents in the Emergency and
Forensic Unit, Bangkruey Hospital

อรรณณ ฅ ลำปาง^{1*}, ดอกไม้ บุตรดา¹
Orawan Nalampang^{1*}, Dokmai Budda¹
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี¹
Nursing Department, Bangkruey Hospital, Nonthaburi Province¹

(Received: 2 November, 2021; Revised: 1 December, 2021; Accepted: 7 December, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย โดยใช้กระบวนการ FOCUS-PDCA (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีารักษาด้วยอาการอุบัติเหตุหรือการป่วยฉุกเฉินจำนวน 90 ฉบับ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม และแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ FOCUS-PDCA ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถระบุสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วน และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจัดทำตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาล จัดอบรมให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในด้านการบันทึกการพยาบาล หลังจากดำเนินการ 1 เดือน ได้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 51.65 เป็นร้อยละ 88.43 แสดงว่ากระบวนการ FOCUS-PDCA สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้ ผู้บริหารพยาบาลสามารถนำกระบวนการนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ, บันทึกทางการพยาบาล, ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

*ผู้ให้การติดต่อ อรรณณ ฅ ลำปาง e-mail: onalumpang@yahoo.com

Abstract

The purpose of this development study was to examine the effectiveness of the quality improvement of documents in the Emergency and Forensic Unit, Bangkruey Hospital. This quality improvement was guided by the FOCUS-PDCA model (Deming, 1993 as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999). Participants were 9 nurses and 90 medical records of patients who attended an accident and emergency department. The research instruments were a personal data record form, the group interview questions, and an

assessment form for nursing documentation. Data were analyzed using descriptive statistics.

The result showed that the FOCUS-PDCA model was useful to improve the quality of nursing records. Nurses can identify the causes of the incomplete nursing record and choose the appropriate way to solve any problems. The researcher team provided a sample nursing record and a training program to develop nurses' professional competency in a nursing documentation recording. After a 1-month implementation, it was found that a quality of nursing documentation was improved and increased from 51.65 % to 88.43%. The results of this study suggest that the FOCUS-PDCA model is useful to improve the quality of nursing records. Nursing administrators can apply this program in order to improve the quality of nursing records in other organizations.

Keywords: Quality Improvement, Nursing Documentation, Emergency and Accidents Patients

บทนำ

บันทึกทางการแพทย์หรือการเขียนรายงานทางการแพทย์ เป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้างแก่ผู้รับบริการ เพราะบันทึกทางการแพทย์เป็นการเขียนรายงานหลังการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพต้องมีความสามารถในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ สามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนกับทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Urquhart, Currell, Grant, & Hardiker, 2018) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนิติเวชมีหน้าที่ให้บริการสุขภาพ แก่กลุ่มคนที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การพยาบาลที่รวดเร็วเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในหน่วยนี้ พยาบาลต้องมีความรู้และความสามารถในการตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนอาการทรุดลง (สำนักการพยาบาล, 2554; Azevedo & Cruz, 2021) การบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์ที่ดีสามารถนำไปใช้เป็นส่วนกลางในการวางแผนการรักษายาบาล การปฏิบัติการรักษายาบาลและการติดตามประเมินผลการพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อพยาบาลทั้งในแง่กฎหมายและคุณภาพของการปฏิบัติงานอีกด้วย

การบันทึกทางการแพทย์ หมายถึง การบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำกับผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาล ตลอดระยะของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน รวมทั้งการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (สำนักการพยาบาล, 2554; Azevedo & Cruz, 2021) การบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลมีหลายรูปแบบดังนี้ 1) การบันทึกแบบบอกเล่าเรื่องราว เป็นรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ตามที่พยาบาลสังเกตได้ตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง มีข้อดีคือ เป็นรูปแบบการบันทึกที่ง่าย สะดวก

รวดเร็ว มีข้อจำกัด คือ เป็นการบันทึกตามที่พยาบาลเห็น ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติไม่มีความต่อเนื่อง การบันทึกมักจะไม่สมบูรณ์ และไม่สะท้อนการตัดสินใจของพยาบาล 2) การบันทึกแบบซีไอเฉพาะเป็นการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่งที่ต้องพิจารณาข้อดีคือ บันทึกเป็นระบบ ชี้ให้เห็นถึงปัญหาได้ 3) การบันทึกโดยใช้ระบบปัญหา การบันทึกที่รูปแบบที่แสดงให้เห็นปัญหาและผลที่ได้จากการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา ข้อดีคือ มีโครงสร้างชัดเจน สะดวกต่อการค้นหาข้อมูลได้ง่ายรวดเร็วแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ตรงประเด็น และทีมสุขภาพรับรู้ปัญหาผู้ป่วยตรงกัน มีข้อจำกัดคือต้องเก็บข้อมูลเป็นระบบจึงจะบันทึกได้ถูกต้อง 4) การบันทึกที่รูปแบบ ซีบีอี เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ที่บันทึกเฉพาะข้อมูลที่ผิดปกติหรือสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ข้อดีคือบันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ลดภาระของการบันทึก ข้อจำกัดคือการบันทึกชนิดนี้จะต้องมีการบันทึกข้อมูลปกติของผู้ป่วยควบคู่กันไป 5) การบันทึกโดยใช้แผนการจัดการดูแลผู้ป่วย เป็นการบันทึกที่ใช้สำหรับการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี ข้อดีคือ บันทึกได้สะดวก รวดเร็ว ไม่รบกวนแพทย์สั่ง ข้อจำกัดคือไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เป็นหลายโรค เนื่องจากทำแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค 6) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการบันทึกที่มีรูปแบบและสะท้อนถึงการใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ มีการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และจนถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การบันทึกต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลจัดกลุ่มข้อมูล และมีการระบุปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีการบันทึกการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และผลของการปฏิบัติการพยาบาล ข้อดีคือ ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน มีความต่อเนื่องมองปัญหาผู้ป่วยในทิศทางเดียวกันสะท้อนคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล และติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยได้ง่ายเพราะมีการประเมินผลการพยาบาลที่ชัดเจน นำไปปรับแก้ให้การพยาบาลที่เหมาะสม ข้อจำกัดคือ ไม่เหมาะสำหรับบันทึกผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (พรศิริ พันธสี, 2554; De Groot, Triemstra, Paans, & Francke, 2019)

ลักษณะของการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี ควรมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล ครอบคลุมกระบวนการพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2554) ตามหลัก 4 C นั่นคือ 1) มีความถูกต้อง (Correct) 2) มีความครบถ้วน (Complete) 3) มีความชัดเจน (Clear) 4) ได้ใจความ (Concise) นอกจากนี้ต้องเป็นการบันทึกที่ต่อเนื่อง ตามกระบวนการพยาบาล และชี้ให้เห็นความก้าวหน้าของการให้การพยาบาล (สำนักการพยาบาล, 2554) ถึงแม้จะมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังคงพบปัญหาที่เกิดขึ้น ในการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ การบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเนื้อหาไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วยแรกรับและการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย แต่ไม่ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม และมีการบันทึกไม่ครบถ้วนไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ อาจมาจากความผิดพลาดในการจัดการเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล เช่น ไม่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ ไม่มีการวางระบบบันทึกทางการพยาบาล ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ การออกแบบไม่สอดคล้องกับบริบท เน้นแบบฟอร์มไม่ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้แบบบันทึกที่ไม่สะดวกในการบันทึกทำให้เสียเวลา และทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่มีคุณภาพ ส่งผลกระทบต่อพยาบาล ได้แก่ การให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐานวิชาชีพ ไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) และเนื่องจากการบันทึกทางการพยาบาลใช้เป็นหลักฐานการเบิก ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ

ดังนั้นจึงอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อโรงพยาบาลจากการต้องสูญเสียรายได้ (พูลสุข หิงคานนท์ และคณะ, 2553) ในทางตรงกันข้าม หากพยาบาลทุกคนเห็นความสำคัญและมีความตระหนักเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ที่ถูกต้องสมบูรณ์และมีคุณภาพ จะส่งผลให้เพิ่มระดับมาตรฐานของความเป็นวิชาชีพได้

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าบันทึกทางการพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน องค์การสุขภาพใดที่มีปัญหาเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ที่ไม่มีคุณภาพมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางการแก้ไขปัญหการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement (CQI)) เป็นวิธีการพัฒนาคุณภาพชนิดหนึ่งที่น่าสนใจครั้งแรกโดย ดับเบิลยู เอ็ดวาร์ด (Deming, 1993) โดยการนำวงจรพีดีซีเอ (PDCA) มาใช้ ต่อมาได้มีการประยุกต์วงจร PDCA ให้มีความชัดเจนและเพิ่มขึ้นตอนมากขึ้นรวมทั้งได้เปลี่ยนชื่อเป็น FOCUS-PDCA (Deming as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ใน FOCUS-PDCA ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Find) 2) สร้างทีมให้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ (Organize) 3) สร้างความกระจ่างในกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (Clarify) 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (Understand) 5) เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Select) 6) วางแผนการปรับปรุง (Plan) 7) ปฏิบัติตามแผน (Do) 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) และ 9) ดำเนินการเพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้นและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act) ที่ผ่านมามีการนำ FOCUS - PDCA มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน อาทิเช่นการศึกษาของ อภิวัน ชาวดวง (2558) ทำการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 35.2 เป็นร้อยละ 86.28

จากการทบทวนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย และการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลในปี 2562-2563 พบว่าความครบถ้วนสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 48 และร้อยละ 52 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่า ต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 80 (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางกรวย, 2563) ทั้งนี้พบประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย พบว่าไม่มีการประเมินระดับความเจ็บปวด ทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การบันทึกอาการและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลไม่ครบถ้วน 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลบันทึกเฉพาะปัญหาด้านร่างกาย ขาดการบันทึกปัญหาด้านจิตใจ และด้านสังคม การวินิจฉัยปัญหาทางกายนั้นพบว่า ไม่มีการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือมีการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย 3) การบันทึกการวางแผนการพยาบาล พบว่าไม่มีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลหรือกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล พบว่าพยาบาลบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นบันทึกการรักษาของแพทย์ 5) การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล พบว่าไม่มีการบันทึกผลการพยาบาลโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และไม่มีการบันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่ำกว่า มาตรฐานการรักษาพยาบาล (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางกรวย, 2563)

จากปัญหาที่พบและความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลดังกล่าว ในฐานะหัวหน้าหน่วยงานเห็นความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จึงได้นำแนวคิดวงจร FOCUS-PDCA ของดอว์บี้ เอ็ดมอนด์ (Deming, 1993) มาเป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยให้ทีมบุคลากรพยาบาลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด เกิดผลลัพธ์ที่ดีทำให้การบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงานเป็นไปตามมาตรฐาน ที่จะแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย โดยใช้แนวคิด FOCUS-PDCA

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม หลังจากใช้แนวคิด FOCUS-PDCA

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย โดยใช้กรอบแนวคิด FOCUS-PDCA ของเดมมิ่ง (Deming 1993, as cited in McLaughlin & Kaluzny, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมให้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) สร้างความกระตือรือร้นในกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนการปรับปรุง 7) การปฏิบัติตามแผน 8) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ และ 9) การดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีขึ้นและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยนี้จะทำให้การบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน, 2563)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Development Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย และเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย จำนวน 9 คน แบ่งเป็น 2 ทีมดังนี้

1.1 ทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช อีก 2 คน ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช อย่างน้อย 5 ปี และเป็นสมาชิกทีมตรวจเวชระเบียนของโรงพยาบาลบางกรวยรวม 3 คน

1.2 ทีมผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จำนวน 6 คน

2. เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ด้วยอุบัติเหตุ หรือมีอาการป่วยฉุกเฉินเท่านั้น โดยศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนเมษายน สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยในเดือนถึงมิถุนายนหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้เกณฑ์การสุ่มตรวจเวชระเบียนของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) คือ ร้อยละ 5 ของ ของจำนวนเวชระเบียน และไม่ควรมากกว่า 40 ฉบับ จากสถิติปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยรับบริการด้วยอาการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินเฉลี่ยใน 1 เดือนจำนวน 885 ราย ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ของ 885 ฉบับเท่ากับ 45 ฉบับ ดังนั้นก่อนการพัฒนาคุณภาพ ใช้เวชระเบียนจำนวน 45 ฉบับ และหลังการพัฒนาคุณภาพ ใช้เวชระเบียนจำนวน 45 ฉบับ รวมเวชระเบียนทั้งหมดจำนวน 90 ฉบับ

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มจับสลาก เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยนอก (Hospital Number) ได้เลขประจำตัวผู้ป่วยที่ลงท้ายด้วยเลขคู่ เป็นกลุ่มก่อนการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล เลขประจำตัวผู้ป่วยนอกที่ลงท้ายด้วยเลขคี่ เป็นกลุ่มหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์การทำงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ประสบการณ์อบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อค้นหาสาเหตุและการวางแผนทาง ในการแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

2.1 การบันทึกประวัติและประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ไม่ครบถ้วน ถูกต้อง ตามกระบวนการพยาบาลเกิดจากสาเหตุใดบ้าง สาเหตุเกิดจากผู้บันทึก วิธีการบันทึก แบบฟอร์มการบันทึก บุคลากรทางการแพทย์ อื่น ๆ และการรบกวนในระหว่างการทำบันทึก

2.2 แนวทางแก้ไขปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล ไม่ครบถ้วน ตามกระบวนการพยาบาล มีวิธีแก้ไขอะไรบ้าง

2.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล มีอะไรบ้าง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ใช้แบบประเมินของ อภิวัน ชาวดวง (2558) มีทั้งหมด 46 รายการดังนี้

- 3.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 รายการ
- 3.2 การรวบรวมข้อมูลแรกเริ่ม จำนวน 13 รายการ
- 3.3 การประเมินอาการ จำนวน 12 รายการ
- 3.4 การวินิจฉัยพยาบาลและวางแผนการพยาบาล จำนวน 4 รายการ
- 3.5 กิจกรรมการพยาบาล จำนวน 3 รายการ
- 3.6 ประเมินผล จำนวน 3 รายการ
- 3.7 สรุปการจำหน่าย จำนวน 7 รายการ

การแปลผลคะแนนใช้วิธีการตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล (2554) โดยกำหนดใช้เกณฑ์การตรวจสอบ 4 รายการคือ บันทึกครบถ้วน บันทึกไม่ครบถ้วน ไม่บันทึก ไม่จำเป็นต้องบันทึก และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1. กรณีที่มีการบันทึกครบถ้วน ให้ 1 คะแนน
2. กรณีที่มีการบันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจนไม่ได้ใจความ ให้ 0 คะแนน
3. กรณีที่ไม่มีการบันทึกให้ 0 คะแนน
4. กรณีที่ประเมินแล้วเห็นว่าหัวข้อเรื่องที่คุณประเมินเห็นว่า ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องบันทึกให้ระบุ NA (Not Applicable) ดังนั้นเวชระเบียนแต่ละฉบับจึงมีคะแนนรวมไม่เท่ากัน เกณฑ์การตัดสินคะแนนที่ได้รับการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล นำไปแปลผลโดยใช้คะแนนดังกล่าวเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มไม่รวมข้อที่ระบุ NA โดยคิดเป็นร้อยละ สภาการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การตัดสินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์มากกว่าร้อยละ 80.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. แนวคำถามในการประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อค้นหาสาเหตุและการวางแผนทาง ในการแก้ไข ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษา และการจัดลำดับเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลไทรน้อยและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางกรวย หลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้แก้ไขปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ใช้แบบประเมินของ อภิวัน ชาวดวง (2558) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับเวชระเบียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ฉบับ ได้ค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรอง จริยธรรมจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ช่วงเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน 2564 โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพตามกรอบแนวคิด FOCUS-PDCA ของดับเบิลยู เอ็ดวาร์ด (Deming,1993) ซึ่งมี 9 ขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (F: Find a Process to Improve) ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพ บันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 45 ฉบับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ของอภิวิน ชาวดวง (2558)
2. สร้างทีมให้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ (O: Organize Team that Knows the Process) ผู้วิจัยแบ่งพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ออกเป็น 2 ทีมคือ 1) ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งเป็นสมาชิกทีมตรวจเวชระเบียนโรงพยาบาลบางกรวย และเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล รวมจำนวน 3 คน 2) ทีมผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 คน จากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ของโครงการให้ทีมพัฒนาทราบถึงผลกระทบของการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วน จะสะท้อนการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับที่ไม่มีคุณภาพ ส่งผลให้โรงพยาบาลให้บริการไม่ได้ตามมาตรฐาน
3. สร้างความกระจ่างในกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (C: Clarify Current Knowledge of Process) โดยผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อทบทวนกระบวนการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติในปัจจุบัน และจัดทำเป็นผังการไหลของงาน (flowchart)
4. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (U: Understand Causes of Process Variation) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประชุมร่วมกันเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้เทคนิคผังก้างปลา (Fish Bone Diagrams)
5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (S: Select the Processes Improve) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประชุมระดมสมองเลือกแนวทาง ในการแก้ไขการบันทึกทางการพยาบาล ตามสาเหตุที่ค้นพบ และตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยพิจารณาจากคะแนนความเป็นไปได้ในการปรับปรุงโดยใช้วิธี Motivating
6. วางแผนในการปรับปรุง (P: Plan) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ประชุมร่วมกัน เพื่อนำแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขสาเหตุ ที่ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วน โดยนำแนวทางทั้งหมดมาจัดลำดับความสำคัญและกำหนดจำนวนพยาบาลที่ต้องเข้าร่วมจำนวนครั้งที่ดำเนินการ เลือกสถานที่ กำหนดวัน และระยะเวลาดำเนินการ
7. นำไปปฏิบัติ (D: Do) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจัดประชุมชี้แจงพยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน เกี่ยวกับแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ปรับปรุงแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลและแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้เข้าใจ นำไปทดลองบันทึกก่อนเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ระหว่างทดลองผู้วิจัยจะดูแล และให้คำแนะนำแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติที่มีปัญหา
8. ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (C: Check) เมื่อสิ้นสุดตามระยะเวลาที่กำหนดทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ไม่รวมผู้วิจัยดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการ พยาบาลของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หลังการพัฒนาคุณภาพ จากเวชระเบียนจำนวน 45 ฉบับ จากนั้นผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการตรวจสอบ มาพิจารณา ร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพ ว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

9. ยืนยันการดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีและนำไปปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A: Act to Hold the Gain and Continue Improvement) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ร่วมกันพิจารณาผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการพัฒนาว่า ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่

ประชุมสรุปเพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะกรณีที่ไม่เป็นตาม เป้าหมายต้องดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป กรณีที่เป็นไปตามเป้าหมายดำเนินการนำเสนอผลลัพธ์ที่ได้ให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทราบ เพื่อพิจารณาประกาศใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ โมเดล FOCUS-PDCA

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการภายหลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 9/2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อทราบถึงความสมัครใจและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม ในการเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอยุติการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ การกระทำได้กล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย เพศหญิง ร้อยละ 100 อายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี และ 51-60 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 45 รองลงมาคือ อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 10 ทุกคนมีวุฒิการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจำนวนมากที่สุดคือ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 45 รองลงมาคือปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 35 ไม่เคยอบรม ประชุม สัมมนาเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลร้อยละ 67

2. เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ

จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล พบว่าการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 51.65 หลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 88.43 การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วนน้อยที่สุดคือกิจกรรมการพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 80.42 รองลงมาคือ การบันทึกข้อมูลการประเมินผลการพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 81.16 แต่จากการพัฒนาส่วนใหญ่ ร้อยละของคะแนนการบันทึกมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นภายหลังการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ (n = 90)

รายการตรวจสอบ	การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	
	ก่อนการพัฒนา (ร้อยละ)	หลังการพัฒนา (ร้อยละ)
1. ข้อมูลทั่วไป	98.89	100.00
2. ข้อมูลแรกรับ	73.62	92.15
3. ข้อมูลการประเมินสภาพปฐมภูมิ	60	87.81
4. ข้อมูลการประเมินสภาพทุติยภูมิ	12.60	86.31
5. ข้อมูลการวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล	16.11	86.42
6. ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล	8.89	80.42
7. ข้อมูลการประเมินผลการพยาบาล	13.33	81.16
8. ข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วย	54.60	83.50
9. ข้อมูลทุกรายการ	51.65	88.43

1. เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการ พยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา

จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล พบว่าก่อนการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 18.49 หลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 83.66 จะเห็นได้ว่าคุณภาพการบันทึก
ทางการพยาบาลมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไม่ต่ำกว่า
ร้อยละ 80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 90)

การบันทึกตามกระบวนการพยาบาล	การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล	
	ก่อนการพัฒนา (ร้อยละ)	หลังการพัฒนา (ร้อยละ)
1. ข้อมูลการประเมินสภาพผู้ป่วย	35.64	86.64
2. ข้อมูลการวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล	16.11	86.42
3. ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล	8.89	80.42
4. ข้อมูลการประเมินผลการพยาบาล	13.33	81.16
5. การบันทึกข้อมูลทุกรายการ	18.49	83.66

การอภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่าง
ต่อเนื่อง FOCUS-PDCA ประเมินคุณภาพก่อนการพัฒนาได้ร้อยละ 51.65 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อย
ละ 88.43 เมื่อเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาล
กำหนด (2556) คือ มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งผลการบันทึกที่มีความครบถ้วนมากที่สุดคือ การบันทึกข้อมูล

ทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนรายการที่เหลือทั้งหมดผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลครบถ้วนผ่านเกณฑ์ แต่ผลการประเมินที่ครบถ้วนต่ำที่สุดคือการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลได้ร้อยละ 80.42 เมื่อพิจารณาข้อบกพร่องพบว่าส่วนใหญ่พยาบาลบันทึกข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่สนองตอบความต้องการทางด้านร่างกาย เพราะเห็นว่าการให้บริการด้านร่างกาย ต้องเร่งรีบในภาวะอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน จึงให้การพยาบาลมากกว่าทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ของผู้ป่วย สอดคล้องกับ การศึกษาของ อภิวัน ชาวคง (2558) ที่พบว่าข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลมีการบันทึกต่ำสุด เพราะกิจกรรมการพยาบาลจะตอบสนองด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ

การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA เป็นการเปิดโอกาสให้ทีมพยาบาลในหน่วยงานได้มีส่วนร่วม ในการค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วนและครอบคลุมสอดคล้องกับ บัญชีศรีสถิตนรากร (2553) ที่กล่าวว่า การระดมสมองเป็นวิธีการที่ทำให้สมาชิกในทีม ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อนำความคิดเห็นทั้งหมดมาวิเคราะห์และสรุปความคิดเห็นร่วมกัน ว่าวิธีใดดีที่สุด เหมาะสมที่สุดและเป็นการยอมรับจากสมาชิกในทีม ทำให้ได้รับความร่วมมือจากทุกคนในการพัฒนาคุณภาพ นอกจากนี้ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพช่วยให้พยาบาลในทีมมีการบันทึกทางการพยาบาลที่ครบถ้วนมากขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของ จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย (2553) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้แบบการรับรู้และเข้าใจตามทฤษฎีเกสตัลต์ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ เกิดจากความรู้ ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ แล้วสามารถสรุปหรือสร้างความคิดรวบยอด นำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้

รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลมีหลากหลายชนิด ซึ่งมีทั้งข้อเด่นและข้อด้อย ซึ่งทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลได้นำข้อเด่นและข้อด้อยมาร่วมกันพิจารณา เลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ในครั้งนี้ทีมได้ร่วมกันเลือกรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งมีข้อเด่น มากกว่าข้อด้อย สอดคล้องกับ พรศิริ พันธสี (2554) กล่าวว่า ข้อเด่นของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล คือมีการบอกวัน เวลา เริ่มต้นและสิ้นสุดของปัญหาชัดเจน การวินิจฉัยปัญหาจะสะท้อนถึงความรู้ของพยาบาลในการวิเคราะห์และตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินผลทางการพยาบาลชัดเจน สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งข้อเด่นมีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย ในการกำหนดโครงสร้างของการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล กำหนดเนื้อหารายการบันทึกให้ครบถ้วนตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน โดยร่วมกันระดมสมองทั้งทีมพัฒนาคุณภาพและทีมผู้ปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ และคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน, 2563) ทำให้ได้เนื้อหาที่กำหนดรายการบันทึก จำนวน 46 รายการ ซึ่งพบว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ยังมีเนื้อหาไม่ครบถ้วน ตามรายการที่กำหนด เช่น การตรวจร่างกายผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งไม่มีช่องว่างในการบันทึก จึงได้นำเนื้อหาการบันทึก 46 รายการ มาจัดหมวดหมู่ บรรจุในขั้นตอนการบันทึกตามรูปแบบการบันทึกที่กำหนดร่วมกัน ทำให้ได้แบบบันทึกทางการพยาบาลใหม่มาใช้ในหน่วยงาน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้จริงและเป็นที่ยอมรับของพยาบาลในหน่วยงานและทีมสุขภาพอื่นๆ อย่างดี ทำให้ได้บันทึกทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมทั้งรูปแบบและเนื้อหา ส่งผลให้บันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลหลังการพัฒนาคุณภาพ มีคะแนนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 83.66 สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ วงศ์ศรีใส (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล จังหวัดลำพูนโดยใช้กระบวนการ FOCUS-PDCA ตามแนวคิดของเดมมิ่ง พบว่าคะแนนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาได้ผลลัพธ์จากร้อยละ 31 เป็นร้อยละ 89.00 และอภิวิน ขาวดวง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ โฟกัส ฟิตซีเอ (FOCUS-PDCA) พบว่าสามารถสร้างแบบประเมินอาการผู้ป่วยในรูปแบบตรวจสอบรายการเพื่อช่วยให้การบันทึกผลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยในระยะแรกรับและระยะจำหน่าย รวมทั้งพัฒนาแนวทางในการบันทึกในแบบประเมินที่ได้สร้างขึ้น ภายหลังนำแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาไปใช้พบว่าคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 35.02 เป็นร้อยละ 86.28 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิทวดี สุวรรณศรวล และคณะ (2559) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพโฟกัส ฟิตซีเอ พบว่า กระบวนการโฟกัส ฟิตซีเอ ช่วยในการปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาล โดยช่วยให้พยาบาลสามารถระบุสาเหตุของการบันทึกทางการพยาบาลที่ไม่สมบูรณ์และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา มีการพัฒนาแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลและอบรมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหลังจากการดำเนินการ 1 เดือน ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 41.64 เป็นร้อยละ 83.70

สรุปผลการวิจัย

จากการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด FOCUS-PDCA พบว่าผลการประเมินคุณภาพก่อนการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 51.65 และหลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 88.43 และการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล พบว่าก่อนการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 18.49 หลังการพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 83.66 จะเห็นได้ว่าการใช้แนวคิด FOCUS-PDCA มาพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ทำให้คุณภาพการบันทึกเพิ่มมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ประกาศใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลและคู่มือบันทึกทางการพยาบาล ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช อย่างเป็นทางการ เพื่อให้ทุกคนได้ปฏิบัติจริงและมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวคิด FOCUS-PDCA ไปพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการวินิจฉัยทางการพยาบาล ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางกรวย. (2563). *สรุปผลงานประจำปี 2563*. โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี.
- จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. (2553). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลจันทร์ วงศ์ศรีใส. (2555). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: แอนดโออินเตอร์มีเดีย.
- พลสุข หิงคานนท์ และคณะ. (2553). *การบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ*. หน่วยบริการวิชาการแก่สังคม, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). *กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยชินวัตร.
- พรศิริ พันธสี. (2554). *กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษรจำกัด.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2554). *บันทึกทางการพยาบาล: วิธีการมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์*. เชียงใหม่: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.
- วิหวดี สุวรรณศรี และคณะ. (2559). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารพยาบาลสาร*, 3(2), 128-136.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. (2556). *คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด*. นนทบุรี: โออิทัย.
- สภาการพยาบาล. (2556). *คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สำนักงานการพยาบาล. (2554). *การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). (2563). *คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน.
- อภิวัน ขาวคง. (2558). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- Azevedo, O. A., & Cruz, D. (2021). Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice. *Revista brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20201355. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>.
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., & Francke, A. L. (2019). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), 1379–1393.
- McLaughlin & Kaluzny. (1999). *Continuous quality improvement in health care: Theory, implementation, and applications*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2018). Nursing record systems: Effects on nursing practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Database of systematic Reviews*, 5(5), CD002099. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002099.pub3>.

รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

A Management Model of Participatory Traffic Accidents at the District Level: A Case Study of AoLuek District, Krabi Province

ธนพัชร สมใจ^{*}
Thanapat Somjai^{*}
โรงพยาบาลอ่าวลึก^{*}
AoLuek Hospital^{*}

(Received: 25 November, 2021; Revised: 9 December, 2021; Accepted: 14 December, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจร ระดับอำเภอในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนเอกสารทฤษฎี การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - ตุลาคม 2564 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 50 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 15 คน ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 5 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 10 คน ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอ่าวลึก 1 คน ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 คน สายตรวจตำบล 9 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภออ่าวลึก ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้างของคณะกรรมการอำนวยการ และอนุกรรมการในการจัดการอุบัติเหตุจราจร แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ คณะอนุกรรมการ 2) การประชุมติดตามและสรุปผลการป้องกันอุบัติเหตุจราจร องค์ประกอบที่ 2 การจัดการข้อมูลอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การจัดการข้อมูลสารสนเทศ 2) การสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เพื่อแสดงกลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง และพื้นที่เสี่ยง 4) การกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร 5) การชี้เป้าจุดเสี่ยงและระดับความรุนแรงโดยใช้แผนที่ชุมชน 6) การเลือกมาตรการที่เหมาะสมกับจุดเสี่ยง องค์ประกอบที่ 3 โครงการ และงบประมาณในการขับเคลื่อนอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การจัดทำแผนงาน โครงการขับเคลื่อนอุบัติเหตุจราจร 2) ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการ 3) การเสนอโครงการต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ 4) โครงการได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ และองค์ประกอบที่ 4 การวัดและประเมินผลการจัดการอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) เกิดบทเรียนการดำเนินการจัดการอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม 2) เกิดบุคคลต้นแบบในการจัดการอุบัติเหตุจราจร 3) การประเมินผลการจัดการอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งในอนาคตรูปแบบการจัดการอุบัติเหตุจราจรควรมีการพัฒนาเทคนิควิธีการให้มีความทันสมัยโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่

คำสำคัญ: อุบัติเหตุจราจร, การจัดการแบบมีส่วนร่วม, ระดับอำเภอ

^{*}ผู้ให้การติดต่อ: ธนพัชร สมใจ email: thanapat.som@gmail.com

Abstract

This action research aimed to develop a management model of participatory traffic accidents at the district level of Aoluek district, Krabi province. Data were collected by reviewing secondary documents from relevant agencies, in-depth interviews, and focus group discussions during October 2020-October 2021. Fifty key informants consisted of fifteen district health boards, five executives of the local administrative, ten directors of the health-promoting hospital/community health center, one staff of Aoluek hospital who responsible for traffic injury, five registered nurses who responsible for traffic injury in health-promoting hospital, nine sub-district patrols, and five village health volunteers. The data were analyze by using content analysis. The results revealed that the model for managing traffic accidents participatory in Aoluek district comprised four main components; 1) Structure of steering committee and core team on traffic accidents management, consisting of two subcomponents- setting steering committee and core team, and establishing the steering committee and core team; and setting the meeting to monitor, and summarizing the prevention of traffic accidents; 2) Participatory management of traffic accident information, consisting of six subcomponents-information management, participatory traffic accident injury investigation, in-depth analysis to show risk groups, risk behavior, and risk areas; determination of measures to solve traffic accidents, identification of risk-point targets and severity levels by using community maps, and select the appropriate measures for the risk-point; 3) Project and budget for participatory driving traffic accidents, consisting of four subcomponents- preparation of plans and projects in traffic accident management, allocation of budget for implementing traffic accident project, proposition traffic accident projects to the local health fund, and budget allocation for traffic accident projects by the local health fund; and 4) Participatory monitoring and evaluation in traffic accident management, consisting of three subcomponents-lessons learned on participatory management of traffic accidents, form of role models in traffic accident management, and participatory evaluation of traffic accident management. In the future, modern techniques, methods, and technologies should be applied for traffic accidents management model.

Keywords: Traffic Accident, Participatory Management, The District Level

บทนำ

ปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกประเทศให้ความสนใจ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรทั่วโลก กว่า 1.35 ล้านคน โดยการเสียชีวิตส่วนใหญ่ ร้อยละ 93 พบในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งส่งผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ร้อยละ 3 ทั้งนี้ พบว่าผู้เสียชีวิตกว่าครึ่งเป็นกลุ่มคนเดินเท้า นักปั่นจักรยาน และมอเตอร์ไซด์ ที่มีช่วงอายุระหว่าง 5-29 ปี (World Health Organization, 2018) ดังนั้น องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดประเด็นอุบัติเหตุจราจรไว้ในวาระการ

พัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ซึ่งเป็นวาระแห่งการพัฒนาของโลกในอีก 15 ปีข้างหน้า (ค.ศ.2016-2030) จำนวน 17 เป้าหมาย โดยประเด็นอุบัติเหตุจราจรถูกกำหนดไว้ในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิการสำหรับทุกคนในทุกวัย ข้อ 3.6 ลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ.2563 (World Health Organization, 2018)

กลุ่มประเทศรายได้สูง และเป็นกลุ่มประเทศชั้นนำ ได้แก่ ประเทศสวีเดน นอร์เวย์ แคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และโปแลนด์ สามารถดำเนินการจัดการอุบัติเหตุได้สำเร็จ จากการกำหนดวิสัยทัศน์ในการจัดการอุบัติเหตุให้เป็นศูนย์ (The Vision Zero Approach) การจัดการเชิงระบบ และการให้ความสำคัญต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาโครงสร้างของความปลอดภัยทางถนน (Safarpour, Khorasani-Zavareh, & Mohammadi, 2020) ขณะที่กลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางแม้จะมีการจัดการอุบัติเหตุทางถนน แต่ยังคงพบอัตราการเสียชีวิตเป็นสามเท่าของกลุ่มประเทศรายได้สูง (Cabrera-Arnau, Prieto Curiel, & Bishop, 2020) ทำให้ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ไปสู่การเป็นพื้นที่ที่มีระบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งการดำเนินการตามแนวทางความปลอดภัยทางถนนนั้นอาจจะแตกต่างกันไปตามหลักการของลำดับความสำคัญและโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละประเทศ (Safarpour, Khorasani-Zavareh, & Mohammadi, 2020)

ในประเทศไทย คณะรัฐมนตรีได้มีมติกำหนดให้ พ.ศ.2554 – 2563 เป็น “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” และกำหนดให้ความปลอดภัยทางถนนเป็น “วาระแห่งชาติ” เพื่อบูรณาการการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน โดยมีเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 10 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2563 (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2563) ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบปฏิญญาออสโกที่กำหนดให้ปี พ.ศ.2554 – 2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ตามที่องค์การสหประชาชาติได้ให้การรับรอง และมีกรอบการดำเนินงานตามปฏิญญาออสโกประกอบด้วย 5 เสาหลัก ได้แก่ เสาหลักที่ 1 การสร้างความสามารถในการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Management) เสาหลักที่ 2 ถนนและการสัญจรอย่างปลอดภัย (Safer Roads and Mobility) เสาหลักที่ 3 ยานพาหนะที่ปลอดภัย (Safer Vehicles) เสาหลักที่ 4 ผู้ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย (Safer Road Users) และเสาหลักที่ 5 การตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุ (Post-Crash Response) (ปัญญ จันทระพาณิชย์ และคณะ 2560)

การจัดการอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย ทั้งปัญหาจากความเร็วในการขับเคลื่อนถนนสายหลัก และปัญหาการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของพื้นที่ (Kronprasert, 2020) ความเร็วในการขับเคลื่อนเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุ โดยอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากปัญหาของการขับรถด้วยความเร็วสูงในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2552-2561 พบมากถึงร้อยละ 71 ทำให้ต้องมีมาตรการในการจัดการทั้งทางกฎหมาย และการจัดการโดยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของพื้นที่ ซึ่งโดยทั่วไปการแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุจะมี 2 แนวคิดสำคัญ คือ แนวคิดแบบดั้งเดิมที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้ถนน เพื่อลดความผิดพลาดที่เกิดจากผู้ใช้รถเป็นหลัก และแนวคิดเชิงระบบที่ให้ทั้งนักออกแบบถนน และผู้ใช้ถนนมีการจัดการและรับผิดชอบร่วมกัน (Safarpour, Khorasani-Zavareh, & Mohammadi, 2020) โดยมีหลายภาคส่วนเป็นสหสาขาในการแก้ไขปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้สรุปกระบวนการแก้ปัญหาที่ประสบความสำเร็จ ไว้ 5 ด้านสำคัญ ประกอบด้วย 1) การจัดการข้อมูลสารสนเทศทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสอบสวน การเกิดอุบัติเหตุ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เพื่อแสดงให้เห็นกลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญ 3) การพิจารณาารวมกันของสหสาขาวิชาชีพ ในการกำหนดมาตรการและวางแผนการดำเนินงานแก้ปัญหา 4) การเลือกมาตรการ วิธีการที่มีความเป็นไปได้สูงมีความเหมาะสมกับชุมชน และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอที่เน้นการแก้ปัญหาแบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้การดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระดับจังหวัด “ร้อยละของอำเภอที่มีมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System-DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ” ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่พยายามผลักดันการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ หรือ DHS ร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปอ.อำเภอ) และทีมสหวิชาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเข้ามาทำงานร่วมกัน ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล โดยมีเป้าหมายร่วมกัน (ปัญญ์ จันทรพาณิชย์ และคณะ 2560) ข้อดีของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การลดความขัดแย้งจากความแตกต่างของความคิดและคุณค่า เนื่องจากเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับสูงและกว้างขวาง มีแนวโน้มจะก่อให้เกิดการจัดการชุมชนและเมืองที่ยั่งยืน (รศยานภิศ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ดลปภัฏ ทรงเลิศ, 2561)

กระบี่เป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 30 ต่อแสนประชากร และจากการประเมินตามแนวทางการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ District Road Traffic Injury (D-RTI) อำเภอเสี่ยงสูงมาก พบว่า อำเภออ่าวลึก เป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บอยู่ในกลุ่มร้อยละ 25 อันดับแรกของอำเภอ โดยข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในอำเภออ่าวลึก ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้เสียชีวิต จำนวน 16 ราย อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 28.4 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ทั้งนี้ ตำบลที่มีการเกิดอุบัติเหตุสูงสุด คือ ตำบลอ่าวลึกใต้ จำนวน 176 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.51 รองลงมา คือ ตำบลอ่าวลึกเหนือ จำนวน 142 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 19.77 และตำบลคลองหิน จำนวน 80 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.14 ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัย 3 ด้าน คือ คน สิ่งแวดล้อม และยานพาหนะ ที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้เครื่องมือหลายชนิด พบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เกิดจากความเร็วของการขับขี่ จำนวนช่องทาง (เลน) ของถนนในการขับขี่ พฤติกรรมของผู้ขับขี่ และสภาพอากาศ ที่จะนำไปสู่การเพิ่มจำนวนและความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ (Bagheri Ramiani & Shirazian 2020)

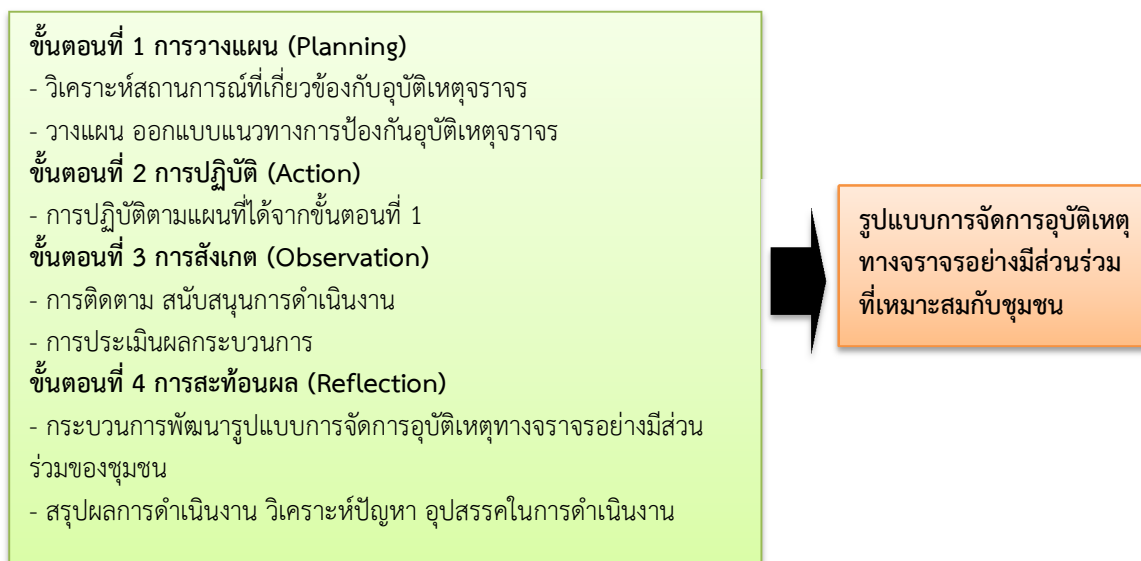
แม้จะมีการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรในอำเภออ่าวลึกอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการดำเนินงาน และป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (ปัญญ์ จันทรพาณิชย์ และคณะ 2560) แต่ยังคงพบข้อจำกัดของการดำเนินการที่สำคัญ คือ การบูรณาการภายใต้ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอที่เน้นการแก้ปัญหาแบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบตามบริบทที่เชื่อมโยงกับความต้องการของพื้นที่ จึงเป็นส่วน

สำคัญในการผลักดันให้เกิดการจัดการอุบัติเหตุอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถส่งเสริมให้เกิดการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้สถานะสุขภาพ (Health Status) และคุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมระดับอำเภอ กรณีศึกษา อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเป็นเวลา 13 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 – ตุลาคม พ.ศ.2564 มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

อำเภออ่าวลึกซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาถูกเลือกแบบเจาะจง โดยอิงเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ตามแนวทางการแบ่งกลุ่มพื้นที่เสี่ยงของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 ข้อ คือ

1. เป็นอำเภอที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตหรือผู้บาดเจ็บอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ในกลุ่มร้อยละ 25 อันดับแรกของอำเภอทั้งหมด
2. คณะกรรมการระบบสุขภาพจังหวัด และคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ พิจารณาคัดเลือก และกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เรื่องการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรเป็นประเด็นหลัก

3. มีการแก้ไขปัญหการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรที่อาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน

ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ

การพัฒนาารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมระดับอำเภอในพื้นที่อ่าวลึก ดำเนินการตามแนวทางของ Zuber-Skerit (1996) 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจร และวางแผน เพื่อออกแบบแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ดังนี้

1. การทบทวนเอกสารทุติยภูมิ และข้อมูลจากโปรแกรม Hospital OS เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันจากเอกสาร ทั้งด้านบุคคล ด้านของพาหนะ ด้านถนน และด้านสิ่งแวดล้อม

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้กำหนดนโยบายหรือผู้บริหาร ที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรในพื้นที่อ่าวลึก จำนวน 8 คน

3. การสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอุบัติเหตุ

3.1 การสนทนากลุ่มในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 16 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 7 คน ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 3 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 6 คน

3.2 การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอุบัติเหตุ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 14 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุโรงพยาบาลอ่าวลึก 1 คน พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ รพ.สต.3 คน สายตรวจตำบล 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 4 คน

4. นำข้อมูลมาออกแบบและพัฒนาารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรในพื้นที่อำเภออ่าวลึก

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

ดำเนินการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรที่พัฒนาขึ้น ในพื้นที่อ่าวลึก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต

ดำเนินการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรที่พัฒนาขึ้น โดย

1. การตรวจสอบจากเอกสาร รายงานข้อมูลอุบัติเหตุ

2. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

3. การลงพื้นที่เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ และทำการสนทนา (Dialogue) กับกลุ่มที่ร่วมดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และในช่วงเทศกาลที่มีการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าปกติ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล

ดำเนินการสรุปผลการปฏิบัติตามรูปแบบ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน โดย

1. การสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอุบัติเหตุ

1.1 การสนทนากลุ่มในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 15 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 6 คน ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 7 คน

1.2 การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอุบัติเหตุ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 17 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุโรงพยาบาลอ่าวลึก 1 คน พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ รพ.สต.4 คน สายตรวจตำบล 8 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 4 คน

2. พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือได้รับผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุทางจราจร ถูกเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งถูกแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ที่มีบทบาทในการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรหรือบทบาทของผู้ที่วางแผนแก้ไขปัญหาให้กับชุมชน หรือเป็นผู้กำหนดนโยบาย หรือมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินการระบบสุขภาพอำเภอ และการจัดการอุบัติเหตุทางจราจร 2) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และ 3) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 50 คน ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 15 คน
2. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้แทน จำนวน 5 คน
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 10 คน
4. ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุโรงพยาบาลอ่าวลึก จำนวน 1 คน
5. พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ รพ.สต.จำนวน 5 คน

6. สายตรวจตำบล จำนวน 9 คน

7. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ตามแนวคำถามของ World Health Organization (2018) ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ปัญหา ผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุ การดำเนินงานในปัจจุบัน และแนวทางแก้ไขการเกิดอุบัติเหตุ พร้อมรับฟังข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรในพื้นที่อำเภออ่าวลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรม Hospital OS เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชนภาพรวมในเบื้องต้น ก่อนดำเนินการในพื้นที่
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการสัมภาษณ์ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้แทน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งสิ้น 8 คน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 45 นาที – 1 ชั่วโมง
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอุบัติเหตุ จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่
 - 3.1 การสนทนากลุ่มในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 2 ครั้ง ในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 2 - 2.20 ชั่วโมง
 - 3.2 การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอุบัติเหตุ จำนวน 2 ครั้ง ในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 2.30 – 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำเอาข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มมาถอดเทปรวมกับข้อมูลที่ได้จากการบันทึก เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาแล้วคัดแยกข้อความหรือประโยคที่สะท้อนการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรในระดับพื้นที่ และจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อสรุปเป็นประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา และนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนจังหวัดกระบี่ หมายเลขโครงการ KB-IRB 2020/86.1007 เมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบว่า การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และผู้เข้าร่วมมีความพร้อมและยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นการให้ผู้เข้าร่วมยินยอมด้วยวาจา และลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูล ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกรักษาและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุนานาจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้างของคณะกรรมการอำนวยการ และอนุกรรมการในการจัดการอุบัติเหตุนานาจร ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ (Steering Committee) ซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีบทบาทในการติดตามกำกับทิศทางการดำเนินงานในการจัดการอุบัติเหตุนานาจรในพื้นที่อ่าวลึก และการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ (Core Team) ซึ่งมีบทบาทในการขับเคลื่อนวางแผน ดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม โดยองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการ ประกอบด้วย ผู้แทนของหน่วยงานรัฐ ผู้แทนเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนทั้งในระดับอำเภอและตำบล

2. มีการประชุมเพื่อติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุนานาจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาประเด็น จำนวน 1 ครั้ง ระยะที่ 2 ระยะการติดตามระหว่างการทำงาน จำนวน 1 ครั้ง และระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลและเสริมพลัง จำนวน 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 2 การจัดการข้อมูลอุบัติเหตุนานาจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบย่อย คือ

1. มีการจัดการข้อมูลสารสนเทศทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น โปรแกรม Hospital OS เป็นต้น

2. มีการสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุนานาจรร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและชุมชน และใช้ผลการสอบสวนเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดมาตรการ

3. มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เพื่อแสดงให้เห็นกลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญ

4. มีการกำหนดมาตรการและวางแผนการดำเนินงานแก้ปัญหาอุบัติเหตุนานาจร โดยการพิจารณาร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และชุมชน

5. การชี้เป้าจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง โดยการใช้แผนที่ชุมชน และแบ่งตามระดับของความรุนแรง เป็น 3 ระดับ คือ จุดเสี่ยงน้อยเป็นพื้นที่สีเขียว จุดเสี่ยงปานกลางเป็นพื้นที่สีเหลือง และจุดเสี่ยงมากเป็นพื้นที่สีแดง

6. การเลือกมาตรการ เพื่อหาวิธีการที่มีความเป็นไปได้สูงที่เหมาะสมกับจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง และชุมชน

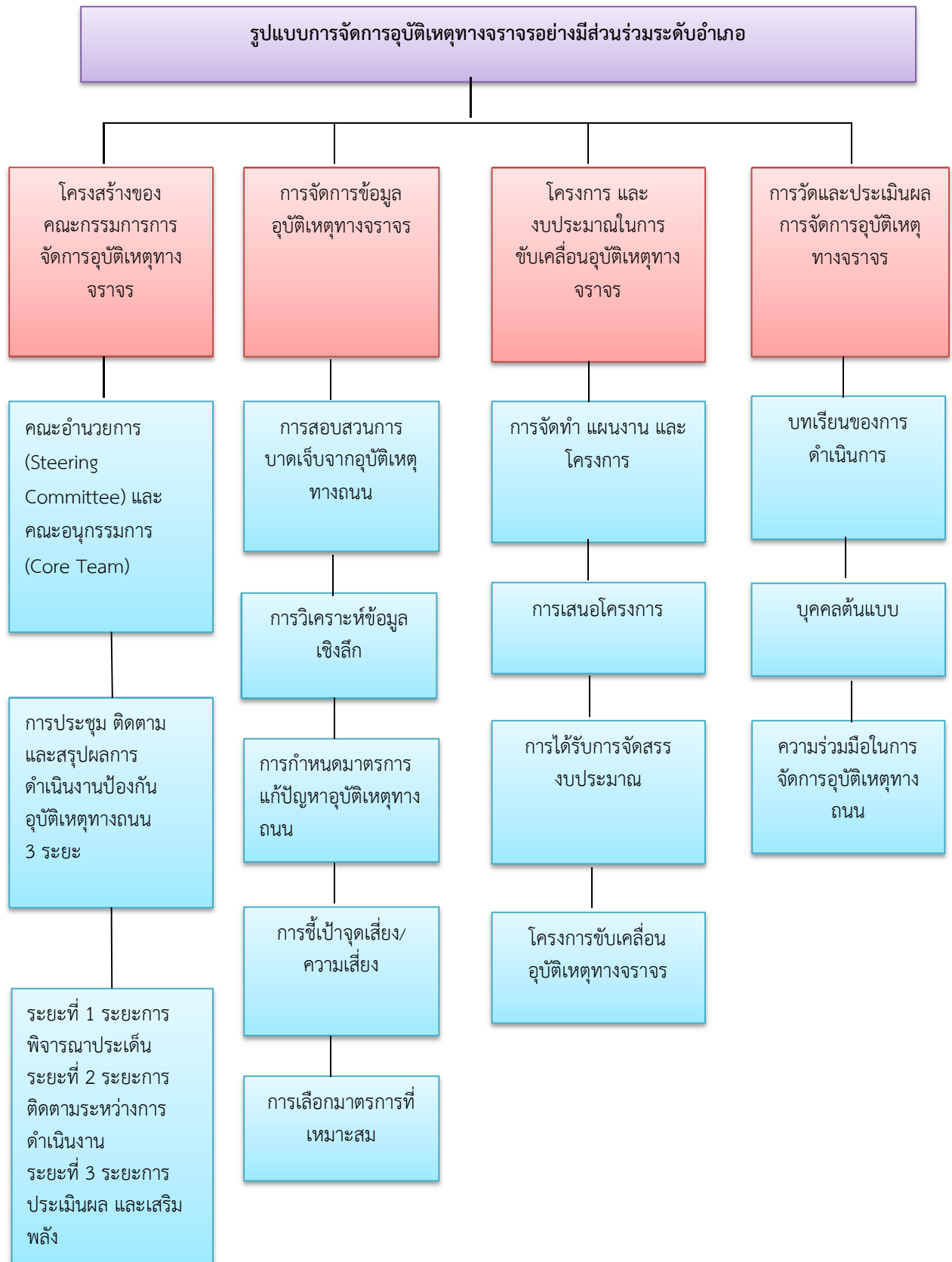
องค์ประกอบที่ 3 โครงการ และงบประมาณในการขับเคลื่อนอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ

1. มีการจัดทำ แผนงาน และโครงการในการขับเคลื่อนอุบัติเหตุทางจราจรระดับพื้นที่
2. การได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการโครงการในการขับเคลื่อนอุบัติเหตุทางจราจรระดับพื้นที่
3. มีการเสนอโครงการในการขับเคลื่อนอุบัติเหตุทางจราจร ในการพิจารณาของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
4. โครงการขับเคลื่อนอุบัติเหตุทางจราจรได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

องค์ประกอบที่ 4 การวัดและประเมินผลการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ

1. มีบทเรียนของการดำเนินการจัดการความรู้ การจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เกิดบุคคลต้นแบบในการเป็นพี่เลี้ยงระดับชุมชน ในการจัดการอุบัติเหตุทางจราจร
3. ชุมชนมีการประเมินผลการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรร่วมกับคณะกรรมการระดับอำเภอที่แสดงให้เห็นถึงเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน เช่น การประเมินด้วยเทคนิคการเสริมพลังพร้อมทั้งถอดบทเรียนผลการดำเนินงานจากการดำเนินกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จ

โดยสามารถสรุปรูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

การอภิปรายผล

รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับชุมชนในพื้นที่อำเภออ่าวลึก ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบของคณะกรรมการในการจัดการอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งเป็นการจัดการเชิงโครงสร้างให้เอื้อต่อการพัฒนาเชิงระบบ โดยมีคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นคณะอำนวยการหลัก และคณะทำงานย่อยหรืออนุกรรมการ ซึ่งออกแบบเพื่อให้มีความสำคัญกับตัวของผู้นำในการดำเนินงาน และนำประเด็นการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรในชุมชนเป็นประเด็นนำ พร้อมทั้งผลักดันโดยการมอบหมายภารกิจให้กับคณะทำงานย่อย เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกลไก เชิงระบบได้ ซึ่งผลจากการนำรูปแบบการจัดการอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมไปใช้พบว่า จุดเสี่ยงของอำเภออ่าวลึกได้ถูกจัดการความเสี่ยงจากการบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงาน ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีตำรวจ สถานีศึกษา และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ตลอดจนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทำให้การจัดให้มีด่านชุมชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิม จำนวน 3 ด่าน ในปี พ.ศ.2563 เพิ่มขึ้นเป็น 6 ด่าน ในปี พ.ศ.2564 ขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน เขตพื้นที่อำเภออ่าวลึก ลดลงจากจำนวน 14 รายในปี พ.ศ.2563 เหลือเพียง 1 รายในปี พ.ศ.2564 คิดเป็นร้อยละ 93.3 ส่วนจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนลดลงเช่นกัน จาก 796 รายในปี พ.ศ.2563 ลดลงเหลือจำนวน 414 รายในปี พ.ศ.2564 คิดเป็นร้อยละ 48.0 อย่างไรก็ตาม การลดลงของจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากมาตรการของรัฐที่จำกัดการเดินทาง และห้ามออกนอกเคหสถาน ในช่วงของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 2019 ด้วยการจัดการอุบัติเหตุในชุมชน ควรพิจารณา ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุ ในการกำหนดมาตรการและวางแผนการดำเนินงานแก้ปัญหา และเลือกมาตรการ วิธีการที่มีความเป็นไปได้สูงที่มีความเหมาะสมกับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Safarpour, Khorasani-Zavareh, & Mohammadi (2020) ซึ่งเสนอแนวคิด เชิงระบบในการจัดการและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุร่วมกันระหว่างผู้ใช้นถนน และวิศวกรหรือนักออกแบบถนน ในขณะที่ สหพัฒน์ หอมจันทร์, ศุภกร ปุณณฤทธิ, และสรรัชชัย โพธิ์สุวรรณ (2562) เสนอว่ารูปแบบการบริหารจัดการการจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุที่เหมาะสมในประเทศไทย คือ การบริหารจัดการภายใต้การดำเนินงานของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยในท้องถิ่นจะมีการร่วมกันประชุมหารือเพื่อวางกรอบนโยบายและวางแผนงานจากฝ่ายต่าง ๆ เพื่อการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอุบัติเหตุระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่น

การจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การจัดการข้อมูลสารสนเทศ การใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ประเด็นปัญหา การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง เป็นหนึ่งองค์ประกอบหลักที่สำคัญ จากการศึกษาของศรีสมบูรณ์ คำผง (2564) ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การใช้ข้อมูลในการจัดการอุบัติเหตุจราจร ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาการใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและแผนงานและกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน มีการกำหนดข้อตกลง และมาตรการทางสังคมจากเวทีประชาคมในพื้นที่เพื่อการจัดการพฤติกรรมของผู้ใช้รถในชุมชน ทั้ง มาตรการการขับซึ่ปลอดภัย การใช้หมวกกันน็อก การคาดเข็มขัด การควบคุมสัตว์เลี้ยง การควบคุมเด็กที่อายุน้อยไม่สามารถขับรถตามข้อกำหนดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย วาสนานนท์, ดลฤดี วาสนา

นนท์; และนันทน์ วาสนานนท์ (2564) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุโดยพบว่าส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมของผู้ใช้รถยนต์

อย่างไรก็ตาม กระบวนการในการจัดการอุบัติเหตุไม่สามารถจัดการปัจจัยใดเพียงปัจจัยเดียวได้ การดำเนินการจัดการอุบัติเหตุ จึงมีขั้นตอนการคัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญและวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านของพาหนะ ปัจจัยด้านถนน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งวัชรพงษ์ เรือนคำ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2562) ได้ศึกษาอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยในมุมมองทางวิทยาการระบาด พบว่า มาตรการในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ จำเป็นต้องจัดการให้ปัจจัยซึ่งประกอบด้วยมนุษย์ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค และสิ่งแวดล้อม กลับสู่สมดุล และได้เสนอมาตรการไว้ 3 มาตรการ คือ มาตรการต่อมนุษย์ (ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์) เช่น การควบคุมการใช้รถจักรยานยนต์โดยผู้ขับขี่ที่มีอายุน้อย การฝึกอบรมการขับขี่ปลอดภัย เป็นต้น มาตรการต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค (รถจักรยานยนต์) เช่น การเข้มงวดในเรื่องการตรวจสภาพรถจักรยานยนต์ ให้มีสภาพการใช้งานตามปกติ ไม่มีการดัดแปลงสภาพ หรือมีการตกแต่งเพิ่มเติม เป็นต้น และมาตรการต่อสิ่งแวดล้อม (สภาพถนน/สิ่งแวดล้อม/การบังคับใช้กฎหมาย) เช่น จัดให้มีช่องทางการวิ่งของรถจักรยานยนต์ออกมาจากพื้นผิวถนนร่วมอย่างชัดเจน เพราะช่องทางวิ่งของรถจักรยานจะช่วยลดความเร็วของยานพาหนะและช่วยลดอุบัติเหตุได้ เป็นต้น

องค์ประกอบด้านโครงการและงบประมาณในการขับเคลื่อนอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นองค์ประกอบเพื่อให้กลไกระดับชุมชนหรือพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้อย่างคล่องตัว กลไกของพื้นที่ในระดับตำบลมีกองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันโรค โดยประเด็นการจัดการอุบัติเหตุเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันโรคจึงสามารถเสนอโครงการและรับงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้ ซึ่งศรีสมบูรณ์ คำผง (2564) ได้อธิบายว่า กลไกเชิงพื้นที่ด้วยระบบของท้องถิ่น โดยใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และนำเข้าเป็นข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติ เพื่อแก้ไขปัญหาระยะยาว เป็นกระบวนการหนึ่งที่น่าไปสู่ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ สำหรับองค์ประกอบด้านการวัดและประเมินผล เป็นองค์ประกอบที่ออกแบบไว้เพื่ออธิบายผลการดำเนินงานเชิงคุณค่า ซึ่งให้ความสำคัญต่อคน องค์ความรู้ และการมีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อให้เกิดการเสริมพลังชุมชน และเกิดความรู้สึกร่วมในการจัดการจากผลลัพธ์ที่ได้ดำเนินการ ซึ่งจะทำให้คน และชุมชนสามารถจัดการอุบัติเหตุทางจราจรด้วยตัวชุมชนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การดำเนินการจัดการอุบัติเหตุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เป็นกระบวนการพัฒนาเชิงระบบที่ใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งอำเภออ่าวลึกมีกลไกเชิงระบบที่ชัดเจน สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมบริบททางสังคม วัฒนธรรม และพื้นที่ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน แต่อย่างไรก็ดี การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเฝ้าระวังที่ถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ ถือเป็นหัวใจของระบบ และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทางการของกระบวนการ และการจัดการทรัพยากรให้คุ้มค่าและเกิดประสิทธิผลมากที่สุด พร้อมทั้งการทบทวน ติดตาม และประเมินผลลัพธ์จากข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถพัฒนาเทคนิค วิธีการให้มีความทันสมัย โดยนำเทคโนโลยีใหม่

มาประยุกต์ใช้ เช่น การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุ การเชื่อมต่อข้อมูลการประสานงานอุบัติเหตุ สำหรับโทรศัพท์ แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์เคลื่อนที่

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางจราจร และบทเรียนของการดำเนินการระดับพื้นที่ในการจัดการอุบัติเหตุทางจราจรอย่างมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- ปัญญา จันทระพานิช และคณะ. (2560). แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- รศ.ดร.นิตยา พลศรี, เบญจวรรณ วัฒนชัย และ ดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 221-223.
- วัชรพงษ์ เรือนคำ และ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2562). อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย: มุมมองทางวิทยาการระบาด. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 23(1), 146-159.
- ศรีสมบุญ คำผิง. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(2), 72-86.
- ศุภชัย วาสนานนท์, ดลฤดี วาสนานนท์, และ นนทน วาสนานนท์. (2021). แนวทางการลดอุบัติเหตุทางรถยนต์จากปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 41(5), 86-97.
- ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2563). แผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2563 เพื่อรองรับแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561-2564. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน.
- สหพัฒน์ หอมจันทร์, ศุภกร ปุณณฤทธิ, และ สรรค์ชัย โพธิ์สุวรรณ. (2562). การบริหารการจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุ. *วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์ โรงเรียนนายตำรวจ*, 5(2), 104-116.
- Bagheri Ramiani, M., & Shirazian, G. (2020). Developing a model for predicting the number of freight accidents involving death and injury Using Genetic Planning. *Journal of Modeling in Engineering*, 18(61), 49-62. Retrieved from <https://doi.org/10.22075/jme.2020.18936.1796>.
- Cabrera-Arnau, C., Prieto Curiel, R., & Bishop, S. R. (2020). Uncovering the behaviour of road accidents in urban areas. *Royal Society Open Science*, 7(4), 191739. Retrieved from <https://doi.org/10.1098/rsos.191739>.
- Kronprasert, N. (2020). Effect of automated speed enforcement systems on driving behavior and attitudes on mountainous roads in Thailand. *International Journal of Geomate*, 18(68). Retrieved from <https://doi.org/10.21660/2020.68.9255>.

- Safarpour, H., Khorasani-Zavareh, D., & Mohammadi, R. (2020b). The common road safety approaches: A scoping review and thematic analysis. *Chinese Journal of Traumatology*, 23(2), 113–121. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2020.02.005>.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on road safety 2018*. Retrieved from <https://www.who.int/publications-detail/global-status-report-on-road-safety-2018>
- Zuber-Skerritt, O. (Ed.). (1996). *New Directions in Action Research*. Routledge. Retrieved from <https://doi.org/10.4324/9780203392935>.

ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่

Knowledge and Preventive Behaviors Towards the Covid-19 among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

ศศิธร ชิดนาย^{1*}, กาญจนา เตชะวรารักษ์¹, กรรณิการ์ ปุสสุ¹, กานต์ชนก เวียงนาค¹, กิ่งกาญจน์ คุรุทกำจร¹
กิตติญา นาคสวน¹, กิตติพันธ์ ใจปัน¹, ขนิษฐา เมฆเมืองทอง¹, จันทกานต์ กันทะปา¹, จารุพรรณ ธนะ¹
Sasidhorn Chidnayee,^{1*} Kanjana tachawarakorn,¹ Kannika Poosook,¹

Karnchanok Wiangnak,¹ Kingkan Khrutkamchon,¹ Kittiya Naksuan,¹ Kitiphan Chaipan,¹
Kanittha Mekmuangthong,¹ Jantakan Kantapa,¹ Jarupan tana¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health¹

(Received: 22 November, 2021; Revised: 14 December, 2021; Accepted: 15 December, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้นคว้าวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี จากการสุ่มตัวอย่างของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่ จำนวน 245 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันเชื้อโควิด-19 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเชื้อโควิด-19 โดยใช้ KR-20 ได้เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.15 ระดับปานกลางร้อยละ 42.04 ระดับน้อย ร้อยละ 0.82 และมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.77 โดยมีพฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.00$, $SD=1.11$) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้บริหารของวิทยาลัยฯ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรมการป้องกัน, โควิด-19, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ศศิธร ชิดนาย e-mail: sasidhorn@bcnc.ac.th

Abstract

The purpose of this descriptive study was to examine knowledge and preventive behaviors towards the Covid-19 among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. A sample of 245 nursing students was recruited by random sampling from all nursing students. The research instruments were the Covid-19 knowledge questionnaire and the preventive behaviors questionnaire. The reliability of the Covid-19

knowledge questionnaire with KR-20 coefficient was 0.85. The reliability of the Covid-19 preventive behavior questionnaire with Cronbach's alpha coefficient was 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics: frequencies, percentages, mean, and standard deviation.

The results showed that 57.15% of all participants had a high level of Covid-19 knowledge. 58.77% of all participants a high level of Covid-19 preventive behaviors. The highest mean score of preventive behaviors was wearing a face mask. ($\bar{x}=4.00$, $SD=1.11$). This research indicated that the administration of the college could apply this findings to provide the activities for promoting knowledge and preventive behaviors toward Covid-19 among nursing students.

Keywords: Knowledge, Preventive Behaviors, Covid-19, Nursing Students

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนโดยผ่านละอองฝอยเป็นหลัก ทำให้เกิดความเสี่ยงในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง โรคปอด โรคหัวใจ (Tian et al., 2020) ทำให้องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) และจากรายงานสถานการณ์โควิด-19 ในไตรมาสสุดท้ายของ พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยยืนยันทั่วโลกมากกว่า 237,700,000 ราย เสียชีวิตกว่า 4,847,000 ราย (WHO, 2021) ในช่วงเวลาเดียวกันประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวนกว่า 1,740,000 ราย พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวนมากกว่า 10,000 ราย (Department of Disease Control, 2021) และสถานการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่เพิ่มสูงถึงกว่า 300 รายต่อวัน ทำให้ผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2564 กว่า 6,500 ราย ยังคงรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทุกประเภท (คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเชียงใหม่, 2564)

ผู้ติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 จะมีการแสดงแตกต่างกันตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงอาการรุนแรงเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Acute Respiratory Distress Syndrome and Multi Organ Dysfunction) ในเด็กหรือวัยรุ่นจะพบไม่มีอาการแสดงมากกว่าในผู้ใหญ่ (Singhal, 2020) จากการศึกษาผู้ที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อโควิด 19 แล้วจำนวน 50,155 ราย พบผู้ที่ไม่แสดงอาการเลยประมาณร้อยละ 15.6 พบผู้ที่ไม่มีการแสดงก่อนการตรวจวินิจฉัยร้อยละ 48.9 (ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแสดงอาการหลังการตรวจพบเชื้อ) (He, Guo, Mao, & Zhang, 2021) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการคล้ายไข้หวัดธรรมดา ไข้พบร้อยละ 16-94 ไอพบร้อยละ 43-71 เจ็บคอหรือจามพบร้อยละ 55-80 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือข้อพบร้อยละ 45-91 มีอาการอ่อนเพลียผิดปกติพบร้อยละ 60-94 ปวดศีรษะร้อยละ 78-98 อาจมีอาการไอแห้ง มีเสมหะ มีน้ำมูก มีอาการเสียงแหบหรือเสียงหาย หายใจผิดปกติ ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน (Struyf et al., 2020) ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโควิด 19 พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจลำบากในวันที่ 5 หลังจากติดเชื้อ และวันที่ 7 หลังจากนอนโรงพยาบาล เกิดภาวะ Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) ในวันที่ 8 ผู้ป่วยร้อยละ 25-30 ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

วิกฤต ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดอักเสบเฉียบพลัน (Acute Lung Injury) ARDS ภาวะช็อคและไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) ผู้ป่วยร้อยละ 14 อาการรุนแรง ปอดอักเสบ ผู้ป่วยฟื้นตัวในสัปดาห์ที่ 2-3 ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10 วัน ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตมักเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวทางหัวใจและปอด เบาหวาน ภูมิคุ้มกันต่ำ พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 4-11 โดยรวมที่พบร้อยละ 2-3 (Huang et al., 2020) ทั้งนี้จากการการที่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ถูกต้องจะช่วยลดอุบัติการณ์ระบาดและความรุนแรงของโรคได้

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการให้ความร้อนและออกมาตรการต่างๆในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 ได้แก่ การกำหนดมาตรการหรือแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับหน่วยงานต่างๆเช่น สถานประกอบการ สำหรับของสถานศึกษานั้นมีมาตรการเช่นการลดการแพร่กระจายเชื้อ ด้วยการเน้น DMHTT คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัดอุณหภูมิ ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ จัดให้ระยะห่าง 1-2 เมตร ห้ามรับประทานอาหารร่วมกัน การเหลื่อมเวลาลดความแออัดในห้องเรียน การปรับการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เป็นต้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดและศึกษาพฤติกรรมขณะที่กักตัวอยู่ในเคหสถานตามมาตรการปิดเมืองหรือปิดประเทศ (Lockdown) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในอิตาลี พบว่า นักศึกษามีความรู้ในระดับมากเกี่ยวกับความตระหนักเรื่องการติดเชื้อและวิธีการควบคุมการติดเชื้อ และการกักตัวอยู่ในเคหสถานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การออกกำลังกายลดลงหรือไม่มีการเคลื่อนไหวทางกาย (Gallè et al., 2020) และการศึกษาความรู้ทัศนคติพฤติกรรมของสาธารณสุข โดยการสำรวจทางออนไลน์จากกลุ่มตัวอย่าง 3,388 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 อยู่ในระดับสูง มีทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติที่ดี ผู้ชายมีความรู้ ทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติดีน้อยกว่าผู้หญิง ผู้สูงอายุมีความรู้ และพฤติกรรมดีกว่าวัยรุ่น (Al-Hanawi et al., 2020)

การศึกษาพฤติกรรมคนไทยในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19 ปี 2563 พบว่า มีพฤติกรรมที่ไม่สัมผัสมือ ร้อยละ 92 ไม่มีกิจกรรมสังสรรค์ร่วมกันและการอยู่บ้าน ร้อยละ 90 พฤติกรรมการล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80 พฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ที่พบได้แก่ การมีที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่แออัดหรือการเข้าพื้นที่ตลาด การใช้รถสาธารณะเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 35 และ 22 ตามลำดับ งานวิจัยมีข้อเสนอแนะการลดการแพร่กระจายเชื้อควรทำในระดับครัวเรือน ควรมีการสื่อสารเรื่อง Social Distancing อย่างชัดเจนเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน การประชาสัมพันธ์ระดับจังหวัดทำให้คนรู้สึกว่าเป็นสิ่งใกล้ตัวจะช่วยให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ดีกว่า (ธานีและคณะ, 2563) ทั้งนี้สาเหตุสำคัญของการติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย มาจากพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือเมื่อหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ รวมทั้งการขาด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโควิด-19 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ เป็นสถาบันการศึกษาที่มีนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ที่มีจำนวนมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย วิทยาลัยได้กำหนดมาตรการและแนวทางการป้องกันโควิด-19 ตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ 6 มาตรการหลักในการป้องกัน

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในสถานศึกษาเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย ให้ถูกต้องและครอบคลุมยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อไวรัสที่ถูกต้องจะส่งผลให้วิทยาลัยไม่มีอัตราการเกิดโควิด-19

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี ในการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 จากการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัย ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 เป็นความรู้เกี่ยวกับตัวเชื้อโรค วิธีการแพร่กระจายเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับด้านพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 เป็นพฤติกรรมที่กรมอนามัยกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด 19 ประกอบด้วย การวัดอุณหภูมิร่างกาย การล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางด้านสังคม การสร้างภูมิคุ้มกัน และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 602 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจากตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Rathachatranon, 2019) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำนวน 235 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มเลขที่จากรายชื่อของนักศึกษาแต่ละชั้นปี ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Random Number Generator (random.thaiware.com) เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาคือนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ทุกคน นักศึกษาทุกชั้นปี และมีความสมัครใจเข้าร่วมศึกษา เกณฑ์การคัดออกคือนักศึกษาไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม เพื่อป้องกันความสูญหายของแบบสอบถามจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 20 (LameShow, Hosme, Kler&

Lwanga, 1990) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 282 คน การศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 86.87

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา และผลงานวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยชั้นปี เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง
2. ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 แบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบปรนัย 4 ตัวเลือก มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนมีตั้งแต่ 0-15 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50-79 และระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100
3. ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกจำนวน 12 ข้อ และเชิงลบจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้านคือ 1) การวัดอุณหภูมิร่างกาย 2) การล้างมือ 3) การใส่หน้ากากอนามัย 4) การเว้นระยะห่างทางสังคม 5) การสร้างภูมิคุ้มกัน และ 6) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค เกณฑ์การแปลความหมายของระดับคะแนนตามลิเคิร์ต Likert scale ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับสูงที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.84 ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามคำแนะนำเครื่องมือ
2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้โควิด-19 โดยใช้ KR-20 เท่ากับ 0.85 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ภายหลังจากที่โครงร่างวิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
2. ประชาสัมพันธ์นักศึกษาพยาบาลผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาในการเซ็นใบยินยอม

3. ส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างผ่านทางอินเทอร์เน็ต ในรูปแบบ Google Form
4. กำหนดเวลาขอรับแบบสอบถามคืนภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วภายในระยะเวลา 3 วัน
5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามเพื่อตรวจทานความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์และประเมินผลข้อมูลโดยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ รหัสจริยธรรมการวิจัย BCNCS02/2563 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ พร้อมให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ในการรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 2 ปี หรือภายหลังจากที่ผลวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามและได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองก่อนการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยให้เอกสารรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิโครงการวิจัยพร้อมคำอธิบายแก่ผู้ปกครองแนบ ก่อนที่นักศึกษาจะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะขอเอกสารอนุญาตการให้ข้อมูลจากผู้ปกครองก่อน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 28.16 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.24 มีอายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 57.55 และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 3.00 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.63 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 245)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นปีที่กำลังศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	69	28.16
ชั้นปีที่ 2	67	27.34
ชั้นปีที่ 3	68	27.75
ชั้นปีที่ 4	41	16.75
เพศ		
ชาย	19	7.75
หญิง	226	92.25
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	98	40.00
20-25 ปี	141	57.55
26-30 ปี	2	0.81
30 ปีขึ้นไป	4	1.64
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA)		
1.00-1.99	1	0.40
2.00-2.99	93	37.95
3.00 ขึ้นไป	151	61.65

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19

การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 57.14 กลุ่มตัวอย่างทุกชั้นปีมีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นปี

ชั้นปี	ระดับความรู้			ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
	มาก (ร้อยละ80-100)	ปานกลาง(ร้อยละ50-79)	น้อย(น้อยกว่าร้อยละ 50)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
1	44 (63.77)	23(33.33)	2(2.90)	77.20 (10.93)
2	35(52.24)	32(47.76)	0	77.73(10.86)
3	39(57.35)	29(42.65)	0	78.14(10.36)
4	22(53.66)	19(46.34)	0	78.70(9.69)
รวม	140(57.14)	103(42.04)	2(0.82)	77.85(10.50)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ส่วนมากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.77 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.65 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูงที่สุด	21	8.58
สูง	144	58.77
ปานกลาง	80	32.65
รวม	245	100.00

กลุ่มตัวอย่างทุกชั้นปีมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มี 2 ชั้นปีที่มีพฤติกรรมรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ ชั้นปีที่ 1 ด้านการเว้นระยะห่างทางทางสังคม ($\bar{x}=3.25$, $SD=1.36$) ชั้นปีที่ 2 ด้านการสวมหน้ากากอนามัย ($\bar{x}=3.34$, $SD=1.25$) และมี 1 ชั้นปีที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงสุดคือ ชั้นปีที่ 4 ด้านการใส่หน้ากากอนามัย ($\bar{x}=4.34$, $SD=1.07$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชั้นปีรายรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19	ปี 1		ปี 2		ปี 3		ปี 4		รวม	
	$\bar{x}$, SD	ระดับ	$\bar{x}$, SD	ระดับ	$\bar{x}$, SD	ระดับ	$\bar{x}$, SD	ระดับ	$\bar{x}$, SD	ระดับ
1.การวัดอุณหภูมิร่างกาย	3.60, 1.53	สูง	3.45, 1.45	สูง	3.53, 1.41	สูง	3.62, 1.54	สูง	3.54, 1.48	สูง
2.การล้างมือ	3.98, 1.11	สูง	3.71, 1.23	สูง	3.82, 1.09	สูง	3.88, 1.34	สูง	3.84, 1.18	สูง
3.การใส่หน้ากากอนามัย	4.15, 1.00	สูง	3.88, 1.14	สูง	3.78, 1.14	สูง	4.34, 1.07	สูงที่สุด	4.00, 1.11	สูง
4.การเว้นระยะห่างทางทางสังคม	3.25, 1.36	ปานกลาง	3.67, 1.14	สูง	3.65, 1.19	สูง	3.81, 1.33	สูง	3.57, 1.27	สูง
5.การสวมหน้ากากอนามัย	3.50, 1.29	สูง	3.34, 1.25	ปานกลาง	3.49, 1.13	สูง	3.51, 1.40	สูง	3.46, 1.26	สูง
6.การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค	3.71, 1.22	สูง	3.54, 1.23	สูง	3.50, 1.19	สูง	3.76, 1.37	สูง	3.61, 1.25	สูง
รวม	3.69, 1.30	สูง	3.61, 1.25	สูง	3.64, 1.20	สูง	3.82, 1.37	สูง	3.67, 1.27	สูง

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมนักศึกษาพยาบาลส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 57.15 เมื่อพิจารณาจากรายชั้นปีแล้วพบว่าโดยรวมทุกชั้นปีมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.24 ถึง 63.77 ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างศึกษาเป็นนักศึกษาที่อยู่ในระดับอุดมศึกษา มีอายุ 20-25 ปี ส่วนมากมีเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) อยู่ในช่วง 3.00 ขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีพัฒนาการทางสติปัญญาในการคิดโดยใช้ตรรกะในการคิด การอนุมาน การใช้เหตุผลและการประเมินสถานการณ์รวมถึงผลที่จะเกิดตามมา ช่วงวัยนี้จะมีประสิทธิภาพทางสมองพัฒนาเต็มที่ จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่บุคคลเรียนรู้ได้ดีที่สุดคืออายุระหว่าง 20-25 ปี (Kasemsuk & Boonbunjob, 2018) นอกจากนี้การระบาดของโควิด-19 มีการระบาดอย่างรวดเร็วและผลกระทบถึงแก่ชีวิตทำให้รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ภาครัฐและประชาสังคมพร้อมข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 จากสื่อต่างๆ ได้แก่ สื่อออนไลน์ โทรศัพท์ ที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการรายงานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ทำให้นักศึกษาเกิดความสนใจและค้นหาข้อมูลอยู่เสมอ ทั้งนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่ใช้สื่อออนไลน์ในการศึกษาหาความรู้ พบว่าสื่อออนไลน์และการรณรงค์ช่วยเพิ่มความเข้าใจให้กับประชาชนรวมทั้งมีผลต่อพฤติกรรมด้วย (เฉลิมพล, 2563) รวมทั้งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 เช่น สาเหตุ อาการและอาการแสดง การแพร่ระบาด วิธีป้องกันตนเองให้กับนักศึกษาทุกชั้นปี ส่งผลให้นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Gallè และคณะ (Gallè et al., 2020) ศึกษาในระดับของความรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดและศึกษาพฤติกรรมขณะที่ถูกตัวอยู่ในเคหสถานตามมาตรการปิดเมืองหรือปิดประเทศ (Lockdown) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในอิตาลี พบว่า นักศึกษามีความรู้ในระดับมากเกี่ยวกับความตระหนักเรื่องการติดเชื้อและวิธีการควบคุมการติดเชื้อ

มีข้อสังเกตในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 คือ ถึงแม้ส่วนมากของนักศึกษาจะมีความรู้ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีจะพบว่ามีเพียงร้อยละ 50- 60 เท่านั้นที่มีความรู้ในระดับมาก แต่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 2.90 มีความรู้ในระดับน้อย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ได้ เนื่องจากความรู้จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมา (Kaewsuksai et al., 2021) ทั้งนี้ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ (Puengching and Punthasri, 2019) ดังนั้นหากนักศึกษายังมีความรู้ไม่มากพอ ก็จะทำให้เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อได้ จึงเป็นสิ่งที่วิทยาลัยควรคำนึงและเร่งให้ความรู้แก่นักศึกษาเป็นระยะๆ

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.77 เนื่องจากในช่วงที่มีการศึกษาครั้งนี้ เป็นระยะที่มีการรณรงค์และการให้ความรู้จากภาครัฐอย่างมากในทุกสื่อโดยเฉพาะสื่อออนไลน์ที่มีการรายงานอัตราการติดเชื้อรายใหม่ การเสียชีวิตรายวัน รวมทั้งมีการกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโควิด-19 ประกาศออกมาจาก

คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อของระดับประเทศและระดับจังหวัด นอกจากนี้การที่พบว่าผู้ที่เป็
โควิด-19 นั้นมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมาก รวมทั้งมีโอกาสติดต่อได้ง่ายมาก ทำให้นักศึกษาเกิด
ความรู้สึกลัวจึงทำให้มีการศึกษาหาความรู้ในสื่อต่างๆและปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกตองเพื่อที่จะป้องกันการ
ติดต่อของโรค จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก
กับพฤติกรรมป้องกันการโรค ($r = 0.31, p\text{-value} < 0.01$) (Puengching and Punthasri, 2019) ทั้งนี้
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การรับรู้ความ
รุนแรงของโรค ($\beta = 0.24, p\text{-value} = 0.000$) (Inthacharoen et al., 2021) พฤติกรรมต่างๆ มีพื้นฐานมา
จากความรู้และทัศนคติที่ทำให้เกิดพฤติกรรม แต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมแตกต่างกันเนื่องจากการได้รับ
ความรู้จากแหล่งต่างๆ (บุรฉัตรและคณะ, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-Hanawi และคณะ
(Al-Hanawi et al., 2020) พบว่า ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของสาธารณสุขน โดยการสำรวจทางออนไลน์
จากกลุ่มตัวอย่าง 3,388 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 อยู่ในระดับสูง
มีทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติที่ดี

การศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมที่นักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง คือ การเว้นระยะห่างทางด้าน
สังคม และการสร้างภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากนักศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักของวิทยาลัยด้วยกันจึง
ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ระมัดระวังตนเอง ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิดได้
เช่นเดียวกับการแพร่ระบาดในระลอก 2-3 ที่พบว่าเมื่อมีผู้รับเชื้อจากภายนอกเข้ามาจะทำให้เกิดการ
ติดต่อคนในครอบครัว หรือในสถานที่ทำงานเดียวกัน สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันนั้นนักศึกษาพยาบาล
มักมีข้ออ้างว่าไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการรับประทานอาหาร
ที่มีประโยชน์

การศึกษาพบชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงสุดด้านการใส่หน้ากากอนามัย ทั้งนี้อาจเกิดจาก
การที่นักศึกษาเป็นนักศึกษาชั้นปีสุดท้าย ที่มีวุฒิและวุฒิภาวะเพียงพอ ทำให้มีประสบการณ์การเรียนรู้
ฝึกภาคปฏิบัติทั้งในชุมชนและหอผู้ป่วยจึงทำให้มีประสบการณ์ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความ
จำเป็นที่ต้องใส่หน้ากากอนามัยอย่างต ี ทำให้สามารถเกิดความคิดวิเคราะห์ และปฏิบัติ (จารุวรรณ, 2559)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. วิทยาลัยควรจัดหามาตรการหรือกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโควิด-19
รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 โดยการประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่านสื่อ
ออนไลน์ และสื่อวิทยุทัศน์ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์หน้าเว็บไซต์วิทยาลัย การแจ้งเตือนในกลุ่มไลน์ของชั้น
ปี หรือจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับประชาสัมพันธ์เรื่องโควิด 19 และให้นักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนิน
มาตรการผ่านสโมสรนักศึกษา

2. วิทยาลัยควรเพิ่มเติมเนื้อหาในบทเรียนเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19
โดยบูรณาการในรายวิชาที่เกี่ยวข้องเช่น จุลชีวและปรสิตวิทยา การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลเด็กและ
วัยรุ่น การพยาบาลมารดาทารกผดุงครรภ์ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลชุมชนและการพยาบาลจิต
เวช ซึ่งจะมีเนื้อหาและรายละเอียด รวมทั้งจุดเน้นที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19
2. ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของโควิด-19 ในนักศึกษาที่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศไทย. สืบค้น 1 ธันวาคม 2564 , จาก https://covid19.anamai.moph.go.th/th/establishments/?Sys_Page=2&Sys_OrderBy=news&Sys_ASCDESC=ASC.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). สืบค้น 18 มิถุนายน 2563, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf.
- คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเชียงใหม่. (2564). สถานการณ์โควิด-19 จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 13 ตุลาคม 2564. สืบค้นวันที่ 15 ตุลาคม 2564 จาก, <http://www.chiangmai.go.th/covid19/assets/img/situation/131064.jpg>.
- จารุวรรณ แผลมโธสง. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก กรุงเทพมหานคร. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธานี ชัยวัฒน์, จารุวัฒน์ เอ็มชัชบุตร, นิชาภัทร ไม้งาม, ปกรณ์สิทธิ์ ฐานา, ณัฐศุภณ ดำชื่นและชนลักษณ์ ชัยศรีลักษณ์. (2563). Behavioral insights ของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19. สืบค้น 19 กรกฎาคม 2563, จาก https://drive.google.com/file/d/1s-tvSan9LHnDW_bfbs4t8vleqWAJw4ekj/view?fbclid=IwAR25gHVV5Q1sy6DmgOUU33QsxJqHetsvyLzdJ1kO86l4N2pqho5nRWNfhUM.
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2563). วัยรุ่นและเยาวชน กับสื่อสังคมออนไลน์. สืบค้น 19 กรกฎาคม 2563, จาก <https://www.thaihealthreport.com/article-july03-2020>.
- บุรณัตร์ จันทร์แดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสัญญา เคนาภูมิ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารวิชาการธรรมศาสตร์, 19(4), 235-244.
- Al-Hanawi, M. K., Angawi , K., Alshareef , N., Qattan, A. MN., Helm H. Z., Abudawood, Y., et al. (2020). Knowledge, attitude and practice toward COVID-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00217/full>.
- Department of Disease Control. (2021). Corona virus disease (COVID-19): Thailand situation. Retrived from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.

- Gallè, F., Sabella, E. A., Molin, G. D., Giglio, O. D., Caggiano, G., & Valeria Di Onofrio, V. D. (2020). *Understanding knowledge and behaviors related to CoViD-19 epidemic in Italian undergraduate students: The EPICO Study*. Retrived from <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3481>.
- He, J, Guo, Y, Mao, R, & Zhang, J. (2021). Proportion of asymptomatic coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology*, 93, 820–830. <https://doi.org/10.1002/jmv.26326> .
- Huang, C., et al.(2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China.*The Lancet*, 395(10223), 497-506. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
- Inthacharoen, A., Kanchanapoom, K., Tansakul,K.,& Pattapat, S. (2021). Factors influencing preventive behavior towards coronavirus disease 2019 among people in Khohong Town Municipality Songkhla province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 14-25. In Thai.
- Kaewsuksai,R., Kongkun,P., Tongkoop,B., Samaair,L.,& Boonnarakorn,S. (2021). Relationships between knowledge, perception, and the "New Normal Behaviors" for preventing coronavirus disease (COVID-19) Infection among people in Narathiwat Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 67-79. In Thai.
- Kasemsuk,K.& Boonbunjob,U. (2018). Health promotion of early adulthood development: Nurses’ important role. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 64(3), 101-107. in Thai
- LameShow,S., Hosme, D.W., Kler, J., & Lwanga,S.K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: John Wiley & Sons.
- Puengching,T.& Punthasri, P. (2019). Factors related to prevention behavior for communicable disease in the air technical students. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 65(3), 1-11. In Thai.
- Rathachatraron, W. (2019). Determining an appropriate sample size for social science research:The myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan method. *Kasetsart University Political Science Review Journal (KUPSRJ)*, 6(1),27-58. in Thai.
- Singhal T. (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Indian journal of pediatrics*, 87(4), 281–286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>.
- Struyf, T, et al. (2020). *Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 7. Art. No.: CD013665. DOI: 10.1002/14651858.CD013665. Accessed 17 October 2021.
- Tian, S., et al. (2020). Characteristics of COVID-19 infection in Beijing. *Journal of infection*, 80(4), 401–406.

การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน
พระจอมเกล้ามิวสเกอร์ ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง

The Development of an Assessment System on Clinical
Deterioration Monitoring Using Phachomklao Modified Early Warning Sign
Scores (PCK MEWS Scores) among Intracerebral Hemorrhage Patients

รุจา ปิ่นน้อย¹, พรนภา บุญชูเชิด¹, นภารัตน์ บัวลาด¹, จินตนา ทองเพชร^{2*}

Ruja Pin-noi¹, Pornapa Bunchucherd¹, Naparat Bua-Lad¹, Jintana Tongpeth^{2*}

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี¹

Phrachomklao Hospital Phetchaburi Province¹

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²

Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health²

(Received: 30 November, 2021; Revised: 15 December, 2021; Accepted: 16 December, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือนพระจอมเกล้ามิวสเกอร์ ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และประเด็นปัญหาโดยการทบทวนเวชระเบียน สัมภาษณ์ถึงโครงสร้างและอภิปรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน 2) พัฒนาระบบการประเมินโดยกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 3) ทดลองใช้ระบบการประเมินด้วยแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมองจำนวน 37 รายต่อกลุ่ม และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของการใช้ระบบ โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 44 คน เครื่องมือวิจัย คือ เครื่องมือเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและอภิปรายกลุ่ม และเชิงปริมาณเป็นแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง มีองค์ประกอบการพัฒนา คือ 1) การวางแผนการทำงานร่วมกัน 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน 3) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และ 4) การควบคุม กำกับ ติดตามการปฏิบัติการประเมินผลลัพธ์หลังการใช้ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลง พบว่า ร้อยละของการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนลดลงจากร้อยละ 27.28 ในกลุ่มควบคุม เป็นร้อยละ 9.09 ในกลุ่มทดลอง และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้ระบบการประเมินอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.43$) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการประเมินอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.73$) จากผลการวิจัยนี้ พยาบาลหรือบุคลากรการแพทย์อื่นๆสามารถนำระบบการประเมินไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังอาการทรุดลงในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ระบบการประเมิน, เฝ้าระวังอาการทรุดลง, ระบบสัญญาณเตือนก่อนวิกฤต, โรคเลือดออกในสมอง

* ผู้ให้การติดต่อ จินตนา ทองเพชร e-mail: jintana@pckpb.ac.th

Abstract

This research and development study aimed to develop an assessment system on clinical deterioration monitoring using Phrachomklao (PCK) Modified Early Warning Scores (MEWS) among intracerebral hemorrhage patients. There were four phases in this research procedure. Phase 1 was to analyze situations and problems by reviewing medical records and conducting semi-structured focus group interviews. Participants in this process consisted of 12 workers, including physicians, head nurses and registered nurses. Phase 2 was to develop the assessment system based on the evidence-based practice. Phase 3 was to conduct a quasi-experimental research to trial the assessment system among 37 intracranial hemorrhage patients per groups. Phase 4 was to evaluate the outcomes after applying the assessment system. This phase was evaluated by 44 registered nurses. Research instruments in a qualitative process were a semi-structured interview and a focus group discussion. Research instruments in a quantitative process were the satisfaction assessment form and the feasibility assessment form for using the system. Content analysis was used to analyze qualitative data. Frequencies and means were used to analyze quantitative data.

The results showed that the assessment system on clinical deterioration monitoring based on the PCK MEWS included: 1) collaborative planning; 2) clearly define roles and responsibilities; 3) effective communication; and 4) controlling, regulating, and monitoring the practice. After applying the assessment system on clinical deterioration monitoring, it was found that the percentage of unplanned transfers to the intensive care unit dropped from 27.28% in the control group and 9.09 % in the experimental group. The opinion of registered nurses on the feasibility of using the assessment system was at a high level ($\bar{x} = 4.43$). The satisfaction of registered nurses after using this system was also at a high level ($\bar{x} = 4.73$). This research results suggested that nurses or other health care providers can be applied this assessment on the clinical deterioration monitoring in patients with other diseases in order to improve a quality of patient care.

Keywords: Assessment System, Clinical Deterioration Monitoring, Early Warning Signs, Intracerebral Hemorrhage

บทนำ

โรคเลือดออกในสมอง หรือ ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) เป็นภาวะที่มีเลือดออกภายในเนื้อสมอง สาเหตุสำคัญเกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก หรือ ฉีกขาด ทำให้เลือดที่ไหลกดทับเนื้อเยื่อ หรือเกิดการจับตัวเป็นก้อนไปอุดตันหลอดเลือดและเนื้อเยื่อสมองส่วนต่าง ๆ จนทำให้การทำงานของสมองผิดปกติ ไม่สามารถขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำงานและเกิดภาวะพิการ ทุพพลภาพตามมา หรืออาจเป็นเหตุให้สมองไม่สามารถทำงานได้ จนส่งผลให้

ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (Kirshner & Schrag, 2021) ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลจึงควรมีสมรรถนะและมีทักษะในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทันเวลา ลดอัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผน และป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือระบบหายใจล้มเหลวอย่างกะทันหัน (Pimentel et al., 2021)

จากสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พ.ศ.2560 ถึง 2562 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง จากการบาดเจ็บศีรษะและโรคหลอดเลือดสมองแตก คิดเป็นร้อยละ 36.03 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบจำนวนผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง 617 รายต่อปี เฉลี่ย 51.42 รายต่อเดือน และจากข้อมูลสถิติย้อนหลังปี พ.ศ.2560 – 2562 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 18, 20, 17 ตามลำดับ (HDC Phrachomklao Hospital, 2563) โดยการเสียชีวิตดังกล่าวส่วนหนึ่งสามารถป้องกันได้

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้พัฒนาเครื่องประเมิน และเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ เพื่อการเฝ้าระวังและตอบสนองอาการที่เปลี่ยนแปลงไปให้ได้ทันทั่วทั้งซึ่งเมื่อปี พ.ศ.2562 ที่ผ่านมา กลุ่มการพยาบาลได้มีการพัฒนาพระจอมเกล้ามีวสกอร์ (Phrachomklao Modified Early Warning Sign Scores (PCK MEWS)) ซึ่งพัฒนามาจาก MEWS, SOS และ NEWS โดยใช้เป็นเครื่องมือที่ประเมินอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญแปลผลออกมาในรูปแบบคะแนน (Clinical Scoring) (Diana et al., 2021) หลังจากการนำมาทดลองใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงในโรงพยาบาล โดยนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและอายุรกรรม ผู้ปฏิบัติให้ข้อมูลว่าผู้ที่นำไปใช้มีความเข้าใจและการปฏิบัติแตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย และเกณฑ์บางตัวมีความไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค จึงทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจแตกต่างกัน จึงต้องพัฒนารูปแบบการใช้ PCK MEWS เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงานและกลุ่มโรค รวมทั้งง่ายต่อการนำไปใช้

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นกลุ่มงานหนึ่งที่เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงด้วยการใช้ PCK MEWS Score ทีมผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิดพัฒนาแนวทางแบบประเมินการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมองด้วยใช้แนวทางการประเมินการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ เพื่อเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวัง และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้เหมาะสมตามระดับความรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนศึกษาความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง
2. เพื่อพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน อัตราการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยไม่ได้วางแผน ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้ระบบการประเมินฯ

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการพัฒนาระบบหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ The Iowa Model (Iowa Model Collaborative et al., 2017) มาเป็นกรอบในการพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (Evidence Based Practice to Promote Quality Care) หรือการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย (Research Utilization) ที่เกิดจากการต้องการปรับปรุงการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด (Evidence-Based Nursing Practice) โดยสรุปเป็นระยะการดำเนินการในการวิจัยและพัฒนา ดังนี้ คือ ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหาหรือเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา (Evidence-Triggered Phase) ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-Supported Phase) ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence-Observed Phase) ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-Based Phase)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) 4 ขั้นตอน มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2563 ถึง มีนาคม 2564 ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา โดยการทบทวนเวชระเบียน ร่วมกับการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มย่อยผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประเด็นปัญหา และความคาดหวังเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการทรุดลงจากวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคการใช้ PCK MEWS Scores และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ จากนั้นทำการสรุปประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมองขณะเข้าพักรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม

กลุ่มเป้าหมายสำหรับอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั้ง 4 หอผู้ป่วย จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการขึ้นไป ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรม อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ได้แก่ ศัลยแพทย์ที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหอผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรม อย่างน้อย 1 ปี และหัวหน้าหอผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรม มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบคุณภาพ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพโรงพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของพบว่าความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิจากการคำนวณค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.952

วิเคราะห์ข้อมูลขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยถอดเทปข้อมูลจากเทปเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ผู้วิจัยจัดข้อมูลส่วนที่สำคัญเพื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลก่อนปิดการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มย่อย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) กำหนดประเด็น นำข้อมูลมาจัดเป็นระบบ เป็นหมวดหมู่

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) ออกแบบและพัฒนา (Design and Development: D) การพัฒนาระบบการประเมิน โดยดำเนินการตามขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของ Evidence Based Practice Model สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อแก้ปัญหาในคลินิกตามหลักของ PICO Model ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ตั้งคำถามเพื่อเป็นแนวทางการสืบค้น (Practice Question) กำหนดคำสำคัญ และขอบเขตในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2 สืบค้นข้อมูลจากแหล่งสืบค้น ได้แก่ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการพยาบาล สาธารณสุขและวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ CINAHL, PubMed, OVID, Medline, Science direct, Blackwell-Synergy และจากฐานข้อมูลในประเทศไทย ประกอบด้วย Thiajo, ThaiLis ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์ และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศ โดยสืบค้นตั้งแต่ ค.ศ.2010-2020 นอกจากนี้ได้ทำการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความวิชาการจากวารสารและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Manual Search)

2.3 ประเมินคุณภาพหลักฐาน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้

2.4 ประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาจากขั้นตอนที่ 1 (R1) และนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาจากการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เข้ากับบริบทของกลุ่มงานการพยาบาล ศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จากนั้นให้หัวหน้าหอผู้ป่วย ทั้ง 4 หอผู้ป่วย และตัวแทนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม ทดลองใช้ เสนอข้อคิดเห็นเพื่อประเมินการใช้ระบบ

2.5 ชี้แจงแนวปฏิบัติต่อศัลยแพทย์ และแพทย์ประธานคณะกรรมการความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2.6 นำข้อมูลการวิเคราะห์สภาพปัญหาในขั้นตอนที่ 1 (R1) มาปรับเป็นร่างระบบการประเมิน แนวปฏิบัติ คู่มือและแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research 2: R2) การทดลองใช้ (Implement) เพื่อดำเนินการทดลองใช้ระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลง ด้วยแบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเลือดออกในสมอง อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยศัลยกรรม 4 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือน สิงหาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยรับไว้ในหอผู้ป่วยด้วยการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเลือดออกในสมอง 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) 0.05 และค่า Power=0.99 (Cohen, 1992) จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop Out) ที่อาจเกิดขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2014) จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรม 4 หอผู้ป่วย จำนวน 44 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการขึ้นไป 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 3 มีดังนี้

กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนมีการใช้ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน PCK MEWS Scores ผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง ระหว่างวันที่ 21 สิงหาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน-สิงหาคม 2564 โดยทำการจับคู่ (Matched-Pairs) เพื่อให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ดำเนินการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลง

ประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบการประเมินในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในสมอง โดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกผลลัพธ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้ระบบการประเมินนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเวชระเบียนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย Chi-Square และ Independent T-Test

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและพัฒนา (Development: D2) ประเมินประสิทธิผลของระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลง จากร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต และการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน และร้อยละของการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจกะทันหันโดยไม่ได้วางแผน ประเมินความเหมาะสมและประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติตามแนวทางการระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลง ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โดยพยาบาลวิชาชีพ 44 คน โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ของการใช้ระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วย PCK MEWS Scores ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนที่ 4 ได้แก่

แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้ระบบ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม โดยมีช่วงระดับคะแนน 5 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย และคะแนน
เฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบคุณภาพ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานคุณภาพโรงพยาบาล 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของ พบว่าความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิจากการคำนวณค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.93 และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.81 และ 0.79 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 20/2563 ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2563 ก่อนดำเนินการวิจัยและกระทำโดยการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล การปฏิบัติงานแต่อย่างใด และข้อมูลนำเสนอโดยภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษสถานการณ์ มุมมองของปัญหาและความคาดหวังเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการทรุดลงจากวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคการใช้ PCK MEWS Scores และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ มีดังนี้

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกในสมองในช่วงปี 2563 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเลือดออกในสมองจำนวน 178 คน มีการย้ายเข้าหอผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 15.73 และมีจำนวนการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 6.74 ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงในกระบวนการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยรับใหม่ที่มีระดับความรู้สึกลดลง มีความถี่ของการเฝ้าระวังลดลง หรือรับใหม่ในหอผู้ป่วยพิเศษ เมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลง จึงทำให้ประเมินและช่วยเหลือได้ล่าช้า โดยกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลว่า ถ้ามีระบบการประเมินอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยมีเครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญ อาการทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อดักจับอาการก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการเปลี่ยนแปลง มีการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วและถูกต้องมากขึ้นทำให้แพทย์ให้การรักษาทันท่วงทีจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ย้ายหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนและมีอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้

วางแผนลด และกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า PCK MEWS Scores นั้น มุ่งเน้นไปที่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้มาใช้เฉพาะกลุ่มเลือดออกในสมองได้ไม่ครอบคลุมและรวดเร็วเพียงพอ

2. ผลการออกแบบระบบการประเมินการพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน PCK MEWS Score ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี มีดังนี้

2.1 เป็นระบบที่มีการใช้กระบวนการจัดการมาใช้ในการเฝ้าระวังอาการทรุดลงในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 การวางแผน (Planning) ผู้บริหารมีการวางแผนกระบวนการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้บริหารแสดงบทบาทและกระตุ้นให้เกิดการร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมทำ มีการทำงานอย่างมีส่วนร่วม เกิดความร่วมมือทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังเกิดประสิทธิภาพสูงสุด จากความร่วมมือของทุกฝ่าย ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“.....การที่มีการประชุมและวางแผนร่วมกัน ระหว่างแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติ ช่วยให้เราเห็นปัญหาและวางแผนร่วมกันในการพัฒนาระบบการประเมินให้มีความเหมาะสมกับหอผู้ป่วยของเรา.....”

“.....การเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน คิดว่าต้องเป็นการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ทิวอร์ด และ ทีมพยาบาล คอยรายงาน ก็จะสามารถ Alert และ Active ที่จะประสานงานต่อ มีการเฝ้าระวังที่ชัดเจน”

2.1.2 การจัดการองค์กร (Organization) ผู้บริหารมีการกำหนดขั้นตอนการทำงานและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนในแต่ละขั้นตอน ทำให้ทีมทราบบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพอย่างชัดเจน ไม่เกิดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน ส่งผลให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมต่อผู้ปฏิบัติและมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“.....ระบบการประเมินที่พัฒนาขึ้น ทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เช่น คะแนนเท่าไร พยาบาลต้องดำเนินการหรือส่งการอย่างไร มอบหมายให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ปฏิบัติอย่างไร คะแนนเท่าไร ต้องรายงานแพทย์.....”

“.....เรื่องกำหนดบทบาทหน้าที่สำคัญมาก เรื่องหน้าที่ก่อนหน้านี้ยังไม่ค่อยชัดเจน เพราะถ้ากำหนดไว้ชัดเจน ทุกคนรู้หน้าที่ชัดเจน จะทำให้การทำงานไม่ซ้ำซ้อน ตรงเป้าหมาย.....”

2.1.3 การสื่อสาร (Communication) จากระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลง เป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ผู้บริหารเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการโน้มน้าวให้บุคลากรปฏิบัติตามระบบการประเมินฯ โดยต้องใช้ทักษะการสื่อสาร การประสานงาน รวมทั้งการนิเทศติดตาม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“....ที่คิดว่า การสื่อสาร การประสานงาน รวมทั้งการนิเทศติดตามการใช้ระบบการประเมิน เป็นเรื่องที่สำคัญ การทำให้ทีมเข้าใจระบบเพื่อให้นำไปใช้ได้ถูกต้อง รวมทั้งการนิเทศ ติดตามให้ข้อเสนอแนะ รวมทั้งเสริมแรง จะทำให้ระบบการทำงานมีประสิทธิภาพ....”

2.1.4 การประเมินผล (Evaluation) ผู้บริหารมีการติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดตลอดทุกระยะของการใช้ระบบการประเมิน ส่งผลให้การเฝ้าระวังอาการทรุดลงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“.....การดำเนินการตามระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลง เรื่องสำคัญ คือ การประเมินผลการใช้ระบบ โดยต้องมีการนิเทศ ติดตาม กำกับ ให้ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง....”

2.2 ระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลง เริ่มจากผู้ป่วยรับใหม่จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเป็นการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.2.1 ระยะรับใหม่ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจะเริ่มดำเนินการเฝ้าระวังอาการทรุดลง โดยผู้ที่มีบทบาทในการเฝ้าระวังในระยะนี้ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยการเฝ้าระวังระยะรับใหม่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นเฝ้าระวังเชิงรุก ซึ่งเป็นการเริ่มต้นในการวางแผน ติดตาม อาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“.....ในระบบการประเมินนี้ พี่ว่าพยาบาลหัวหน้าเวร เมื่อรับเวรจากห้องฉุกเฉินแล้ว ในผู้ป่วยที่ Dx เลือดออกในสมอง ต้องทำการแจ้ง Members ทั้งพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ start ใช้ระบบการประเมิน.....”

2.2.2 ระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย การเฝ้าระวังในระยะนี้มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทรุดลง หากมีการเฝ้าระวัง มีการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการมีอาการทรุดลงและได้รับการช่วยเหลือตามระบบการประเมินที่กำหนดไว้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“.....การที่ระบบการประเมินมีการแบ่งค่าคะแนน และระบุแนวปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้องไว้ชัดเจน....จะทำให้มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่ถี่ขึ้น กิจกรรมไม่หลุด ช่วยเหลือได้ทัน.....”

2.2.3 ระยะจำหน่าย การเฝ้าระวังอาการทรุดลงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะจำหน่าย ผู้เกี่ยวข้องในระยะนี้ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“....ที่คิดว่าช่วงระยะจำหน่ายก็สำคัญนะ ถ้าเราประเมินผู้ป่วยมาถึงระยะที่วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. แล้ว แพทย์ก็จะสามารถพิจารณาได้ว่า ในช่วง 24 ชม. มีสัญญาณชีพคงที่ ร่วมกับที่แพทย์ประเมินด้วยการตรวจร่างกายด้วย ก็จะทำให้เราจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและทีม.....”

สรุปผลการออกแบบระบบการประเมินการพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน PCK MEWS Score ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง ที่ดำเนินการในระยะ R1D1 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวทางการประเมินการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต PCK MEWS Score ที่พัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินจากอาการและอาการแสดงของ

ผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกจากอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (Clinical Scoring) เป็นแนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคเลือดออกสมอง ประกอบด้วย การประเมิน 1) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scores (GCS)) 2) อัตราการเต้นของหัวใจ/ชีพจร 3) อุณหภูมิร่างกาย 4) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้ว 5) อัตราการหายใจ และ 6) Systolic Blood Pressure (SBP) โดยแต่ละองค์ประกอบมีการแบ่งระดับการให้คะแนน หากมีคะแนนสูงมากขึ้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นตามลำดับ และให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนดดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“.....พี่ว่าเราควรแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ แล้วกำหนดกิจกรรมให้ชัดเจนค่าคะแนน 0-1 หมายถึงผู้ป่วยอยู่ในภาวะปลอดภัยให้สังเกตประเมินอาการได้ตามปกติ”

“.....ค่าคะแนน 2-3 แสดงถึงผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤต ให้เพิ่มการสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นทุก 4 ชั่วโมง 3 ครั้ง ถ้าคะแนนเท่ากันทั้ง 3 ครั้ง ให้รายงานหัวหน้าเวร เพื่อประเมินซ้ำ ให้กิจกรรมพยาบาลตามอาการและรายงานแพทย์ทราบ”

“.....ค่าคะแนน 4 แสดงว่าผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตให้เพิ่มการสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นทุก 2 ชั่วโมง 3 ครั้ง รายงานหัวหน้าเวร เพื่อประเมินซ้ำ ให้กิจกรรมพยาบาลตามอาการ Record I/O ทุก 4 ชั่วโมง ถ้า Urine <100 cc ใน 4 ชั่วโมงและรายงานแพทย์ทราบย้ายผู้ป่วยมาใกล้ Nurse Station พิจารณาย้าย ICU ถ้าคะแนนเท่ากันทั้ง 3 ครั้ง ให้เพิ่มการสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นทุก 1 ชั่วโมง.....”

“.....ค่าคะแนน 5-6 แสดงว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤตให้เพิ่มการสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นทุก 30 นาที 3 ครั้ง หรือทุก 1 ชั่วโมง ติดต่อกัน 3 ครั้งให้ขอความช่วยเหลือจากทีม รายงานหัวหน้าเวร เพื่อประเมินซ้ำ ให้กิจกรรมพยาบาลตามอาการและรายงานแพทย์ทราบ ติดตามสังเกตอาการใกล้ชิด ย้ายผู้ป่วยมาใกล้ Nurse station พิจารณาย้าย ICU....”

“.....ค่าคะแนน ≥ 6 แสดงถึงผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตให้เฝ้าระวังสังเกตอาการทุก 15 นาทีหรือ Bedside Vital Signs Monitoring รายงานหัวหน้าเวร เพื่อประเมินซ้ำ ให้กิจกรรมพยาบาลตามอาการและรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาย้าย ICU.....”

สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน (PCK MEWS Score) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีองค์ประกอบที่ได้จากการพัฒนา คือ 1) การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ 2) มีการสื่อสารการทำงานที่ชัดเจนระหว่างสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย การกำหนดบทบาทหน้าที่ มีความชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน มีการเฝ้าระวังตามระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินของโรค

3. ผลการทดลองใช้ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน (PCK MEWS Score) ดำเนินการโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยเลือดออกในสมองซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมก่อนการใช้ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงฯ จำนวน 37 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.35 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.25 สำหรับกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมองฯ จำนวน 37 ราย ร้อยละ 60.00 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.50 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 44 ราย

เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 43.46 ปี ร้อยละ 54.20 มีอายุ 41 ปีขึ้นไป วุฒิการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 98.00 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยในเฉลี่ย 18.83 ปี ร้อยละ 65.00 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 41.70 เคยได้รับการอบรม/ความรู้เกี่ยวกับการใช้ PCK MEWS scores

3.2 ผลการเปรียบเทียบอัตราการการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผน และการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน พบว่า ผู้ป่วยเลือดออกในสมองกลุ่มทดลองที่ใช้ระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลง มีอัตราการการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนร้อยละ 2 และการช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผนเป็นศูนย์ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนการใช้ระบบการประเมิน ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนและอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

อัตรา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	p-value
	ก่อนใช้ระบบประเมินฯ		หลังใช้ระบบประเมินฯ			
	(n = 37)		(n = 37)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผน	12	32.43	2	5.41	0.037*	.011
การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ได้วางแผน	7	18.92	0	0.00	0.044*	.043

* p-value <0.05

4. ผลการประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจต่อการใช้การใช้นาฬิกาชีพการพยาบาล การบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ

4.1 ความเป็นไปได้ในการใช้นาฬิกาชีพการพยาบาลฯ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้ระบบการประเมินอาการทรุดลงฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.43$, SD = 0.30) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ระบบการประเมินฯ ทำให้เกิดผลดีต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกสมอง ($\bar{x} = 4.67$; SD = 0.65) และนาฬิกาชีพการพยาบาลฯ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน/องค์กรในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (M = 4.43; SD = 0.34) รองลงมาคือ มีการระบุทางเลือกที่ชัดเจนในการจัดการทางการพยาบาล ตามระดับคะแนนที่ประเมินได้ ($\bar{x} = 4.41$, SD= 0.46) เนื้อหาของระบบการประเมินฯ มีความชัดเจนเข้าใจง่าย (M = 4.25, SD= .56) สามารถนำไปใช้ได้ง่าย ($\bar{x} = 4.41$,SD=0.56) รายละเอียด ดังตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการใช้นาฬิกาชีพการพยาบาลฯ (n = 44) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1.เนื้อหาของระบบการประเมินฯ มีความชัดเจนเข้าใจง่าย	4.25	0.56	มาก
2.ระบบการประเมินฯ สามารถนำไปใช้ได้ง่าย	4.41	0.56	มาก
3.มีการระบุทางเลือกที่ชัดเจนในการจัดการทางการพยาบาล ตามระดับคะแนนที่ประเมินได้	4.41	0.46	มาก
4.ระบบการประเมินฯ ทำให้เกิดผลดีต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกสมอง	4.67	0.65	มาก
5.แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน/องค์กรในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย	4.43	0.34	มาก
รวม	4.43	0.51	มาก

4.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.73$, $SD = 0.38$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบการประเมินฯ เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ($\bar{x} = 4.88$, $SD = 0.45$) รองลงมา คือ การปฏิบัติตามระบบการประเมินฯ ช่วยค้นหาผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้รวดเร็วขึ้น ($\bar{x} = 4.79$, $SD = 0.41$) และข้อต่ำสุดคือ แนวทางการประเมินฯ ช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ($\bar{x} = 4.50$, $SD = 0.51$) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n = 44)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1.มีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบการประเมินฯ เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม	4.88	0.45	มาก
2.การปฏิบัติตามระบบการประเมินฯ ช่วยค้นหาผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้รวดเร็วขึ้น	4.79	0.41	มาก
3.ระบบการประเมินฯ ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยเลือดออกในสมองได้อย่างรวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.75	0.61	มาก
4.การปฏิบัติตามแนวทางการประเมินฯ สามารถลดอัตราการเกิด Un-Plan ICU/CPR และอัตราการเสียชีวิต	4.71	0.55	มาก
5.แนวทางทางการประเมินฯ ช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ	4.50	0.51	มาก
รวม	4.73	0.51	มาก

การอภิปรายผล

ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน PCK MEWS scores ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกในสมอง ถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ (Participation) มีการร่วมคิด วางแผนและลงมือปฏิบัติ ทำให้การพัฒนากระบวนการประเมินฯ มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทอย่างมีส่วนร่วม สอดคล้องกับ คิม (Kim et al., 2021) และคณะ ที่พบว่า การเฝ้าระวังอาการทรุดลง ต้องดำเนินการด้วยการประสานงานที่ดี ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในองค์กร มีการดำเนินร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งญาติผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ระบบการเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลระบบเฝ้าระวัง (Early Warning Sign System) ในโรงพยาบาลด้วยวิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพในโรงพยาบาล พบว่า มีประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางเฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลได้ (Drower et al., 2013)

2. การบ่งชี้หน้าที่และความรับผิดชอบให้มีความชัดเจนในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การรับใหม่จนถึงจำหน่าย ผู้ปฏิบัติทราบบทบาทหน้าที่การทำงานของตนเองอย่างชัดเจน ไม่เกิดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน ส่งผลให้การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nishijima และคณะ (Nishijima et al., 2016) พบว่า การกำหนด ขั้นตอนของการเฝ้าระวังอาการทรุดลงที่ชัดเจน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง คือ มีความถูกต้อง มีความไวในการดักจับอาการ ส่งผลให้มีการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที ซึ่งระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพตรงกับแนวคิดการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ (Interprofessional Practice) ที่ทุก คนต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และ การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่มีความชัดเจน ช่วยให้ทุกคนในทีมมีความเข้าใจตรงกัน ส่งผลให้เกิดมาตรฐานการทำงานอยู่ในระดับสูง (Abidin et al., 2017)

3. การสื่อสาร (Communication) การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ มีการสื่อสารที่ดี โดยจัดทำคู่มือ แบบบันทึกการเฝ้าระวัง มีการเขียนแนวทางปฏิบัติเพื่อสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับและส่งต่อกับทีมเพื่อให้ทีมทราบเกี่ยวกับกิจกรรม และผลการดำเนินกิจกรรมตามระบบการประเมินการเฝ้าระวังการทรุดลงในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง โดยที่การสื่อสารระหว่างทีมเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อผลสำเร็จของงานขององค์กรและยังช่วยให้บุคลากรในทีมได้รับทราบกิจกรรมต่างๆ ที่ ดำเนินการด้วย (O'Neill et al., 2021) ซึ่งการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพและให้งานบรรลุเป้าหมาย ปัจจัยที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การสื่อสาร หากไม่มีการสื่อสารที่ดีแล้วจะทำให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน ส่งผลให้งานไม่ต่อเนื่องและไม่ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมาย (Downey et al., 2017)

ผลลัพธ์ของการใช้ระบบประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลงฯ พบว่า เมื่อพิจารณาตามระยะของการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยในระยะรับใหม่ กลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังได้ร้อยละ 100 เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเปลี่ยนแปลงของคะแนนต่างๆ และการปฏิบัติตามแนวทางที่ระบบกำหนด พบว่า กลุ่มเป้าหมาย หัวหน้า

หอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 โดยหน่วยงานใช้วิธีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องผ่าน การมอบหมายให้แก่พยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวร กรณีอยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของ PCK MEWS Scores แสดงให้เห็นว่า ระบบการประเมินการเฝ้าระวังอาการทรุดลงๆ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยสามัญกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีและมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ ทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง นำไปสู่การวางแผนการป้องกันการทรุดลงของเลือดออกในสมองได้ นอกจากนี้แล้วยังสามารถดักจับสัญญาณเตือนของอาการทรุดลงทำให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการภาวะวิกฤติ การใส่ท่อช่วยหายใจและภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยไม่ได้วางแผน

การเปรียบเทียบอัตรา Un-Plan-ICU และ Un-Plan CPR ของกลุ่มผู้ป่วยเลือดออกในสมองในกลุ่มควบคุมโดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนก่อนการใช้ระบบการประเมินฯ และหลังจากการทดลองใช้ระบบการประเมินฯ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลก่อนใช้ระบบการประเมินฯ มีอัตราการเกิด Un-Plan-ICU ร้อยละ 32.43 และ Un-Plan CPR ร้อยละ 18.92 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามระบบการประเมินฯ มีอัตราการ Un-Plan-ICU ร้อยละ 5.41 และ Un-Plan CPR ร้อยละ 0.00 แสดงว่าระบบการประเมินฯ ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้อัตราลดลง โดย Un-Plan-ICU ลดลงจากร้อยละ 32.43 เป็นร้อยละ 18.92 และ Un-Plan CPR ลดลงจากร้อยละ 5.41 เหลือเพียงร้อยละศูนย์ และไม่พบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามระบบการประเมินฯ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เล และ ดิวอี้ (Le & Dwyer, 2017) แคชี และคณะ (Karsy Et AL., 2020) และ เล (Le, 2020) ที่พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังอาการทรุดลงๆ แสดงให้เห็นว่า ค่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของ MEWS ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้อาการ อาการแสดง เฝ้าระวัง และตัดสินใจขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง MEWS จึงถือได้ว่าเป็นเครื่องมือช่วยทำนายความรุนแรงของผู้ป่วยและช่วยวินิจฉัยก่อนเกิดอาการรุนแรงได้

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้ระบบการประเมิน ผลการวิจัยพบว่า ความเป็นไปได้ในการใช้ระบบการประเมินฯ ตามความความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.43$, $SD = 0.30$) สอดคล้องกับ แมเรียล (Merriel, 2016) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพเห็นประโยชน์ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็น เกิดการปรับปรุงคุณภาพการบริการ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น เช่น ลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ (Wang, 2016) อีกทั้งผู้วิจัยได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ อธิบายทำความเข้าใจขั้นตอนการใช้ระบบการประเมินฯ เปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นสงสัยหรือไม่แน่ใจและเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ นิเทศการใช้ระบบการประเมินฯ หรือเมื่อพบข้อสงสัย ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ใช้ระบบการประเมินฯ มีการรับรู้ มั่นใจและมีทัศนคติเชิงบวก ก่อปรกับระบบการประเมินฯ มีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลรับรู้ถึงความเป็นไปได้ ว่าทำให้เกิดผลดี ส่วนความพึงพอใจต่อระบบการประเมินฯ

โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.73$, $SD = 0.38$) อภิปรายได้ว่า เป็นผลมาจากระบบการประเมินฯ สร้างขึ้นจากทีมปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทีมผู้พัฒนาได้เห็นจุดเด่น จุดด้อย ได้รับการประเมินและปรับปรุงให้สอดคล้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถใช้ปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับ เฮสเตอร์ (Hester, 2021) ที่กล่าวว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีกระบวนการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ ส่งผลให้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ นี้ มีความน่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับ รวมทั้งนำขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) มาประยุกต์ใช้โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญของหน่วยงาน บุคลากรจึงมีส่วนร่วมในการแก้ไขเพื่อป้องกันปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล (Spencer, 2019) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อัตราการเกิด Un-Plan ICU และ Un-Plan CPR ของผู้ป่วยเลือดออกในสมอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญของปัญหา ความจำเป็นที่ต้องนำมาใช้ในหน่วยงาน ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนัก นอกจากนี้การทดลองใช้เพื่อสร้างความคุ้นเคยเป็นการเสริมสร้างทักษะ ส่งผลให้ผู้ใช้มีทัศนคติที่ดี เกิดความร่วมมือในการพัฒนา ผู้วิจัยมีการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ส่งผลให้มีกระบวนการติดตาม แก้ปัญหาได้ทันต่อเหตุการณ์ ช่วยให้ได้ผลงานตามความมุ่งหวัง ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้พยาบาลพึงพอใจและภาคภูมิใจต่อการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ไคเลียคอส (Kyriacos et al., 2015) กล่าวว่า แนวปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงานตนเอง รวมทั้งการฝึกทักษะจนบุคลากรทุกคนสามารถใช้เครื่องมือประเมินต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องจะทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล แต่ละหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยควรพิจารณาความพร้อมของผู้ปฏิบัติ ผู้สนับสนุนและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ควรมีการอบรมก่อน มีการทดลองปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ปรับรูปแบบการเฝ้าระวังให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ร่วมกับการนิเทศ กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง สื่อสารระบบบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน จัดทำคำอธิบาย ขั้นตอน เข้าใจง่าย

2. ด้านการพัฒนานโยบาย ควรมีเผยแพร่ผลการวิจัยให้ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้ระบบสัญญาณเตือน สนับสนุนให้มีปรับปรุงวิธีปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาคู่มือให้มีประสิทธิภาพ ควรกำหนดบทบาทพยาบาลในรูปแบบการจัดการรายกรณี เน้นการประเมินอาการและอาการแสดง การวินิจฉัยระยะแรกเริ่ม สามารถนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในหน่วยอื่นๆ เช่นห้องฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการศึกษาปัญหาหรืออุปสรรคของพยาบาลในการใช้ระบบสัญญาณเตือน หรือศึกษาวิจัยเพิ่มในการใช้ระบบสัญญาณเตือนจำแนกโรคหรืออาการทางคลินิกอื่นๆ เพื่อความสมบูรณ์ได้ประสิทธิภาพที่ดีขึ้น และควรศึกษาผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลาบนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองหลังการนำระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงไปได้

เอกสารอ้างอิง

- Abidin, Z., Sila, N. A., Revai, A., & Liputo, G. P. (2017). Modified early warning system (Mews), indicator of changes in patient's condition in the general wards: A systematic review. In *8th International Nursing Conference on Education, Practice and Research Development in Nursing*, 3(1), 51-55.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- Diana, M., Prayoga, D. H., & Wijayanti, D. P. (2021). Implementation of Early Warning System In Nursing Ward: A Literature Review. *Nurse and Health: Journal Keperawatan*, 10(1), 126-134.
- Downey, C. L., Tahir, W., Randell, R., Brown, J. M., & Jayne, D. G. (2017). Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 106-119.
- Drower, D., McKeany, R., Jogia, P., & Jull, A. (2013). Evaluating the impact of implementing an early warning score system on incidence of in-hospital cardiac arrest. *New zealand Medical Journal*, 126(1385), 26-34.
- Hester, J., Youn, T. S., Trifilio, E., Robinson, C. P., Babi, M. A., Ameli, P., ... & Busl, K. M. (2021). The Modified Early Warning Score: A Useful Marker of Neurological Worsening but Unreliable Predictor of Sepsis in the Neurocritically Ill—A Retrospective Cohort Study. *Critical Care Explorations*, 3(5), 1-11.
- Karsy, M., Couldwell, W. T., Stanford, M., Breviu, A., & Horton, D. (2020). Using the Modified Early Warning Score (mEWS) to Improve Prediction of Outcome in Neurosurgical Patients. *Neurosurgery*, 67(Supplement_1), nyaa447_501.
- Kim, D. K., Lee, D. H., Lee, B. K., Cho, Y. S., Ryu, S. J., Jung, Y. H., ... & Han, J. H. (2021). Performance of Modified Early Warning Score (MEWS) for predicting in-hospital mortality in traumatic brain injury patients. *Journal of Clinical Medicine*, 10(9), 1915.
- Kirshner, H., & Schrag, M. (2021). Management of Intracerebral Hemorrhage: Update and Future Therapies. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 21(10), 1-5.
- Kyriacos, U., Jelsma, J., James, M., & Jordan, S. (2015). Early warning scoring systems versus standard observations charts for wards in South Africa: A cluster randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 1-15.
- Lagadec, L. M. D., Dwyer, T., & Browne, M. (2020). The efficacy of twelve early warning systems for potential use in regional medical facilities in Queensland, Australia. *Australian Critical Care*, 33(1), 47-53.

- Le Lagadec, M. D., & Dwyer, T. (2017). Scoping review: the use of early warning systems for the identification of in-hospital patients at risk of deterioration. *Australian Critical Care*, 30(4), 211-218.
- Le Lagadec, M. D., Dwyer, T., & Browne, M. (2020). The efficacy of twelve early warning systems for potential use in regional medical facilities in Queensland, Australia. *Australian Critical Care*, 33(1), 47-53.
- Merriel, A., van der Nelson, H., Merriel, S., Bennett, J., Donald, F., Draycott, T., & Siassakos, D. (2016). Identifying deteriorating patients through multidisciplinary team training. *American Journal of Medical Quality*, 31(6), 589-595.
- Nishijima, I., Oyadomari, S., Maedomari, S., Toma, R., Igei, C., Kobata, S., ... & Iha, K. (2016). Use of a modified early warning score system to reduce the rate of in-hospital cardiac arrest. *Journal of Intensive Care*, 4(1), 1-6.
- O'Neill, S. M., Clyne, B., Bell, M., Casey, A., Leen, B., Smith, S. M., ... & O'Neill, M. (2021). Why do healthcare professionals fail to escalate as per the early warning system (EWS) protocol? A qualitative evidence synthesis of the barriers and facilitators of escalation. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 1-19.
- Pimentel, M. A., Redfern, O. C., Malycha, J., Meredith, P., Prytherch, D., Briggs, J., ... & Watkinson, P. J. (2021). Detecting deteriorating patients in hospital: development and validation of a novel scoring system. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 204(1), 44-52.
- Polit, D. F. B & Beck, CT (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. London, Lippincott.
- Spencer, W., Smith, J., Date, P., de Tonnerre, E., & Taylor, D. M. (2019). Determination of the best early warning scores to predict clinical outcomes of patients in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 36(12), 716-721.
- Wang, A. Y., Fang, C. C., Chen, S. C., Tsai, S. H., & Kao, W. F. (2016). Periarrest Modified Early Warning Score (MEWS) predicts the outcome of in-hospital cardiac arrest. *Journal of the Formosan Medical Association*, 115(2), 76-82.

การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุทัย

The Empowerment of Caregivers on Rehabilitation for Stroke Patients in Uthai Hospital

สงวนษ์ ลักษณะไทย*
Sawong Laksanathai*
โรงพยาบาลอุทัย*
Uthai Hospital*

(Received: 10 November, 2021; Revised: 7 December, 2021; Accepted: 20 December, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน – พฤศจิกายน 2564 กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน และบุคลากรทีมสาขาวิชาชีพที่ร่วมพัฒนาโปรแกรมของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 1 คน พยาบาลประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired Sample T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถพัฒนาและประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆได้

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

* ผู้ให้การติดต่อ สงวนษ์ ลักษณะไทย e-mail : sawong_07@hotmail.com

Abstract

This action research aimed to develop knowledge and skills of rehabilitation among stroke caregivers and to promote empowerment of stroke caregivers. This study was conducted during September to November 2021. There were three phases in this research procedure. Phase 1 was a situation analysis process regarding rehabilitation process in stroke patients. Phase 2 was to develop a self-empowerment program that proposed by the concept of self-empowerment (Gibson, 1993). Phase 3 was to evaluate the effectiveness of the program. Participants were 30 patient-caregiver pairs. Five research participants who developed the program were the head nurse of the department, two staff nurses, one physiotherapist, and one nurse from the sub-district health promotion hospital. The research tool was the caregiver empowerment program for stroke rehabilitation. The data collection instruments were: 1) an interview questionnaire for a situation analysis process; 2) the caregiver empowerment questionnaire for stroke rehabilitation; 3) the Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL) assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test. The statistical significance level was set at the 0.05 level.

The results showed that after receiving the program, the mean score of knowledge about cerebrovascular disease, rehabilitation skills, and perceived empowerment of caregivers of stroke patients was significant higher than before enrolling the program (p -value<0.05). The ability to perform daily activities of stroke patients was also significant higher than before enrolling the program (p -value<0.05). Nurses and other health care providers can apply or develop this program to promote empowerment of caregivers on rehabilitation for patients with other chronic conditions.

Keywords: Empowerment, Rehabilitation, Stroke Caregivers

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง โดยอาจมีการอุดตัน ตีบหรือแตก อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง ในปัจจุบันถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2021) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้ (กรมควบคุมโรค, 2562) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในแต่ละปีมีประชากรป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือเกิดภาวะ

กลับเป็นซ้ำด้วยโรคนี้ถึง 75,000 ราย และเป็นสาเหตุของ การเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (American Heart Association, 2021)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนกว่า 2,140 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้ที่มารับบริการ นอกจากนี้พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดอื่นๆ จากการทบทวนสถิติและเวชระเบียน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลอุทัย ปี2561 มีจำนวน 80 ราย ปี2562 จำนวน 65 ราย และปี2563 จำนวน 93 ราย ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2563 นั้น มีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 1.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2563)

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและเกิดแผลกดทับ จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีผู้ที่เป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตต้องอยู่กับความพิการ เพราะความผิดปกติทางสมองและการทำหน้าที่ของร่างกาย ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยแต่ละรายมีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภท ตำแหน่งและขอบเขตของพยาธิสภาพ ความก้าวหน้าของการรักษาและการวินิจฉัยโรคในปัจจุบันส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่มักจะเกิดความพิการเรื้อรังอันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ ผู้ป่วยบางรายสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ถึงร้อยละ 80-90 ภายในระยะเวลา 1-2 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลามากกว่า 6 เดือน การฟื้นตัวของระบบประสาทส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกหลังจากเกิดโรค และหลัง 6 เดือนแล้วการฟื้นตัวจะช้าลง (น้อมจิตต์ นวลเนตร และคณะ, 2555) ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย ด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาด้านการพูด การกลืน การควบคุมการขับถ่ายและปัญหาด้านจิตสังคม มีอาการซึมเศร้าวิตกกังวลกลัวไม่หาย รู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือครอบครัวในการทำกิจวัตรประจำวันและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ผลกระทบของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือยังอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งความพิการของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ส่งผลต่อความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งก็คือสมาชิกในครอบครัว (สมนึก สกุดหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณ์ โหลสกุล, 2554) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนการรักษาและดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่รับเข้าไว้รักษาที่หอผู้ป่วย จนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานในชุมชน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่น เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติตามสถานการณ์จริง การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคม ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อได้รับการรักษาตัวที่บ้านคือผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ให้การดูแล (Caregiver) หมายถึงบุคคลที่ให้การดูแลด้านต่างๆ ตั้งแต่การให้การดูแลด้านการกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน จนถึงการดูแลที่ซับซ้อนแก่ผู้ได้รับการดูแล ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการดูแล ดังนี้ 1) ผู้ให้การดูแลแบบเป็นทางการ (Formal Caregiver) เป็นผู้ที่ให้การดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแลผู้ได้รับการ

ดูแลอย่างมีแบบแผนและเป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ หรือ พยาบาล เป็นต้น และเป็นการไปให้บริการโดยมีการคิดค่าตอบแทน 2) ผู้ให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) เป็นผู้ให้การดูแลที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแล มักเป็นญาติของผู้ได้รับการดูแล หรือเรียกว่า Family Caregiver ได้แก่ สามีหรือภรรยา เป็นต้น ผู้ให้การดูแลมักจะฝึกฝนหรือเรียนการดูแลด้วยตนเอง และไม่ได้มีค่าตอบแทนเมื่อต้องให้การดูแล (อรพรรณ พุฒนิขิต, 2564) ผู้ดูแลต้องให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ใกล้ๆ ซึ่งการดูแลในเรื่องเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องได้รับการแนะนำอย่างถูกวิธีจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

ผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลอุทัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากในครอบครัวไม่เคยมีผู้ป่วยโรคนี้มาก่อน และต้องการการสนับสนุนด้านความรู้และทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อยากได้แรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่และกำลังใจจากครอบครัว ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือ ผู้ดูแลขาดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดเป็นความเครียดเกิดขึ้น ความรู้สึกของผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในระยะเวลา 1 เดือนแรก ซึ่งความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และสภาวะทางร่างกายของผู้ดูแลจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (สมจิตร เสงี่ยม, เรวัต หามนตรี และคณะ, 2564)

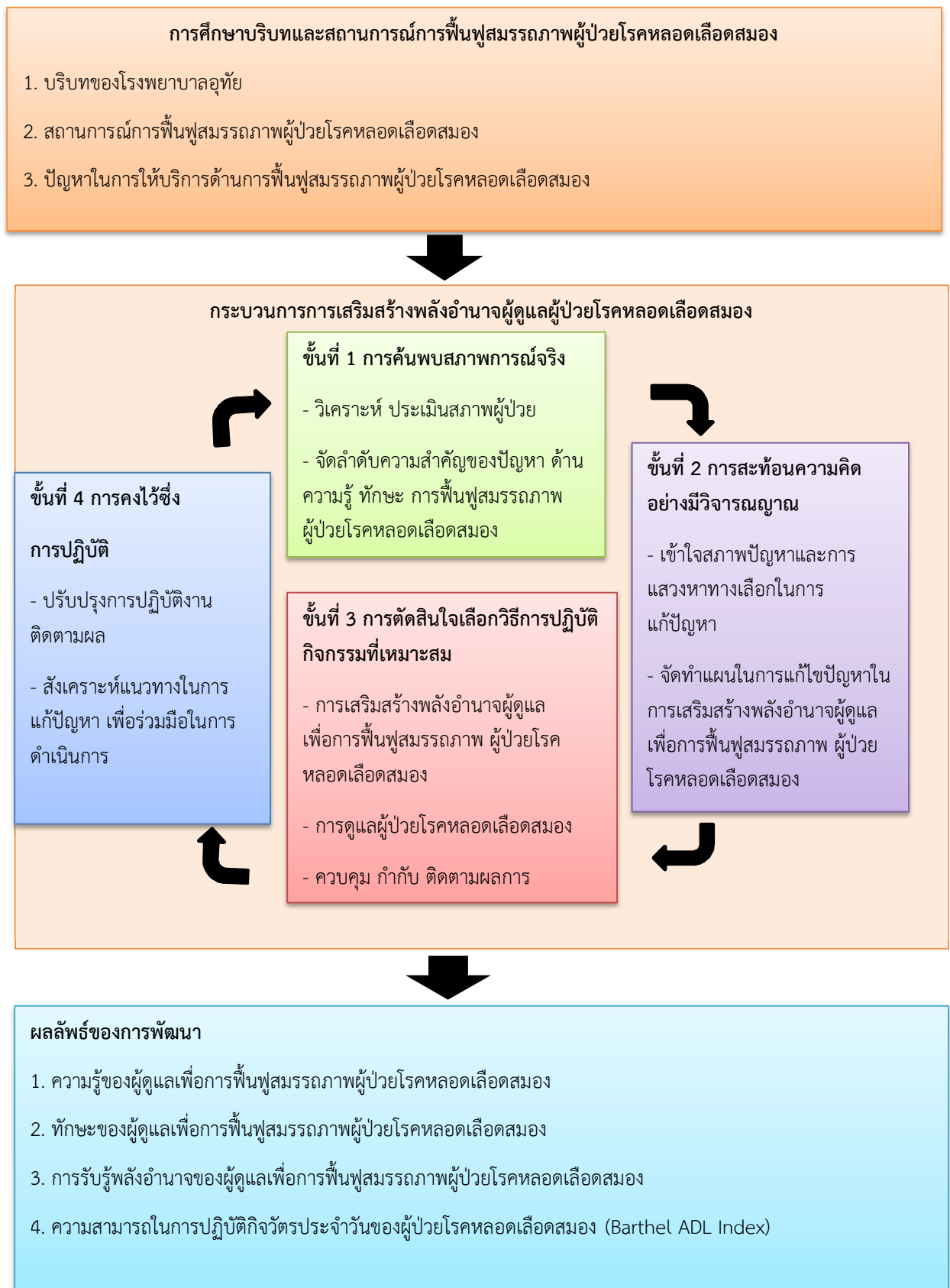
จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย มีพลังอำนาจในตนเอง มีความมุ่งมั่น มีความหวัง กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย สร้างพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความรู้ ทักษะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะและการรับรู้พลังอำนาจ ผลที่ตามมาคือผู้ดูแลสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (Gibson, 1993) มาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สิ่งสำคัญคือผู้วิจัยและทีมมีการวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแผนการดำเนินการร่วมกัน การกำหนดผลลัพธ์ การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล โดยการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้านบริบทและสถานการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุทัย โดยศึกษาจากข้อมูลสถิติ เวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสัมภาษณ์บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลที่มีหน้าที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล ที่มีหน้าที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลอุทัย จำนวน 5 คน ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน (ผู้วิจัย) จำนวน 1 คน พยาบาลประจำงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์สถานการณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเสนอความเรียง

ระยะที่ 2 การดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการดำเนินการเป็นระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง การประเมินสภาพปัญหาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ประเมินสภาพปัญหา สะท้อนความคิด ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน แนวทางในการรักษาโรค ผลกระทบของการเกิดโรค ประเมินโดยการสังเกตของผู้วิจัย โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติให้ดู เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยวิธีการรักษาทางกายภาพบำบัด การพลิกตะแคงตัว การฝึกการเคลื่อนไหว เพื่อสังเกตความสามารถในการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel ADL Index) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การเข้าใจสภาพปัญหาและแสวงหาทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยการจัดทำแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสุขภาพ มีกระบวนการเข้าร่วมกิจกรรมและมีการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและมีการแลกเปลี่ยน

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลและดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีความรู้ตามแผนกิจกรรมที่กำหนด มีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ จิตวิญญาณ ใช้แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วมโดยการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย อุปกรณ์บันทึกภาพและเสียง สื่อวีดิทัศน์

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เป็นการวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการติดตามผลการปฏิบัติ มีการนำปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดกิจกรรมมาเสนอแนะให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงาน โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มในการติดตามผลเพื่อเสนอแนะแนวทางการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มเป้าหมายของโปรแกรม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุทัย มีหน้าที่หลักในการดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งดูแลต่อที่บ้าน จำนวน 30 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นสมาชิกที่อยู่ในครอบครัว หรือ บุคคลที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตร บุตรสะใภ้ บุตรเขยหรือเป็นญาติพี่น้อง ที่เป็นผู้ดูแลที่ให้ความช่วยเหลือและจัดเตรียมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง
- 2) ต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลได้ตลอดทุกขั้นตอนการศึกษาวิจัย สามารถอ่านหนังสือ เขียนหนังสือได้ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองและสื่อสารได้อย่างเข้าใจ ไม่มีปัญหา มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยครบ 6 สัปดาห์
- 3) ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศชายและหญิงมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมดจนถึงการพึ่งพาผู้ดูแลเล็กน้อย โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เป็นการเจ็บป่วยครั้งแรก และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ดูแลที่ไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ใน การศึกษาวิจัย คือ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่อยู่ โดยทำการเลือกผู้ดูแลเข้าร่วมงานวิจัยแบบเจาะจง และให้การดูแลให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ที่ผู้วิจัยนัดหมายให้มารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของกระบวนการการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการประเมินความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้พลัง

อำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมทันที

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน (Barthel ADL Index)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่และร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Dependent Paired T-Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำโปรแกรมนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุทัย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะทำการศึกษา นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพ

2. แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา และหลังจากนำทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ดังนี้

2.1 ด้านความรู้ของผู้ดูแลเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.91

2.2 ด้านทักษะของผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.83

2.3 ด้านการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88

2.4 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมติฐานและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่รับรอง 20/2564 เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2564 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆทั้งสิ้น หากผู้เข้าร่วมตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จะให้ผู้เข้าร่วมลงนามในใบยินยอม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องระบุเหตุผลใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษา ผลการวิจัยจะนำเสนอโดยภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. ผลการพัฒนาผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพการพยาบาลและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุทัย มีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปผลดังนี้

1.1 การค้นพบสถานการณ์จริง พบว่า มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีกระบวนการที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลเกิดความเครียดวิตกกังวล ขาดกำลังใจ บางรายขาดความรู้และทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาในด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ด้านขวัญกำลังใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการบริหารร่างกาย บริหารข้อต่อต่างๆ และการฝึกเดิน

1.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ พบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งทัศนคติในด้านต่างๆ ดีขึ้น สามารถเข้าใจและปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มมากขึ้น

2. ผลการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่า ความรู้ ทักษะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง					
ก่อนการพัฒนา	9.80	5.16	6.30	29	0.00 [*]
หลังการพัฒนา	16.10	2.10			
ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ					
ก่อนการพัฒนา	43.06	6.36	8.194	29	0.00 [*]
หลังการพัฒนา	53.53	3.59			
การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล					
ก่อนการพัฒนา	42.93	6.64	20.74	29	0.00 [*]
หลังการพัฒนา	67.60	3.73			
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของป่วย					
ก่อนการพัฒนา	54.86	21.77	6.619	29	0.00 [*]
หลังการพัฒนา	76.33	23.52			

*p-value <0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอุทัย ผู้วิจัยอภิปรายผลของการศึกษา ดังนี้

ผลการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการวิจัยมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งทัศนคติในด้านต่างๆ ดีขึ้น สามารถเข้าใจและปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีการพบปะกันระหว่างผู้ดูแลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เห็นว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลดีต่อตนเองและผู้ป่วย โดยมีการเสนอให้พยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพและนักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์ชนก ปานทอง (2560) ศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการศึกษพบว่า การพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองนำไปสู่การแก้ไขปัญหาาร่วมกันและการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีการพัฒนาตนเองและมีการตัดสินใจที่ดี สามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลเล็กน้อย และบางรายสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ปิยศิริ (2561) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแขนงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแขนงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการประเมินสภาพร่างกาย พบว่า ไม่พบอาการของปวดอักเสบและไม่มีผลกดทับ การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อไป และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรภรณ์ สิริธรรานนท์ (2558) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนและดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ผลวิจัยพบดังนี้ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังของผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในช่วงที่เกิดสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-2019 (COVID-19) เหมาะสมที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากกว่าการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล
2. การอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรเน้นการฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว การสาธิตและการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามความก้าวหน้าในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในองค์ความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้อง สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้อย่างถูกต้อง
3. ควรมีการพัฒนาระบบการบริการ โดยการออกเยี่ยมบ้านในช่วงสัปดาห์แรกภายหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อแก้ไขปัญหการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลัน
4. ควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้ประสานหลักของโรงพยาบาลในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกช่องทางสื่อสาร เพื่อให้การประสานงานมีความรวดเร็วขึ้น และทุก 3 เดือนโดยประมาณควรมีการสรุปข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข และพัฒนาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรให้การสนับสนุนบุคลากรที่มีอยู่ได้แก่พยาบาลเฉพาะทางการฟื้นฟูสภาพ ให้ได้มีบทบาทการเป็นผู้นำของทีมพยาบาลในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง ผู้พิการ และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ อย่างเต็มศักยภาพเพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ในระดับใกล้เคียงกันมาเข้าร่วมงานวิจัย เพื่อให้มีแนวทางในการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละกลุ่ม
2. ควรนำผลการวิจัยนี้ไปศึกษาต่อยอดสำหรับการวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). *รณรงค์วันอัมพาตโลก*. สืบค้น 15 มีนาคม 2564.
จาก <https://ddc.moph.go.th/dir/news.php?news=10024&deptcode=dir>.
- จารุวรรณ ปิยศิริ. (2561). *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร และคณะ. (2555). *อัมพาตครึ่งซีก: ท่านสามารถช่วยเขาได้*. กรุงเทพฯ: สุขภาพใจการพิมพ์.
- พัชรารณ สิริธรรณ. (2558). *ผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์ชนก ปานทอง. (2560). *การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการเวชปฏิบัติการชุมชน). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมนึก สุกหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โหลสกุล. (2554). "ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง". *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 36-52.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2563). *รายงานสถิติสาธารณสุขประจำปี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข*.
- อรพรรณ พุฒินิโชติ. *การให้การดูแล (caring of the caregiver)*. สืบค้น 15 มีนาคม 2564. จาก https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/Caring_of_the_Caregiver/index1.html.
- American Heart Association. (2021). *Stroke statistics*. March 15, 2021, Retrieved from <http://www.world-stroke.org>.
- Gibson, C.H. (1993). "A study of empowerment in mothers of chronically ill children." *Journal of Advanced Nursing*, 21, 865-871.

World Stroke Organization: WSO. (2021). *World stroke day*. March 15, 2021, Retrieved from <http://www.world-stroke.org>.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ 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 และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลายๆชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นการทบทวน องค์ความรู้เรื่องนั้นๆ และให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings
2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง
3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้นๆ ประเมินคุณภาพผลงานเพื่อพิจารณาก่อนตีพิมพ์ ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ ของผู้เขียน 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) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (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,ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) 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

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหาในรูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม – ปี (Author – Date Citation System) ซึ่งเป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาของเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

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

อัมมิชา (2563) ได้ศึกษาพบว่า.....

อัมมิชา และปณัสยา (2562) พบว่า.....

ปุลวิช (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

ปวีตรา 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 เลี้ยงเชวงวงศ์, ทศนีย์ ภู่อำวงศ์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *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/ (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต หรือ master's thesis)./ สถานที่พิมพ์./ ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอ 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*. กรุงเทพฯธุรกิจ, 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. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ (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. การจัดเรียงลำดับหัวข้อความ ให้หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งค้ำระยะย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ ละ 7 เคาะ (space) หรือตั้งค้ำระยะเท่านี้ 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 และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น 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..... ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความ ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของ 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

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น
 → Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ
 ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

สมมติฐานการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

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

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

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

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

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

การเก็บรวบรวมข้อมูล

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการวิจัย(ขนาด 16 หนา)

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

ตารางที่ 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า) เช่น

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

ที่มา (ถ้ามี)

ภาพที่ 1 (ขนาดตัวอักษร 14 หน้า)

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

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

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตัวอย่างแบบฟอร์มบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

3.17 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____ 2 และ _____ 3 ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____ 2 และ _____ 3 ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² 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 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 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 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น News exposure, Knowledge (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)

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

.....

.....

.....

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 208, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
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

