

วารสาร

วิจัยการพยาบาลและ
การสาธารณสุข
Journal of Nursing and
Public Health Research



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 ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหา นั้น ๆ 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 หมู่ 4 ตำบลตอนแก้ว อำเภอแมริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ดร.อมาวลี อัมพันศิริรัตน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุตา รัตมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร	นักวิชาการอิสระ
	พญ.สุภารัชต์ กาญจนะวนิชย์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	ดร.นงษา สิงห์วีระธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ สงขลา
	ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
	ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ พุทธชินราช
	ดร.เสน่ห์ ขุนแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ อุตรดิตถ์
	ดร.เมทนี ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ นนทบุรี
	ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่
	ดร. ศรีณญาณันท์ จันทร์ดีแก้วสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่
บรรณาธิการ	อาจารย์วรางคณา บุญมา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่
ดร.อัมมิษา นาไวย์	อาจารย์พิมพ์พรพรรณ เนียมหม่อม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่	Mr.William Leslie	English language consultant
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
ดร.ปุลลวิชัย ทองแดง		
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่		
กองจัดการ		
นางสาวปณิสยา พรหมดี		
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่		
	กำหนดออก	
	ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้	
	ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน	
	ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม	
	ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	
	เจ้าของ	
	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่	

วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวาระกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.2 No.3 September - December 2022

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
	Assist.Prof.Dr.Tassanee Krirkgulthorn	Independent Scholar
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Noppcha Singweratham	Faculty of Public Health, Chiangmai University
	Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Saneh Khunkaew	Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit
	Dr.Mataneer 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 Thongtaeng	3 issues per year	
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	No.1 January – April	
	No.2 May – August	
	No.3 September - December	
Journal Manager	Copyright	
Panutsaya Promdee	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 2 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2565 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ เป็นบทความวิจัยทั้งหมด 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพต่ออัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพและความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึก โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 2) ประสิทธิภาพของการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการพยากรณ์การเสียชีวิตผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลนครพิงค์ 3) ประสิทธิภาพของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย 4) การเปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา และ 5) ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความสามารถการจัดการตนเองของผู้ดูแล กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสาร ขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ดร.อัมมิชา นาไวย์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพต่ออัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพและความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึก โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.....1

The Effect of Using the Care Record Form for Patients Infected with Antimicrobial Resistant Bacteria on the Incidence of Antimicrobial Resistance Bacteria and the completeness of Documentation, Narathiwat Ratchanakarin Hospital

ฮัสसानา หวันประรัตน์, กัสตุรี แวมะแอ, นูร์ไลลี หะยีดีอราแม

Hassana Whanprarat, Kusturee Vamaae, Nurlilee Hayeduram

ประสิทธิภาพของการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการพยากรณ์การเสียชีวิตผู้ป่วย โรคโควิด-19 ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลนครพิงค์.....14

Efficacy of Using the National Early Warning Score (NEWS2) to Predict Mortality of Covid-19 Patients in Isolation Ward, Nakornping Hospital

ดรุณี ดลรัตนภัทร

Darunee Donratanapat

ประสิทธิผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย.....32

Effectiveness of the Planned Teaching Program on Knowledge and Self-care Behavior of School-Age Children with Thalassemia

ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า

Pratoomtip Pinya

การเปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่าง ขณะป่วยและหลังป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา.....48

Comparison of Stress, Anxiety, and Sadness among COVID-19 Patients during Sickness and After Sickness, Wang Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Thawi District, Songkhla Province

สุภาวดี เพชรเชนทร์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ

Supawadee Petchan, Kittiporn Nawsuwan

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความสามารถการจัดการตนเองของผู้ดูแล.....57

Effects of a Hospital-to-Home Transitional Care Program on Activities of Daily Living, Patients' Complications, and Self-Management Ability of Caregivers

วิรัตน์ นิลสวัสดิ์

Wirarat Nilsawaddi

ผลของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ
ต่ออัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพและความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึก
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

The Effect of Using the Care Record Form for Patients Infected with
Antimicrobial Resistant Bacteria on the Incidence of
Antimicrobial Resistance Bacteria and the completeness of Documentation,
Narathiwat Ratchanakarin Hospital

ฮัสสนา หวันประรัตน์^{1*}, กัสตุรี แวมะแอ¹, นูรไลลี หะยิดูราแม¹
Hassana Whanprarat^{1*}, Kusturee Vamaae¹, Nurlilee Hayedurama¹
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์^{1*}
Narathiwat Ratchanakarin Hospital^{1*}

(Received: August 4, 2022; Revised: October 3, 2022; Accepted: October 4, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพต่ออัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพและความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึกโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse (ICWN)) จำนวน 28 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ ได้ค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า อัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพก่อนทำวิจัย ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2564 เท่ากับ 25.75, 31.66 และ 21.88 ตามลำดับ ช่วงระหว่างดำเนินการวิจัย เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2564 พบอัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 14.20, 14.40 และ 12.26 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้น โดยมีการใช้แบบบันทึกก่อนทำวิจัยร้อยละ 18.75 และในระหว่างการทำวิจัยและหลังการทำวิจัยร้อยละ 46.66 ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพให้สมบูรณ์และต่อเนื่องเพื่อนำเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีเป้าหมายในการลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย

คำสำคัญ: แบบบันทึก, การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ, อัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ

*ผู้ให้การติดต่อ ฮัสสนา หวันประรัตน์ e-mail: mod.hassana10@gmail.com

Abstract

The objective of this descriptive research was to examine the effect of using the care record form for patients infected with antimicrobial resistant bacteria on the incidence of antimicrobial resistance bacteria and completeness of documentation, Narathiwat Ratchanakarin Hospital. Participants were 28 infection control ward nurses (ICWN) who were recruited through purposive sampling. The research instrument was a record form for caring patients infected with antimicrobial resistant bacteria. This instrument had an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.67-1.00 and an overall reliability of 0.99. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage.

The results revealed that the incidences of antimicrobial-resistant bacteria before the study (March – May 2021) were 25.75, 31.66, and 21.88, respectively. While conducting this research by using the care record form (June - August 2021), the incidences of antimicrobial-resistant bacteria tended to decline continuously at 14.20, 14.40, and 12.26, respectively. After finishing a research, participants had a higher rate of using the care record form with 46.66%, compared to 18.75% before conducting the research. Therefore, nurses should use and complete the care record form for patients infected with antimicrobial resistant bacteria in order to improve the quality of nursing care and reduce the incidence of drug-resistant infections in patients.

Keywords: Record Form, Caring for Patients Infected with Antimicrobial Resistant Bacteria, Incidence of Antimicrobial Resistant Bacteria

บทนำ

เชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance (AMR)) คือ ภาวะที่เชื้อแบคทีเรียต่อต้านยาปฏิชีวนะ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดังเดิม ต้องใช้เวลารักษานาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแพง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น เชื้อแบคทีเรียที่ทนต่อยาปฏิชีวนะเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้เชื้อแบคทีเรียมีการปรับตัวและพัฒนาตัวเองขึ้นให้ทนต่อยาปฏิชีวนะเรียกว่า "เชื้อดื้อยา" (Abushaheen et al., 2020; Browne et al., 2020) เชื้อดื้อยาสามารถส่งต่อไปสู่คนอื่นและส่งต่อจากคนอื่นมาสู่ตัวเรา และสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เชื้อดื้อยาจะทำให้คนที่ติดเชื้อต้องใช้เวลาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์แรงขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียหลายด้าน เช่น ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เสี่ยงต่อการแพ้ยาและการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่แรงขึ้น จนอาจไม่มียาปฏิชีวนะใดรักษาได้ และอาจส่งผลให้คนที่ติดเชื้อดื้อยานั้นเสียชีวิตได้ (World Health Organization, 2014) ในปีพ.ศ. 2557 ทั่วโลก มีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยา 700,000 คน หากไม่มีการแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง คาดว่าในปีพ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจะสูงถึง 10 ล้านคน โดยในทวีปเอเชียและทวีปแอฟริกาจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 และ 4.2 ล้านคนตามลำดับ ซึ่งมีผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านบาท (สุกัญญา บัวชุม, 2563) ประเทศไทยมีการติดเชื้อดื้อยา 88,000 ครั้งต่อปี และในทุก 15 นาที มีคนไทย 1 คน เสียชีวิตเพราะเชื้อดื้อยาฯ คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ไม่ต่ำกว่า 40,000 ล้านบาท

(ร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ) (ภาณุมาศ ภูมาศ, ตวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาหาร ไร่ไพบุลย์, ภูจิต ประคองสาย และสุพล ลีวัฒนา, 2555) จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST) พ.ศ. 2543-2561 ข้อมูลของโรงพยาบาล 85 แห่งทั่วประเทศ พบเชื้อ *Acinetobacter Calcoaceticus Baumannii* Complex ที่ดื้อยา Imipenem เพิ่มขึ้นคือ หอผู้ป่วยในเพิ่มจากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 72.2 หอผู้ป่วยหนักจากร้อยละ 14.2 เป็นร้อยละ 79.8 (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ, 2563)

จากการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการโดยโปรแกรม M – LAB ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559–2563 มีเชื้อดื้อยาเกิดขึ้นเป็นร้อยละ 16.93, 19.07, 19.58, 22.27 และ 23.24 ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2560-2563 พบเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) *Acinetobacter Baumannii* MDR ร้อยละ 44.44, 56.09, 42.37 และ 55.56 ตามลำดับ 2) *Klebsiella Pneumoniae* MDR ร้อยละ 5.55, 17.01, 32.20 และ 13.33 ตามลำดับ 3) *Pseudomonas Aeruginosa* MDR ร้อยละ 20.37, 4.87, 6.77, 4.44 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2561 มีการนำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพมาใช้และมีการปรับเพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยอีก 2 ครั้ง แต่จากการเก็บข้อมูลของหน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล (Infection Control (IC)) พบว่ามีความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ ในปี พ.ศ. 2561 – 2563 เพียงร้อยละ 17.80, 18.25 และ 18.50 ตามลำดับ (งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, 2564)

นอกจากนี้จากการทบทวนอุบัติการณ์เพื่อการบริหารความเสี่ยง (Risk Register) ทุก 3 เดือนของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า เดือนมกราคม – มีนาคม 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเกิด AMR ร้อยละ 32.48 โดย 3 ลำดับแรกจำแนกตามสาขา คือ 1) อายุรกรรม ร้อยละ 42.69 2) ศัลยกรรมประสาท ร้อยละ 18.73 3) ศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 17.23 เชื้อก่อโรคคือ 1) *Klebsiella Pneumoniae* ร้อยละ 40.07 2) *Acinetobacter Baumannii* ร้อยละ 31.09 และ 3) *Pseudomonas Aeruginosa* ร้อยละ 20.22 ชนิดการดื้อยาคือ 1) Multiple Drug Resistance (MDR) ร้อยละ 44.19 2) Carbapenem-Resistant *Acinetobacter Baumannii* (CRAB) ร้อยละ 30.34 3) Carbapenem-Resistant *Enterobacteriaceae* (CRE) ร้อยละ 12.73 และพบว่าในผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection (NI)) ที่พบเชื้อ 57 ครั้งเกิดเชื้อดื้อยา 16 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 28.07 โดย 3 ลำดับแรกจำแนกตามสาขา คือ 1) ศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 43.75 2) ศัลยกรรมประสาท ร้อยละ 25 3) ทารกแรกเกิดร้อยละ 18.75 ตำแหน่งการติดเชื้อคือ 1) Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) ร้อยละ 56.25 2) Catheter-associated Urinary Tract Infections (CAUTI) ร้อยละ 25 3) Catheter Associated Bloodstream Infection (CABSI) ร้อยละ 12.50 เชื้อก่อโรคคือ 1) *Acinetobacter Baumannii* ร้อยละ 56.25 2) *Klebsiella Pneumoniae* ร้อยละ 31.25 3) *Escherisia Coli* ร้อยละ 6.25 ชนิดการดื้อยาคือ 1) MDR ร้อยละ 43.75 2) CRAB ร้อยละ 37.50 และ 3) CRE ร้อยละ 18.75 สาเหตุของการติดเชื้อ เช่น ห้องแยกไม่เพียงพอ การจัดสถานที่หอผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติตามหลัก Standard Precaution มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติทำไม่ได้ไม่ครอบคลุม การสื่อสารข้อมูลจากหน่วยงาน

ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไม่ถึงบุคลากรทุกระดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ข้อมูลของหน่วยงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มีความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ เพียงร้อยละ 18.75

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการปฏิบัติการพยาบาลพบว่ายังมีการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย ดื้อยาต้านจุลชีพค่อนข้างน้อย ซึ่งปัญหานี้เป็นส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาได้ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคประมาณคนละ 29,500 – 68,700 บาท (งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, 2564) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยได้มีการนิเทศ ควบคุม กำกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีการรณรงค์การใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ จึงสนใจศึกษาผลการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพต่ออัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพและความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึก เพื่อนำเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีเป้าหมายลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

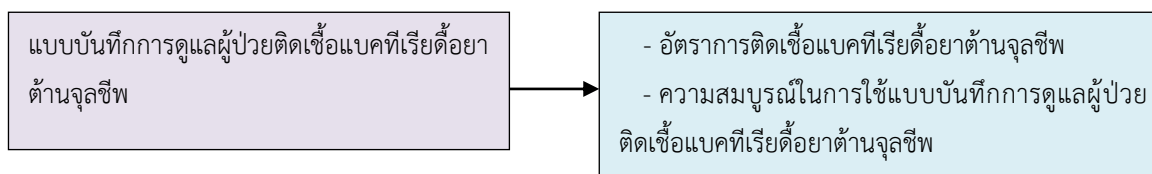
เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพต่ออัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ และความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ
2. เพื่อศึกษาความสมบูรณ์การใช้แบบบันทึกของพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่พัฒนาขึ้นและใช้ปฏิบัติในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มาทบทวนความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและแนวทางการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพแก่พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย โดยมุ่งหวังว่าแบบบันทึกนี้จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพต่ออัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพและความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึกในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 – สิงหาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse (ICWN)) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ทั้งหมด จำนวน 28 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical Test เลือก Means: Differences between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่า (Cohen, 1988) ความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้เนื่องจากมีพยาบาล ICWN ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ทั้งหมดมี 28 คน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้งจากโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ทำให้มีหน้าที่ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2564 – สิงหาคม 2564 เกณฑ์คัดออกคือพยาบาล ICWN ที่ลาออกจากการปฏิบัติหน้าที่ หรือย้ายออกจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่พัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ (AMR, 2562) อ้างอิงจากแนวปฏิบัติที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) และแบบติดตามการปฏิบัติตามแบบบันทึกประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ICWN ได้แก่ เพศ อายุตัว อายุราชการ อายุการเป็นพยาบาล ICWN วุฒิการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และการผ่านการอบรมเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 21 ข้อ เกี่ยวกับการยืนยันผลทางห้องปฏิบัติ การแยกผู้ป่วย การล้างมือ การประสานกับหน่วยงานอื่น การทำความสะอาดของใช้ เสื้อผู้ป่วย การส่งสิ่งส่งตรวจ การแนะนำวิธีปฏิบัติให้แก่ญาติ การสรุปใบส่งต่อ และการนัดมาตรวจซ้ำ เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) หากปฏิบัติตอบ 1 ไม่ได้ปฏิบัติตอบ 0

ส่วนที่ 3 แบบติดตามการปฏิบัติตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ แยกเป็น 2 ส่วนคือ ข้อ 1 – 12 ติดตามโดยการสังเกตในประเด็น 1) เวลาที่ห้องพยาบาล/ห้องแล็บและเวลาที่ไป Lab Approve 2) เวลาที่แจ้งแพทย์เจ้าของไข้, IC และเข้าห้องแยก/แยกโซน 3) ติดป้ายสื่อสารหน้า Chart, ใบเบิกยา (PMP), ใบการใช้ยาปฏิชีวนะ (DUE) ซึ่งแยกสีได้แก่ MDR สีฟ้า VRE สีชมพู CRE สีเหลือง 4) ติด Sticker รูปหัวใจสีแดงที่ OPD Card และ ติด Sticker รูปหัวใจสีแดงที่ป้ายเตียง 5) แยกอุปกรณ์เครื่องใช้เฉพาะบุคคล 6) การใช้ Isolation Precaution เน้น Airborne, Droplet และ Contact 7) ล้างมือก่อนและหลังดูแลผู้ป่วย ทุกครั้ง (5 moment) 8) สวมถุงมือเมื่อดูแลผู้ป่วยและถอดถุงมือทันทีเมื่อเสร็จภารกิจ 9) สวม PPE ตามความจำเป็น 10) ทำแผลหรือหัตถการอื่นเป็นรายสัปดาห์ 11) เสื้อผ้าผู้ป่วยและขยะต่างๆให้ทิ้งในถังขยะติดเชื้อชนิดใช้เท้าเหยียบ 12) ประสานงานโภชนาการให้แยกภาชนะบรรจุอาหารออกจากผู้ป่วยทั่วไป และข้อ 13 – 21 ติดตามโดยการสัมภาษณ์ในประเด็น ข้อ 13) ทำความสะอาดเตียงหรือ Unit ผู้ป่วยด้วยน้ำยา Pose – Cresol หรือโซเดียมไฮโปคลอไรต์ 1% อย่างน้อยวันละครั้ง 14) จำกัดการเคลื่อนย้าย หากผู้ป่วยไปตรวจพิเศษหรือย้าย หอผู้ป่วยให้แจ้งหน่วยงานที่จะส่งไปรับทราบ สำหรับเปลหรือรถเข็นผู้ป่วยให้นำผ้าขาวางเตียงมารองก่อนให้ผู้ป่วยนั่ง (1 ผืนใช้ 1 คน) และเช็ดทำความสะอาดเปลหรือรถเข็นหลังใช้งานทันที 15) กรณีต้อง X – Ray แจ้งให้เจ้าหน้าที่ X – Ray ทราบเพื่อให้ใช้ถุงพลาสติกใสหุ้มแผ่นฟิล์มก่อนนำไปสัมผัสผู้ป่วย 16) แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนพับ 17) ให้ข้อมูลแก่บุคลากรหรือทีมดูแลต่อเนื่องเช่น HHC และโรงพยาบาลชุมชน 18) สรุปผลในแบบส่งต่อ/การรับผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพระหว่างโรงพยาบาล/ชุมชน 19) มอบบัตรประจำตัวผู้ป่วยดื้อยา/บัตรนัด (ระบุชนิดการดื้อยาในบัตรนัด) แนะนำให้นำบัตรนัดและบัตรประจำตัวผู้ป่วยดื้อยามาแสดงทุกครั้งเมื่อมารับบริการ บัตรนี้ให้นำไปแสดงได้ทุกสถานบริการ 20) จำกัดผู้เยี่ยมให้น้อยที่สุดครั้งละ 1 คน ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำเข้าเยี่ยม 21) หลังจำหน่ายถอดผ้ามาซัก และ Big Cleaning (ครีมีมานำร่องเพื่อหมุนเวียน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจากแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยเป็น อายุรแพทย์ประธานงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและรักษาการรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ จากโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 1 คน อายุรแพทย์ประธานงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยา จากโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 1 คน อายุรแพทย์ประธานงานควบคุมและป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จากสถาบันบำราศนราดูร 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of

Objective-Item Congruence (IOC)) ด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เพื่ออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น ได้ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยในการประชุมของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เกี่ยวกับรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ สมมุติฐาน กรอบแนวคิด วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ ประโยชน์กับผู้ป่วยและหน่วยงาน

2. หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ความสำคัญของการปฏิบัติและลงข้อมูลตามแบบบันทึกให้สมบูรณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจมากขึ้น พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยแจกเครื่องมือส่วนที่ 1 (ข้อมูลทั่วไป) และส่วนที่ 2 (แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ) ให้กลุ่มตัวอย่าง

4. เมื่อได้รับแจ้งจากกลุ่มตัวอย่างว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 3 แบบติดตามการปฏิบัติตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ สังเกตและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาลการควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยา

5. เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างส่งเครื่องมือส่วนที่ 2 กลับมาที่กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย การประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการปฏิบัติและความสมบูรณ์ของการลงข้อมูลในแบบบันทึกฯ

6. หลังจากดำเนินการจนครบช่วงเวลาการเก็บข้อมูล (มิถุนายน – สิงหาคม 2564) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประสานงานพยาบาลวิทยา เพื่อขอผลจำนวนครั้งที่ทำการเพาะเชื้อที่ขึ้นเชื้อและจำนวนครั้งการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในระหว่างเดือนที่ดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา โดยโปรแกรม SPSS เปรียบเทียบจำนวนและอัตราการเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ ระหว่างก่อนและขณะทำวิจัยใช้แบบบันทึก และเปรียบเทียบความสมบูรณ์ของการลงข้อมูลในแบบบันทึกโดยความถี่และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้หมายเลขรับรอง COA No. 005/2564 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2564

และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้

- 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
- 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับการวิจัย
- 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม
- 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ
- 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม
- 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 วุฒิการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 อายุมากกว่า 40 – 50 ปี ร้อยละ 80 อายุราชการมากกว่า 20 – 30 ปี ร้อยละ 70 อายุงานการเป็น ICWN มากกว่า 10 – 20 ปี ร้อยละ 46.66 และผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเบื้องต้น (2 อาทิตย์) เพียงร้อยละ 10

2. อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แบบบันทึก

พบว่าก่อนการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2564 เท่ากับ 36.13, 36.54 และ 36.56 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น ส่วนหลังการใช้แบบบันทึก อัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2564 เท่ากับ 32.23, 30.41 และ 27.64 ตามลำดับ ซึ่งลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ

ผลลัพธ์	ก่อนการทำวิจัย				หลังการทำวิจัย	
	มีนาคม 2564	เมษายน 2564	พฤษภาคม 2564	มิถุนายน 2564	กรกฎาคม 2564	สิงหาคม 2564
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ แบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ (ครั้ง)	112	114	81	68	90	102
อัตราผู้ป่วยติดเชื้อ แบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ (ร้อยละ)	36.13	36.54	36.56	32.23	30.41	27.64

3. ความสมบูรณ์ของการลงข้อมูลในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ

พบว่าก่อนการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกข้อมูลอย่างสมบูรณ์ร้อยละ 18.75 และหลังการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกข้อมูลอย่างสมบูรณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.66

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ

ก่อนการทำวิจัย (มี.ค. – พ.ค. 2564)			หลังการทำวิจัย (มิ.ย. – ส.ค. 2564)	
จำนวนข้อ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
9 – 15 ข้อ	10	31.25	1	3.33
16 – 20 ข้อ	16	50.00	15	50.00
ทำทุกข้อ (21 ข้อ)	6	18.75	14	46.66

การอภิปรายผล

ผลวิจัย พบว่าหลังการทำวิจัยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ พบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกร้อยละ 46.66 ซึ่งยังไม่ถึงเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 เนื่องจาก ICWN ไม่ได้อยู่เวรเข้าทุกวัน ประกอบกับมีภาระงานจำนวนมาก ทำให้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน และนิเทศผู้ปฏิบัติในทีมได้ไม่ครอบคลุม ส่วน ICN หัวหน้าตึก หัวหน้างาน และ Risk Owner มีภารกิจหลายด้านทำให้นิเทศได้ไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรม และ ศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา มีอัตราการติดเชื้อที่สูงขึ้น สิ่งสนับสนุนคือ การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาไม่เพียงพอ ระบบกำกับติดตามขาดความสม่ำเสมอ อัตราการล้ม ความรู้ และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของพยาบาลยังไม่เพียงพอ โดยมีแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย คือ การติดตั้ง ระบบปฏิบัติการคู่ ได้แก่ ระบบการบริหารจัดการ ในแนวคิดและระบบเครือข่ายเชิงกลยุทธ์ในแนวราบ (กุลดา พงศ์วรรณ, รัชนิยา วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ฌอนอมพันธ์ และสมรรถเนตร ตระริโย, 2560) ดังนั้น ในการนี้ผู้วิจัยได้แจ้งผลการวิจัยและข้อเสนอแนะทางไลน์กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICWN. Nara) ซึ่งมีสมาชิก 103 คน ประกอบด้วย ICN ICWN หัวหน้าตึก หัวหน้างาน Risk Owner พยาบาลวิชาชีพ ทุกหน่วยงาน เพื่อความร่วมมือในการเพิ่มประสิทธิภาพการบันทึกและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ให้ได้ตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งพบว่า การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติ บุคลากรโรงพยาบาลมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมและแพร่กระจายเชื้อดื้อยาถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.97 (วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ, 2560)

ขณะเดียวกัน ผลการวิจัยพบว่าอัตราการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาทั้งโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง โดยก่อนทำวิจัยในเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2564 มีจำนวนการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 36.13, 36.54 และ 35.06 ตามลำดับ ส่วนหลังการทำวิจัยในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2564 มีอัตราการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 32.23, 30.41 และ 27.64 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เนื่องจากแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นแนวปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา ที่สามารถป้องกันและควบคุม การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไม่ให้เกิดเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยคนเดิมหรือแพร่ไปสู่ผู้ป่วยคนอื่นและสิ่งแวดล้อมได้ จากการที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น ICWN อยู่แล้ว รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมเป็นผู้ให้การรักษายาพยาบาล ส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟู ได้ดูแลสุขภาพผู้ป่วย

โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ห้องแบคทีเรียแจ้งหอผู้ป่วย เป็นคำวิฤตทัศน์ที่ผลชันสูตรทางคลินิกยืนยันว่ามีกรณีติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพเกิดขึ้น จากนั้นพยาบาลหัวหน้าเวร ผู้รับผิดชอบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้รับทราบทันทีเพื่อเปลี่ยนหรือวางแผนการรักษาที่ถูกต้องต่อเนื่อง หลังจาก นั้นพยาบาลหัวหน้าเวรผู้รับผิดชอบแจ้งงาน IC เพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโดยการลงพื้นที่ให้คำแนะนำหน่วยงาน หรือผ่านหัวหน้าหน่วยงาน, Risk Owner หรือ ICWN ในเรื่องแยกผู้ป่วยเข้าห้อง แยกหรือจัด Zone แยกอุปกรณ์เครื่องใช้เฉพาะบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ได้แนวทางปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ ประกอบด้วย การสื่อสาร การจัดสถานที่แยก การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากอุปกรณ์และ สิ่งแวดล้อม การลดปริมาณเชื้อบนร่างกาย การจำหน่ายผู้ป่วย (บุญญรัตน์ รัตนประภา, 2562)

นอกจากนี้การที่หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ติดป้ายสื่อสารที่มุมบนซ้ายหน้า Chart ผู้ป่วย, ใบเบิกยา และใบควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งแยกสีตามประเภทของเชื้อดื้อยาได้แก่ MDR สีฟ้า, VRE สีชมพู, CRE สีเหลือง ให้การรักษาพยาบาลโดยใช้หลัก Isolation Precaution คือ Airborne, Droplet หรือ Contact ตามตำแหน่งการติดเชื้อ เมื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยแล้วต้องล้างมืออย่างถูกต้องครบ 7 ขั้นตอน คือ 1. ฟอกฝ่ามือด้านข้าง 2. ฟอกง่ามนิ้วมือด้านหน้า 3. ฟอกหลังมือและง่ามนิ้วมือด้านหลัง 4. ฟอกนิ้วและ ข้อนิ้วมือ ด้านหลัง 5. ฟอกนิ้วหัวแม่มือ 6. ฟอกปลายนิ้วและเล็บ 7. ฟอกรอบข้อมือ โดยทำขั้นตอนละ 5 ครั้ง และต้องล้าง มือทั้ง 5 moment ที่ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยคือ 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2. ก่อนทำกิจกรรมสะอาดหรือ ปราศจากเชื้อ 3. หลังสัมผัสสิ่งขับหลังผู้ป่วย 4. หลังสัมผัสผู้ป่วย 5. หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วย สอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกัน และควบคุม การติดเชื้อดื้อยา ของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าการร่วมมือกันทำงานของทีมเครือข่ายทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนนำไปสู่ความสำเร็จของการใช้โปรแกรม การล้างมือในด้านการปฏิบัติการล้างมือเพิ่มขึ้น แต่ในด้านการลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ยังไม่สามารถลดลงได้ในระยะเวลาอันสั้นจำเป็นต้องใช้หลายมาตรการร่วมกัน การล้างมือเป็นเพียงแนวทางหนึ่ง ที่จะช่วยในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ บุคลากรของโรงพยาบาลจำเป็นต้องทราบแนวทาง ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาและปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง (สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์, บัวจันทร์ ธงเชื้อ และปัทมา คำฟู, 2560) รวมทั้งการเลือกสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย (Personal Protective Equipment (PPE)) ตามความจำเป็นได้แก่ Mask ถุงมือ เสื้อคลุมกันเปื้อน (Centers for Disease Control and Prevention, 2016) ถ้ามีแผนการรักษาที่ต้องทำหัตถการและไม่เร่งด่วนหรือเสี่ยงอันตราย ให้ทำเป็นรายสุดท้าย เสื้อผ้าและขยะของผู้ป่วยให้ทิ้งถังติดเชื้อชนิดใช้เท้าเหยียบ หน่วยงานที่รับผู้ป่วยประสาน โภชนาการแยกภาชนะบรรจุอาหาร การทำความสะอาดเตียง ของใช้หรือ Unit ต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Pose – Cresol (10 grams (2 ชอง): น้ำสะอาด 1,000 มิลลิลิตร) หรือ 1% Sodium Hypochloride อย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง หากไปตรวจพิเศษหรือย้ายหอผู้ป่วยให้แจ้งหน่วยงานปลายทางรับทราบและใช้ผ้ารองเปื้อนอีก 1 ชั้น

และทำความสะอาดเปลหลังใช้งานด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อดังกล่าวข้างต้น กรณีต้องส่งตรวจ X-Ray ให้ใช้ถุงพลาสติกห่อหุ้มแผ่นฟิล์ม หากมีมาตรการให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ให้จำกัดผู้เยี่ยมให้น้อยที่สุดครั้งละ 1 คน ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้สูงอายุหรือผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำเข้าเยี่ยม ในการนี้พยาบาลผู้ดูแลต้องแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมแจกแผ่นพับเรื่องการดูแลตนเองที่บ้านเมื่อติดเชื้อมีให้ข้อมูลแก่บุคลากรหรือทีมดูแลต่อเนื่อง เช่น ศูนย์สาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และ ส่ง Home Health Care ถ้ามีการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต้องสรุปผลในแบบส่งต่อเรื่องการรับผู้ป่วยติดเชื้อมีด้านจุลชีพระหว่างโรงพยาบาลหรือชุมชน จากนั้นมอบบัตรประจำตัวผู้ป่วยติดเชื้อมีหรือบัตรนัดโดยระบุชื่อเชื้อและชนิดการติดเชื้อมีในบัตรนัดพร้อมแนะนำให้พามาแสดงทุกครั้งเมื่อมารับบริการทางการแพทย์ทุกสถานบริการ หลังจำหน่ายผู้ป่วยต้องถอดผ้าฆ่าเชื้อและ Big Cleaning ทุกครั้ง

ดังนั้นจากการที่ ICWN มีความรู้เรื่องเชื้อมีและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสมบูรณครบถ้วน หรือให้ความรู้ และนิเทศ ควบคุม กำกับให้ทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกด้าน ส่งผลให้อัตราของการเกิดเชื้อมีที่เรียกดื้อยาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ลดลง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีได้ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อมี แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ ผลการวิจัย พบว่าสามารถลดการติดเชื้อมีข้ามคน ลดวันนอนเฉลี่ย จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีควบคุมพิเศษ (กุลดา พุดพิตรธรรม, รัชนิยา วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ วัฒนพันธ์ และสมรรถเนตร ตะริโย, 2560)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริหาร ผู้บริหารควรจัดกำลังคนให้เหมาะสมและจัดให้มีห้องแยกโรคให้เพียงพอตามบริบทของหน่วยงาน มีการนิเทศและติดตามผลการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อมีที่เรียกดื้อยาทุก 1 เดือน โดยดำเนินการผ่านการนิเทศ ควบคุม กำกับ จากหัวหน้าเวร ICWN หัวหน้าหอผู้ป่วย Risk Owner ICN
2. ด้านบริการ พยาบาลวิชาชีพควรบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีที่เรียกดื้อยาด้านจุลชีพให้สมบูรณ์และครอบคลุมผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อมีทุกคน เพื่อนำเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีเป้าหมายลดอัตราการเกิดเชื้อมีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. ด้านวิชาการ การให้ความรู้เรื่องเชื้อมีที่เรียกดื้อยาแก่บุคลากรในทีมบุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ มีการทวนสอบย้อนกลับถึงความเข้าใจเป็นระยะเพื่อการรับรู้ที่ถูกต้องตรงกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเรื่องผลการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีที่เรียกดื้อยาด้านจุลชีพต่ออัตราการเกิดเชื้อมีที่เรียกดื้อยาและความสมบูรณ์ของการใช้แบบบันทึกแยกเป็นสาขาและแยกหอผู้ป่วย เพื่อความเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละสาขาของโรคและครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพทุกคน ซึ่งจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการนิเทศ กำกับ ติดตาม และเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมีที่เรียกดื้อยาด้านจุลชีพ

เอกสารอ้างอิง

- กุลดา พฤตวรธน, รัชนิย วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ งามอมพันธ์ และสมรรถเนตร ตะริโย. (2560). การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(4), 10-32.
- งานเวชสารสนเทศ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. (2564). *ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลเดือนมีนาคม – สิงหาคม 2564*. นราธิวาส: โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.
- บุญญรัตน์ รัตนประภา. (2562). การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <http://203.157.71.172/academic/web/files/2563/research/MA2563-001-01-0000000162-0000000039.pdf>.
- ภาณุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร รวีไพบูลย์, ภูษิต ประครองสาย และสุพล ลิ้มวัฒนา. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 352-360.
- วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ. (2560). การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*, 11(31), 441-456.
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST). (2563). *สถานการณ์เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพปี 2000-2020*. สืบค้น 14 กุมภาพันธ์ 2564 จาก <https://narst.dmsc.moph.go.th/data/AMR%202000-2020-12M.pdf>.
- สุกัญญา บัวชุม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteria-ceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenem: CRE ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 1(1), 1-13.
- สุทธิพันธ์ งามอมพันธ์, บัวจันทร์ธงเชื้อ และปัทมา คำฟู. (2560). ผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการ ป้องกันและควบคุม การติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 23(2), 12-25.
- Abushaheen, M. A., et al., (2020). Antimicrobial resistance, mechanisms and its clinical significance. *Disease a Month: DM*, 66(6), 100971.
- Browne, A. J., et al., (2020). Drug-resistant enteric fever worldwide, 1990 to 2018: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 18(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1443-1>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Antibiotic/ Antimicrobial Resistance*. Available at: Retrieved February 14, 2021 from <https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- World Health Organization. (2014). *Antimicrobial resistance: Global report on surveillance 2014*. Retrieved September 22, 2022 from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf?sequence=1.

ประสิทธิภาพของการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการพยากรณ์การเสียชีวิต
ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลนครพิงค์
Efficacy of Using the National Early Warning Score (NEWS2) to Predict
Mortality of Covid-19 Patients in Isolation Ward, Nakornping Hospital

ดร.ณิ ดลรัตนภัทร*
Darunee Donratanapat*
โรงพยาบาลนครพิงค์*
Nakornping Hospital*

(Received: August 3, 2022; Revised: October 3, 2022; Accepted: October 4, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบการศึกษาย้อนหลัง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต National Early Warning Score (NEWS2) ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ NEWS2 และ Sequential Organ Failure Assessment (SOFA Score) ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลนครพิงค์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโควิด-19 (รหัส U071 ตามหลัก ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน 222 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอยพหุโลจิสติก และประเมินความสามารถในการพยากรณ์การเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ด้วยพื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (Receiver Operating Characteristics (ROC Curve))

ผลการศึกษาพบว่า การประเมิน NEWS2 ก่อน admit สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้สูงสุดเมื่อเทียบกับการประเมิน NEWS2 หลัง admit 24 ชั่วโมง และ ประเมิน NEWS2 ขณะ admit มีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 87.15, 83.83 และ 81.83 ตามลำดับ ค่าคะแนน NEWS2 ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ NEWS2 และ SOFA Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ก่อน admit พบว่า SOFA score สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้ดีกว่า NEWS2 โดยมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 98.69 ส่วนพื้นที่ใต้กราฟ ROC ของ NEWS2 เท่ากับ 86.24 และค่าคะแนน SOFA Score มากกว่าหรือเท่ากับ 5 สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต, การพยากรณ์การเสียชีวิต, การประเมินอวัยวะล้มเหลว, โรคโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ ดร.ณิ ดลรัตนภัทร e-mail: dada6414@gmail.com

Abstract

The objective of this retrospective study was to examine the efficacy of using the National Early Warning Score (NEWS2) to predict mortality in COVID-19 patients and to compare the effectiveness of NEWS2 and the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA Score) in predict mortality in Covid-19 patients in the isolation ward, Nakornping Hospital. Participants were 222 male and female patients, aged 15 years and over who had been diagnosed with COVID-19 (code U071 based on ICD-10) and admitted in the isolation ward between April and June 2022. Data were collected from medical records. The data were analyzed using multiple logistic regression. Receiver operating characteristic (ROC) curves was used to predict mortality of Covid-19 patients.

The results showed that evaluating NEWS2 before admitting to the hospital can predict mortality of COVID-19 patients, compared to evaluating NEWS2 in 24 hours after admission and evaluating NEWS2 while admitted, with the area under the ROC curve being 87.15, 83.83, and 81.83, respectively. A NEWS2 score of greater than or equal to 8 can predict mortality of a COVID-19 patient in the hospital with statistical significance ($p\text{-value} = 0.003$). When comparing the effectiveness of NEWS2 and SOFA Score in predicting mortality in COVID-19 patients, SOFA score was better predictive of mortality in COVID-19 patients with the area under the ROC curve of 98.69. Whereas the area under the ROC curve of NEWS2 before admission was 86.24. The SOFA score of greater than or equal to 5 was statistically significant predictor the mortality of COVID-19 patients ($p\text{-value} < 0.001$).

Keywords: National Early Warning Score, Mortality Prediction, Sequential Organ Failure Assessment, Covid-19

บทนำ

โรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เกิดจากเชื้อ SAR-CoV-2 มีการติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางเดินหายใจจากละอองของเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลายในระยะประมาณ 1-2 เมตร เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงหลายระดับ (World Health Organization, 2020) ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความรุนแรงระดับที่ต้องเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง 1 ใน 4 ที่ต้องเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยในบรรดาผู้ป่วยวิกฤตเหล่านี้ ลักษณะทางคลินิกที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะหายใจล้มเหลวชนิดพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15 จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)) (Guan et al., 2020) โดยมักจะพบหลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการหอบเหนื่อยได้ค่อนข้างรวดเร็ว ซึ่งความยืดหยุ่นของปอด มักจะมีค่าสูงกว่าภาวะ ARDS ที่พบจากสาเหตุอื่น ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะ ARDS นั้นมักมีความจำเป็นที่จะต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation)

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นสถานบริการทางสุขภาพระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลนครพิงค์รับรักษา ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการวิกฤตจากโรงพยาบาลในเขตล้านนา 1 ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน สกิดิ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 จนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 รวม 326 ราย เป็นผู้ป่วย วิกฤต 168 ราย เสียชีวิต 35 ราย (กลุ่มงานนโยบายและแผนงาน โรงพยาบาลนครพิงค์, 2564) ซึ่งความล่าช้า ในการใส่ท่อช่วยหายใจอาจจะเป็นอันตรายต่อทั้งผู้ป่วย และบุคลากรที่ดูแลได้ จึงควรมีการเฝ้าระวังอาการ สัญญาณชีพ และค่าที่เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Gas Exchange) อย่างใกล้ชิด ดังนั้นการมีเครื่องมือที่ใช้ใน การประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Huang et al., 2020) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการค้นหาและ การประเมินการดูแลวิกฤต เช่น Early Warning Signs (EWS)) (Guan et al., 2020), Modified Early Warning Score (MEWS) (Stenhouse, Coates, Tivey, Allsop, & Parker, 1999) หรือ National Early Warning Score (NEWS) (Royal College of Physicians, 2020) เป็นต้น ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาและ/หรือนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ช่วยให้แพทย์ พยาบาล ตลอดจน บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้การช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต NEWS เป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีความแม่นยำสูง ใ้่าติดตาม เฝ้าระวัง เพื่อให้ มีการจัดการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง พัฒนาโดยวิทยาลัยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Royal College of Physicians, 2020) เดิมทีมี องค์ประกอบคือ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ความอิ่มตัวของ ออกซิเจน และระดับความรู้สึกตัว จากนั้นในปีพ.ศ. 2560 ได้ปรับปรุงเป็นสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต NEWS2 โดยเพิ่มอาการสับสน (Confusion) ในระดับความรู้สึกตัวที่เกิดขึ้นและการปรับการให้คะแนนความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว (Smith et al., 2014) โดยแต่ละองค์ประกอบ มีลำดับคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน แบ่งระดับคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง Low Clinical Risk ช่วง 5-6 คะแนน หมายถึง Medium Clinical Risk และ ช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง High Clinical Risk

นอกจาก NEWS2 แล้ว เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอีกชนิดหนึ่ง คือ SOFA Score (Vincent et al., 1996) เป็นเครื่องมือประเมินการทำหน้าที่การทำงานของร่างกายที่มีความล้มเหลว ในแต่ละระบบ ได้แก่ ระบบหายใจ การแข็งตัวของเลือด การทำงานของตับ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทส่วนกลาง และการทำงานของไต รวมไปถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ บิลิรูบิน (Bilirubin) ครีเอตินิน (Creatinine) การแข็งตัวของเลือด (Coagulation) และการวิเคราะห์ก๊าซใน เลือดแดง (Arterial Blood Gas (ABG)) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ซึ่ง 0 หมายถึง การทำหน้าที่ของ ร่างกายปกติ และ 4 หมายถึง การทำหน้าที่ของร่างกายล้มเหลว คะแนนแต่ละข้อไม่มีความสัมพันธ์กันและ หลังจากรวมคะแนนทั้งหมด หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม เนื่องจากมี ความเสี่ยงของการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง และมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วย หรือเสียชีวิต (Rosenberger, Von Rueden, & Des Champs, 2018) อย่างไรก็ตามในแต่ละโรงพยาบาลอาจมีแนวทางในการใช้เครื่องมือ

ประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 10 ที่อาจถึงแก่ชีวิตเนื่องจากกระบวนการรักษาผิดพลาด ขาดการประเมินหรือเฝ้าระวังอาการ มีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (World Health Organization, 2020) การมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตช่วยประเมินอาการผู้ป่วย ช่วยให้สามารถแบ่งระดับความรุนแรงนำไปสู่การตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด (Smith et al., 2014)

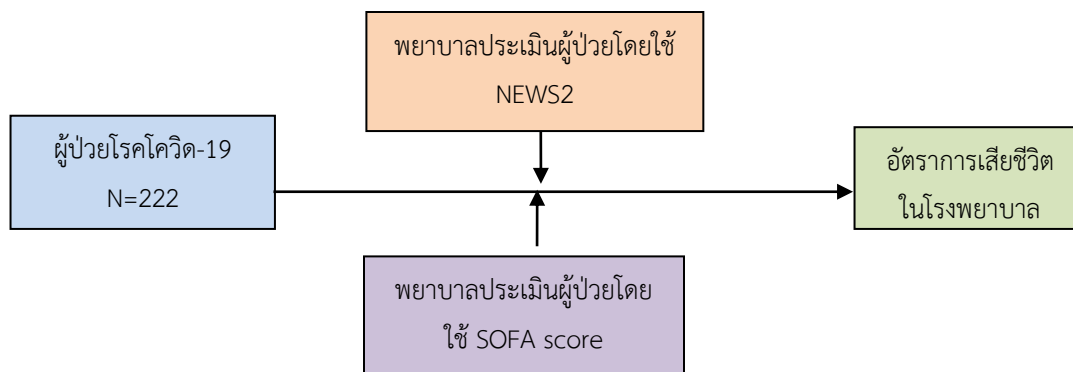
โรงพยาบาลนครพิงค์ มีการใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต Nakhonping Early Warning Scores (NEWS) ซึ่งอ้างอิงมาจากค่า MEWS ในการคัดกรองผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะติดเชื้อ NEWS พัฒนาโดยกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อเป็นการพัฒนาให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล โดย NEWS ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 เป็นค่าที่เหมาะสมที่สุดในการทำนายการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง สามารถนำไปสู่การเฝ้าระวังมากขึ้น รวมทั้งพิจารณาเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (จุฬาลักษณ์ นุพอ, กาจบัณฑิต สุรสิทธิ์ และ วรวิมล สุดา สมุทรทัย, 2563; ศศิวิมล บรรจงจัด, จันทิมา อ่องประภุช และปริยารัตน์ เจริญลาภ, 2565) แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคโควิด-19 มักพบปัญหาทางระบบการหายใจ เกิดภาวะหายใจล้มเหลวชนิดพร่องออกซิเจน ดังนั้นการจัดการดูแลรักษาภาวะนี้จึงมีความสำคัญ (Huang et al., 2020) และพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 ประมาณ ร้อยละ 15 จะมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Guan et al., 2020) แต่แบบประเมิน NEWS ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยของโรงพยาบาลนครพิงค์ไม่มีการประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ผู้วิจัยจึงทดลองนำ NEWS2 เป็นแนวทางในการประเมินและพยากรณ์ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีแนวโน้มอาการจะทรุดลง และต้องการประเมินประสิทธิภาพของ NEWS2 ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 เปรียบเทียบกับประสิทธิภาพของ SOFA Score ที่ต้องใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบการประเมินผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลนครพิงค์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ NEWS2 ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลนครพิงค์
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ NEWS2 และ SOFA Score ในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค โรงพยาบาลนครพิงค์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตมา NEWS2 ซึ่งพัฒนาโดย Royal College of Physicians (2020) และ SOFA Score พัฒนาโดย Vincent และคณะ (1996) ต่อการพยากรณ์การเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Retrospective Cross-Sectional Study) นี้เป็นการตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน และข้อมูลผลจากระบบการให้คะแนนในการประเมินผู้ป่วยโรคโควิด-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค โควิด-19 (รหัส U071 ตามหลัก ICD-10) ทั้งการวินิจฉัยหลัก วินิจฉัยร่วม เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค 9/1, 9/2, 9/3, 9/4 และ 9/5 โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโควิด-19 (รหัส U071 ตามหลัก ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค อาคาร 9 ประกอบด้วย หอผู้ป่วยแยกโรค 9/1, 9/2, 9/3, 9/4 และ 9/5 โรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 222 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนบันทึกตั้งแต่แรกรับในหอผู้ป่วยแยกโรค ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

2. แบบประเมินค่า NEWS2 ก่อนถึงหอผู้ป่วยแยกโรค (ก่อน Admit) ขณะ Admit และหลัง Admit 24 ชั่วโมง ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตถูกวัดโดยเครื่องวัดความดัน Mindray® อัตราการหายใจ วัดโดยการนับในหนึ่งนาที อุณหภูมิกาย ความอิ่มตัวของออกซิเจน และระดับความรู้ตัวของผู้ป่วย ใช้ระบบ Alert Confusion Verbal Pain Unresponsive (ACVPU) โดยแต่ละองค์ประกอบมีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน จากนั้นคิดคะแนนแต่ละองค์ประกอบโดยมีการแบ่งระดับการให้คะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ช่วงคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงต่ำ (Low Clinical Risk) ช่วงคะแนน 5-6 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง (Medium Clinical Risk) และช่วงคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงสูง (High Clinical Risk) โดยผลลัพธ์จากการประเมิน หากผลการประเมิน มีระดับคะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 5 คะแนน พบว่าผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤตมากขึ้น ทำให้แพทย์ พยาบาลต้องให้การดูแลรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ (Royal College of Physicians, 2020)

3. แบบการประเมินอวัยวะล้มเหลว SOFA Score ได้แก่ บิลิรูบิน (Bilirubin) ครีอะตินิน (Creatinine) การแข็งตัวของเลือด (Coagulation) และการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (Arterial Blood Gas (ABG)) มีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน ซึ่ง 0 หมายความว่า การทำหน้าที่ของร่างกายปกติ และ 4 หมายถึง การทำหน้าที่ของร่างกายล้มเหลว คะแนนแต่ละข้อไม่มีความสัมพันธ์กัน และหลังจากรวมคะแนน ทั้งหมดจะแสดงถึงความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ซึ่งหากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม เนื่องจากมีความเสี่ยงของการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง และมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วย หรือเสียชีวิต (Rosenberger, Von Rueden, & Des Champs, 2018) ในการวิจัยครั้งนี้ทำการประเมินขณะรับใหม่ จากนั้นติดตามการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยค้นจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนครพิงค์ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโควิด-19 (รหัส U071 ตามหลัก ICD-10) จากนั้นบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึก (Record Form) และนำมาประเมินค่า NEWS2 และ SOFA Score

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิต และกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่รอดชีวิตและทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตกับกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่รอดชีวิต โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Fisher Exact Probability Test หากค่าความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5

2. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนน NEWS2 กับการเสียชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่าง SOFA Score กับการเสียชีวิตโดยใช้สถิติ Multivariable Logistic Regression และนำเสนอค่า Odds Ratio และ 95% Confidence Interval (CI)

3. หาความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) หาอัตราส่วนความน่าจะเป็น (Likelihood Ratio) เพื่อหาค่าจุดตัด (Cut-Off Point) ของ NEWS2 และ SOFA Score เพื่อใช้ในการทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19

4. วิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้ง Receiver Operating Characteristics Curve (ROC) โดยทำการเปรียบเทียบ จุดตัดของคะแนน NEWS2 ที่แตกต่างกันเพื่อประเมินความสามารถของคะแนน NEWS2 และ SOFA Score ในการพยากรณ์การเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคโควิด-19

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่หนังสือรับรอง 079/64 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้วิจัยได้เคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย โดยใช้รหัส ID แทนผู้ป่วย เก็บรักษาข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านเข้าถึงข้อมูลในระบบ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.00 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด อยู่ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 29.28 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.77 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.97 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.41 สำหรับข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ร้อยละ 27.64 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.09 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.27 มีอาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19 ร้อยละ 93.21 อาการที่พบมากที่สุด คือ มีไข้ 122 คน ร้อยละ 55.20 รองลงมาคือ ไอ ร้อยละ 23.08 ระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.63 วัน ส่วนใหญ่ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.20 รองลงมาเป็นระดับรุนแรง ร้อยละ 21.72 สภาพการจำหน่าย ส่วนมากเป็นการส่งต่อ (Step Down) ไปยังโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลสนามที่มีศักยภาพน้อยกว่า ร้อยละ 83.71 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=222)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	131	59.00
หญิง	91	41.00
อายุ (ปี) (Mean±S.D.)	42.77 (S.D.=±16.46)	
≤20	3	1.35
21-30	65	29.28
31-40	52	23.42
41-50	29	13.06
51-60	28	12.61
>60	45	20.27
ดัชนีมวลกาย (n=199) (Mean±S.D.)	26.06 (± 6.25)	
<18.5	19	9.55
18.5-22.9	55	27.64
23-24.9	24	12.06
25-29.9	52	26.13
≥ 30	49	24.62
การศึกษา (n=136)		
ไม่ได้เรียน	5	3.68
ประถม	14	20.29
มัธยม	37	27.21
อนุปริญญา	20	14.71
ปริญญาตรี	53	38.97
ปริญญาโทหรือมากกว่า	7	5.15

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ (n=145)		
ไม่มีงานทำ	8	5.52
ค้าขาย	12	8.28
รับจ้าง	76	52.41
ธุรกิจส่วนตัว	11	7.58
รับราชการ	14	9.66
นักโทษ	9	6.21
แม่บ้าน	15	10.34
โรคประจำตัว		
ไม่มี	86	38.91
มี	135	61.09
เบาหวาน	47	21.27
อ้วน	9	4.07
ความดันโลหิตสูง	33	14.93
ไขมันในหลอดเลือดสูง	1	0.45
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4	1.81
ไตเรื้อรัง	1	0.45
อื่น ๆ	40	18.10
อาการ/อาการแสดง		
ไม่มี	15	6.78
มี	207	93.22
ไข้	122	55.20
ไอ	51	23.08
เหนื่อย	18	8.14
มีเสมหะ	8	3.62
แน่นอก	1	0.45
ปวดกล้ามเนื้อ	1	0.45
ถ่ายเหลว	1	0.45
ไม่ได้กลืน	1	0.45
อื่น ๆ	4	1.81
ระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาล (Mean±S.D.)	7.63 (± 7.87)	
ระดับความรุนแรง		
อาการน้อย (Mild)	5	2.26
อาการน้อยและมีความเสี่ยง (Mild with risk factor)	47	21.27
อาการปานกลาง (Moderate)	80	36.20
อาการหนัก (Severe)	41	18.55
อาการวิกฤต (Critical)	48	21.72

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาพการจำหน่าย		
กลับบ้าน	10	4.52
ส่งต่อ (Step Down)	185	83.71
เสียชีวิต (Death)	19	8.60
ย้ายออกจากห้องแยกเพื่อการรักษาโรคร่วม	7	3.17

2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตและกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่รอดชีวิต

ในการศึกษาวิจัยนี้ พบกลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน 19 ราย และรอดชีวิต จำนวน 203 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่รอดชีวิตพบว่า ปัจจัยเรื่อง อายุ การศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่รอดชีวิต (n=222)

ตัวแปร	ผู้ป่วยโควิด-19 เสียชีวิต (n=19)	ผู้ป่วยโควิด-19 รอดชีวิต (n=203)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	12 (9.23)	118 (90.77)	0.44
หญิง	7 (7.69)	84 (92.31)	
อายุ	64.33 (19)	40.72 (203)	< 0.001*
ดัชนีมวลกาย (Mean±S.D.)	25.22 ± 1.19	26.13 ± 6.39	0.56
การศึกษา			
ไม่ได้เรียน	1 (20.00)	4 (80.00)	0.009*
ประถม	1 (7.14)	13 (92.86)	
มัธยม	2 (5.56)	34 (94.44)	
อนุปริญญา	2 (10.00)	18 (90.00)	
ปริญญาตรี	3 (5.66)	50 (94.36)	
ปริญญาโทหรือมากกว่า	0 (0.00)	7 (100.00)	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	2 (5.00)	38 (95.00)	0.03*
มี	16 (11.59)	122 (88.41)	
เบาหวาน	7 (14.89)	40 (85.11)	0.08
อ้วน	2 (22.22)	7 (77.78)	0.17
ความดันโลหิตสูง	5 (15.15)	28 (84.85)	0.13
อื่น ๆ	2 (5.00)	38 (95.00)	0.29
อาการ อาการแสดง			
ไม่มี	0 (0.00)	100 (100)	0.27
มี	19 (9.18)	188 (90.82)	

ตัวแปร	ผู้ป่วยโควิด-19 เสียชีวิต (n=19)	ผู้ป่วยโควิด-19 รอดชีวิต (n=203)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (Mean±S.D.)	14.95 (±12.87)	6.94 (±6.89)	< 0.001*
ระดับความรุนแรง			
อาการน้อย (Mild)	0	5 (100)	< 0.001*
อาการน้อยและมีความเสี่ยง (Mild with risk factor)	0	47 (100)	
อาการปานกลาง (Moderate)	0	80 (100)	
อาการหนัก (Severe)	0	41 (100)	
อาการวิกฤต (critical)	19 (39.59)	29 (60.42)	

*p-value < 0.001

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนน NEWS2 กับการเสียชีวิต

พบว่า การใช้แบบประเมิน NEWS2 ทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อน admit ขณะ admit และหลัง admit 24 ชั่วโมง สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนน NEWS2 กับการเสียชีวิต (n=220)

	ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=19)	ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=201)	P-value
NEWS2 ประเมินครั้งที่ 1 ก่อน admit (n=165)			
(Mean±S.D.)	6.95±2.61	5.62±3.06	
NEWS2 = 1-4	0	62 (100)	< 0.001
NEWS2 = 5-6	0	31 (100)	< 0.001
NEWS2 ≥ 7	19 (26.39)	53 (73.61)	
NEWS2 ประเมินครั้งที่ 2 ขณะ admit (n=220)			
(Mean±S.D.)	7.95±2.61	3.92±3.09	
NEWS2 = 0	0	16 (100)	< 0.001
NEWS2 = 1-4	1	114 (99.13)	< 0.001
NEWS2 = 5-6	5	25 (83.33)	
NEWS2 ≥ 7	13	46 (77.97)	
NEWS2 ประเมินครั้งที่ 3 หลัง admit 24 ชั่วโมง(n=220)			
(Mean±S.D.)	7.33±2.28	3.43±2.71	
NEWS2 = 0	0	17 (100)	< 0.001
NEWS2 = 1-4	1	120 (99.17)	< 0.001
NEWS2 5-6	7	40 (85.51)	
NEWS2 ≥ 7	10	25 (71.43)	

*p-value < 0.05

4. เปรียบเทียบค่าความไว ความจำเพาะ และอัตราส่วนความน่าจะเป็นที่จุดตัดต่าง ๆ ของ NEWS2 เพื่อใช้ในการทำนายการเสียชีวิตผู้ป่วยโควิด-19

ผลการเปรียบเทียบค่าความไว ความจำเพาะ และอัตราส่วนความน่าจะเป็นที่จุดตัดต่าง ๆ ของ NEWS2 เพื่อใช้ในการทำนายการเสียชีวิตผู้ป่วยโควิด-19 พบว่าค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) และอัตราส่วนความน่าจะเป็น (LR+) ของการประเมิน NEWS2 ก่อน admit นอนโรงพยาบาลได้เท่ากับ 89.47, 76.71 และ 3.84 ตามลำดับ สามารถใช้ในการทำนายการเสียชีวิตได้ดีที่สุด ณ จุดตัดที่ค่า NEWS2 ≥ 8 ดังแสดงในตารางที่ 4

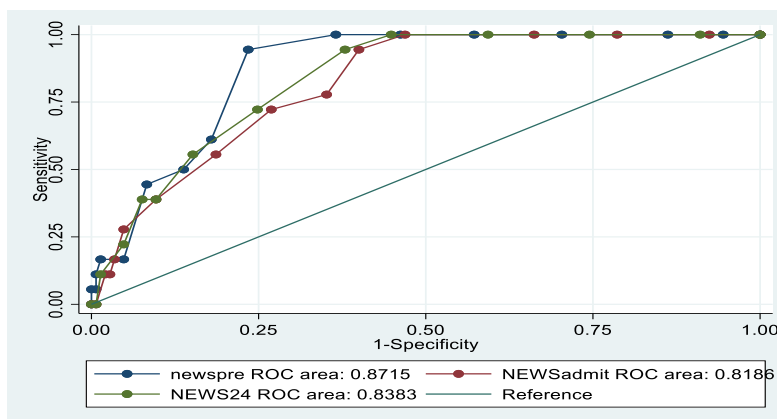
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความไว ความจำเพาะ และอัตราส่วนความน่าจะเป็นที่จุดตัดต่าง ๆ ของ NEWS2 เพื่อใช้ในการทำนายการเสียชีวิตผู้ป่วยโควิด-19

Cut Point	Sensitivity			Specificity			LR+		
	NEWS2 ครั้งที่ 1 (%)	NEWS2 ครั้งที่ 2 (%)	NEWS2 ครั้งที่ 3 (%)	NEWS2 ครั้งที่ 1 (%)	NEWS2 ครั้งที่ 2 (%)	NEWS2 ครั้งที่ 3 (%)	NEWS2 ครั้งที่ 1 (%)	NEWS2 ครั้งที่ 2 (%)	NEWS2 ครั้งที่ 3 (%)
≥ 0		100.00	100.00		0.00	0.00		1.00	1.00
≥ 1	100.00	100.00	100.00	0.00	7.96	8.42	1.00	1.09	1.09
≥ 2	100.00	100.00	100.00	5.48	26.87	29.70	1.06	1.37	1.42
≥ 3	100.00	100.00	100.00	13.70	40.30	45.54	1.01	1.67	1.84
≥ 4	100.00	100.00	100.00	29.45	57.21	60.40	1.42	2.34	2.52
≥ 5	100.00	94.74	94.44	42.47	64.68	67.82	1.74	2.68	2.93
≥ 6	100.00	78.95	72.22	54.11	69.15	79.21	2.18	2.56	3.47
≥ 7	100.00	68.42	55.56	63.70	77.11	87.62	2.75	2.99	4.49
≥ 8	89.47	52.63	38.89	76.71	84.08	92.08	3.84	3.31	4.91
≥ 9	57.89	36.84	38.89	82.19	92.04	9.56	3.25	4.63	6.25
≥ 10	47.37	26.32	22.22	86.30	95.52	95.54	3.46	5.88	4.99
≥ 11	42.11	15.79	11.11	91.78	96.52	98.51	5.12	4.53	7.48
≥ 12	15.79	10.53	0.00	95.21	98.01	99.01	3.29	5.2895	0.00
≥ 13	15.79	10.53	0.00	98.63	98.5	99.50	11.5	7.05	0.00
≥ 14	10.53	0.00	0.00	99.32	99.50	100.00	15.37	0.00	
≥ 15					100.00				
≥ 16	5.26			99.32			7.68		
≥ 17	5.26			100.00					
>17	0.00			100.00					

เมื่อเปรียบเทียบความแม่นยำโดยเปรียบเทียบพื้นที่ใต้กราฟ ROC ระหว่างการประเมิน NEWS2 แต่ละครั้ง มีผลต่อการพยากรณ์การเสียชีวิต พบว่า การประเมิน NEWS2 ก่อน admit สามารถทำนายการเสียชีวิตได้สูงสุด โดยมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 87.15 รองลงมาคือพื้นที่ใต้กราฟ ROC ของ NEWS2 หลัง admit 24 ชั่วโมง เท่ากับ 83.83 ส่วนพื้นที่ใต้กราฟ ROC ของ NEWS2 ขณะ admit มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 81.83 ดังแสดงในตารางที่ 5 และภาพที่ 2

ตารางที่ 5 พื้นที่ใต้กราฟ (ROC Area) จุดตัดที่เลือก

NEWS2 score	ROC total	95% CI
NEWS2 ก่อน admit	87.15	0.80-0.92
NEWS2 ขณะ admit	81.86	0.78-0.90
NEWS2 หลัง 24 ชั่วโมง	83.83	0.80-0.92



ภาพที่ 2 ค่าพื้นที่ ROC เปรียบเทียบระหว่างการประเมิน NEWS2 ก่อน admit NEWS2 ขณะ admit และ NEWS2 หลัง 24 ชั่วโมง ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

6. ความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการเสียชีวิต

เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยใช้สถิติ Multivariable Logistic Regression โดยทำการเมื่อควบคุมตัวแปร อายุ โรคประจำตัว อาการและอาการแสดง พบว่า ค่าคะแนน NEWS2 ≥ 8 สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.003$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการเสียชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่าง	Crude RR (95% CI)	Adj RR (95% CI)
NEWS2 score ก่อน admit		
จุดตัดคะแนน ≥ 8	19 (4.56-79.19)*	9.28 (2.12-40.55)**

เมื่อควบคุมตัวแปร อายุ โรคประจำตัว อาการและอาการแสดง*

* $p\text{-value} < 0.001$, ** $p\text{-value} < 0.003$

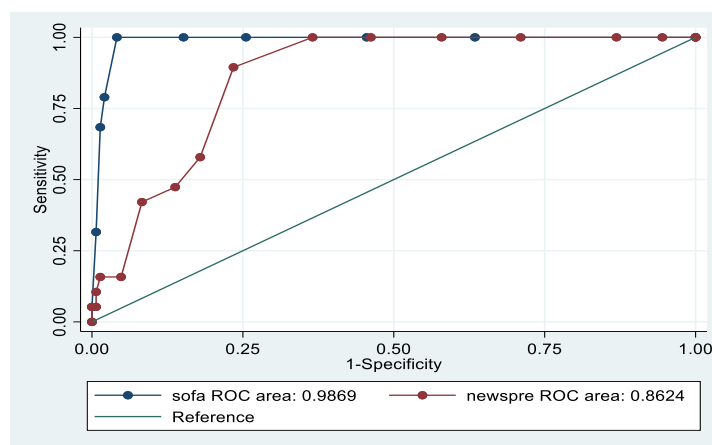
7. ความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการเสียชีวิต

เมื่อหาค่าความสัมพันธ์ SOFA Score กับ การเสียชีวิตพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เสียชีวิตและรอดชีวิต พบว่า ค่า SOFA Score มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบผู้ป่วยที่เสียชีวิต เริ่มที่ค่า SOFA Score เท่ากับ 4 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าความสัมพันธ์ SOFA Score กับการเสียชีวิต (N=219)

SOFA Score	ผู้ป่วยเสียชีวิต (n=19)	ผู้ป่วยรอดชีวิต (n=201)	P-value
(Mean±S.D.)	6.89±1.33	1.36±1.60	< 0.001
0	0 (100)	88 (100)	< 0.001
1	0 (100)	35 (100)	
2	0 (100)	33 (100)	
3	0 (100)	17 (100)	
4	1 (4.76)	20 (95.24)	
5	4 (57.14)	3 (42.86)	
6	2 (66.67)	1 (33.33)	
7	6 (75)	2 (25)	
8	5 (83)	1 (16.67)	
10	1 (100)	0 (0)	

เมื่อเปรียบเทียบความแม่นยำโดยเปรียบเทียบพื้นที่ใต้กราฟ ROC ระหว่างการประเมิน NEWS2 ก่อน admit กับ SOFA Score พบว่า การประเมิน SOFA Score สามารถทำนายการเสียชีวิตได้ดีกว่า โดยมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 98.69 พื้นที่ใต้กราฟ ROC ของ NEWS2 ก่อน admit ที่เท่ากับ 86.24 ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ค่าพื้นที่ ROC เปรียบเทียบระหว่างการประเมิน SOFA Score และ NEWS2 ก่อน admit ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

8. ความสามารถของ SOFA Score ในการทำนายการเสียชีวิตผู้ป่วยโควิด-19

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าความไว ความจำเพาะ และอัตราส่วนความน่าจะเป็น (LR+) ของการประเมิน SOFA Score ขณะแรกรับในโรงพยาบาล ได้เท่ากับ 100.00, 97.00 และ 33.33 ตามลำดับ สามารถใช้ในการพยากรณ์การเสียชีวิตได้ดีที่สุด ณ จุดตัดที่ค่า SOFA Score มากกว่าและเท่ากับ 5

ตารางที่ 8 ความสามารถของ SOFA Score เพื่อใช้ในการทำนายการเสียชีวิตผู้ป่วยโควิด-19

Cut Point	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Classified	LR+
(≥0)	100.00	0.00	8.68	1.00
(≥ 1)	100.00	44.00	48.86	1.78
(≥ 2)	100.00	61.50	64.24	2.59
(≥ 3)	100.00	78.00	79.91	4.54
(≥ 4)	100.00	89.50	87.67	7.41
(≥ 5)	100.00	97.00	97.26	33.33
(≥ 6)	78.95	98.50	96.80	52.64
(≥ 7)	68.42	99.00	96.35	68.42
(≥ 8)	31.58	99.50	93.64	63.16
(≥ 10)	5.26	100.00	91.78	
(> 10)	0.00	100.00	91.32	

ROC -Asymptotic Normal--

Obs Area Std. Err. [95% Conf. Interval]
219 0.9905 0.0053 0.98011 1.00000

เมื่อทำการวิเคราะห์สำรวจตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ Multivariable Logistic Regression ทำการวิเคราะห์ค่า SOFA Score ที่มากกว่าและเท่ากับ 5 โดยทำการเมื่อควบคุมตัวแปร อายุ โรคประจำตัว อาการ และอาการแสดง ค่าคะแนน SOFA Score ≥ 5 สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ OR = 19.31 (95% CI = 6.37-58.51) (p -value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ที่จุดตัด SOFA ≥ 5

ความสัมพันธ์ระหว่าง	Crude RR (95% CI)	Adj RR (95% CI)
SOFA ≥ 5	41.87(15.52-112.91)*	19.31 (6.37-58.51)**

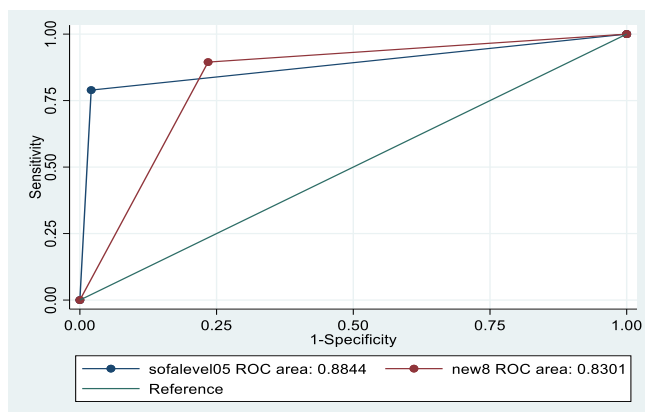
* p -value < 0.001, ** p -value < 0.001

9. ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของคะแนน SOFA ≥ 5 และ คะแนน NEWS2 score ก่อน admit ≥ 8

เมื่อเปรียบเทียบความแม่นยำโดยเปรียบเทียบพื้นที่ใต้กราฟ ROC ระหว่างการประเมิน NEWS2 ก่อน admit ที่คะแนน ≥ 8 กับ SOFA Score ที่คะแนน ≥ 5 พบว่า การประเมิน SOFA Score ที่คะแนน ≥ 5 สามารถทำนายการเสียชีวิตได้สูงกว่า โดยมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 88.44 ส่วนพื้นที่ใต้กราฟ ROC ของ NEWS2 ก่อน admit ที่ ≥ 8 เท่ากับ 83.01 (p -value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 10 และ ภาพที่ 4

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของคะแนน SOFA ≥ 5 และ คะแนน NEWS2 Score ก่อน admit ≥ 8

ความสัมพันธ์ระหว่าง	Crude RR (95% CI)	P-value
SOFA score ≥ 5	41.85 (15.52-112.91)	< 0.001
NEWS2 score ก่อน admit ≥ 8	19 (4.55-79.19)	< 0.001



ภาพที่ 4 ค่าพื้นที่ ROC เปรียบเทียบระหว่างการประเมิน SOFA score คะแนนมากกว่าและเท่ากับ 5 และ NEWS2 ก่อน admit ที่คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป ในการทำนายการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า NEWS2 และ SOFA Score เป็นสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสามารถพยากรณ์การเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อโควิด 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย NEWS2 ที่ประเมินก่อน admit สามารถพยากรณ์ได้แม่นยำที่สุด โดยมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC เท่ากับ 87.15 รองลงมาคือ NEWS2 หลัง admit 24 ชั่วโมงและ NEWS2 ขณะ admit มีพื้นที่ใต้กราฟ เท่ากับ 83.83 และ 81.83 ตามลำดับ หมายถึงการประเมินผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยเร็วที่สุดที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกผู้ป่วยนอกหรือที่ห้องฉุกเฉิน แล้วจัดการให้การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ตามมาตรฐานวิชาชีพ และไม่ควรรอให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนคะแนน NEWS ≥ 8 สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีชีวิตรอดมากขึ้น (OR = 9.28, 95% CI = 2.12-40.55, p -value < 0.003) มีค่าความไว ความจำเพาะ และอัตราส่วนความน่าจะเป็น ร้อยละ 89.47, 76.71 และ 3.8421 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth et al. (2021) ที่พบว่า NEWS2 ≥ 5 มีความไวที่ดีในการพยากรณ์อาการที่ทรุดลงของผู้ป่วยโควิด-19 ค่าความไว 0.98 (95% CI = 0.96–1.00), ความจำเพาะ 0.28 (0.21–0.35) (p -value < 0.001) NEWS2 เป็นเครื่องมือที่พยากรณ์การเสียชีวิตได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอย่างเร่งด่วน (Kenneth, et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Abbott และคณะ (2018) ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของประเทศอังกฤษพบว่าการใช้ Pre-Hospital NEWS2 มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตหรือการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 48 ชั่วโมง หลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (OR = 1.25, 95% CI = 1.04–1.51, p -value < 0.02) และพบว่าการใช้ NEWS2 ในการประเมินผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการเสียชีวิต หรือการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (OR=1.52, 95% CI = 1.18–1.97, p -value < 0.01) (Abbott, Cron, Vaid, Ip, Torrance, & Emmanuel, 2018) SOFA Score ที่คะแนน ≥ 5 สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 19.31, 95% CI = 6.37-58.50, p -value < 0.001) มีค่าความไว ความจำเพาะและอัตราส่วนความน่าจะเป็นร้อยละ 100.00, 97.00 และ 3.33 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ พลอยลาภ เลิศวิภาภัทร และคณะ (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มี SOFA Score > 2 มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มี SOFA Score 0-1 (พลอยลาภ เลิศวิภาภัทร, ขาญกิจ พุฒิเลอพงศ์, พิระวงษ์ วีรารักษ์, ทิพา ชากร, ณสีกาญจน์ อังคเศกวินัย และณภคดล นพคุณสมบูรณ์, 2560) SOFA Score ยิ่งสูง ยิ่งมีโอกาส

เสียชีวิตสูง การพยากรณ์ความรุนแรงของโรคโดยใช้ SOFA Score มีความแม่นยำสูงเมื่อใช้ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อ หากผู้ป่วยติดเชื้อในร่างกายรุนแรงถึง 100 คน ต้องใช้การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อประเมินแล้วมี SOFA Score มากกว่า 11 มากกว่าร้อยละ 90 จะเสียชีวิต (Vincent et al., 1996)

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่าง NEWS2 ก่อน admit ≥ 8 กับ SOFA Score ที่คะแนน ≥ 5 พบว่า SOFA Score สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตได้ดีกว่าแม่นยำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 41.85, 95% CI = 15.52-112.91, p -value < 0.001) ต่างจากการศึกษาของ Yu และคณะ (2021) ที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตของผู้ป่วยติดเชื้อ (Sepsis) ประกอบด้วย APACHE II, MEWS, NEWS, NEWS2, SIRS, SOFA และ qSOFA ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มหาวิทยาลัยวอชิงตันจำนวน 45,776 ราย และมีผู้ป่วย Sepsis ทั้งหมด ร้อยละ 3.3 พบว่า NEWS2 มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดในการพยากรณ์ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย Sepsis (AUROC = 0.80, 95% CI = 0.79–0.81) (Yu et al., 2021) แต่ในทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยโรคโควิด-19 เข้ามาได้รับการรักษาพยาบาลสามารถประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้ NEWS2 ได้ทันที ณ จุดที่ผู้ป่วยมาถึง และยังเป็นบทบาทหลักที่พยาบาลปฏิบัติได้ทันทีเพื่อประเมินความรุนแรงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม โดยไม่ต้องรอผลตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งที่รับผู้ป่วยโควิด-19 ไว้รักษาไม่สามารถตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการได้ เพื่อนำผลทางห้องปฏิบัติการมาคำนวณหา SOFA Score ที่ประกอบไปด้วย Arterial Blood Gas, Coagulation Platelets, Bilirubin, Creatinine ดังนั้น NEWS2 จึงเป็นสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตที่ใช้ในการพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้เป็นอย่างดี เป็นสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต มีผลลัพธ์ในการค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาทันที ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมภายในเวลาที่กำหนด (Golden Period) ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายผู้ป่วยได้มากขึ้น NEWS2 ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ รวมทั้งในประเทศไทยได้มีการนำสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตมาใช้ในการประเมินก่อนการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ตลอดจนนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ (สาคร เสริญไธสง, 2562) อย่างไรก็ตามการพยากรณ์โดยใช้ NEWS2 จำเป็นจะต้องประเมินอาการทางคลินิกควบคู่กันไป (Kenneth et al., 2021)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริหาร

1.1 เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล โดยนำ NEWS2 ไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ป้องกันผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต และเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดเตรียมแผนส่งเสริม นิเทศกำกับติดตามผลลัพธ์การใช้ NEWS2

1.2 เผยแพร่การนำผลการวิจัยไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อการจัดการที่เหมาะสมก่อนการส่งต่อมายังโรงพยาบาลนครพิงค์

2. ด้านบริการ

2.1 เป็นแนวทางสำหรับทีมบุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการสื่อสารภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ตรงกัน และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง ให้การดูแลรักษา ฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ในการพัฒนาความรู้ สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ NEWS2 ประเมินผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 หรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ โดยใช้ NEWS2 เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรงของโรค เพื่อมุ่งเน้นการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ในภาวะเร่งด่วน

2. ควรมีศึกษาพัฒนาแบบบันทึก NEWS2 โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการคำนวณค่าความรุนแรงของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือที่รวดเร็วขึ้น รวมทั้งใช้ในการบันทึกและการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการประมวลผลที่มีความละเอียดมากขึ้น และมีความสะดวกในการนำข้อมูลไปใช้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานนโยบายและแผนงาน โรงพยาบาลนครพิงค์. (2564). *ข้อมูลสถิติประจำปี 2564 โรงพยาบาลนครพิงค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข*.
- จุฬาลักษณ์ นุพอ, กางบัณฑิต สุรสิทธิ์ และวรัทม์สุตา สมุทรทัย. (2563). การประเมิน NEWS (Nakornping Early Warning Scores) ณ ห้องฉุกเฉินเพื่อทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 11(1), 28-44.
- พลอยลาภ เลิศวิภาภักดิ์, ชาญกิจ พุฒิเลทองค์, พีระวงษ์ วีรารักษ์, ทิพา ชาคร, ณสีกาญจน์ อังศะวินัย และณภคดล นพคุณสมบูรณ์. (2560). การเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาของผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อหรือภาวะช็อกจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อระหว่างผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ปี ค.ศ. 2012 และผู้ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ปีค.ศ.2016. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 9(1), 204-215.
- ศศิวิมล บรรจงจิต, จันทิมา อ่องประภุช และปรียารัตน์ เจริญลาภ. (2565). ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(1), 47-59.
- สาคร เสริญไธสง. (2564). ผลของการใช้ระบบ Modified Early Warning Scores (MEWS) ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis) ที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านฝ้อ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(2), 223-230.
- Abbott, T., Cron, N., Vaid, N., Ip, D., Torrance, H., & Emmanuel, J. (2018). Pre-hospital National Early Warning Score (NEWS) is associated with in-hospital mortality and critical care unit admission: A cohort study. *Annals of Medicine and Surgery* (2012), 27, 17-21.

- Guan, W., et al. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 30(382), 1708-1720.
- Huang, C., et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, *The Lancet*, 395(10223), 497-506.
- Kenneth, F., et al. (2021). National Early Warning Score 2 (NEWS2) to identify inpatient COVID-19 deterioration: A retrospective analysis. *Clinical Medicine*, 21(2), 84-89.
- Rosenberger, S. R., Von Rueden, K. T., & Des Champs, E. S. (2018). "Multisystem Dysfunction: Shock, Systemic Inflammatory Response Syndrome, and Multiple Organ Dysfunction Syndrome. In Morton, P.G., & Fontaine, D.K." *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*. (pp. 1049-1070). China: Wolters Klower.
- Royal College of Physicians. (2020). National Early Warning Score (NEWS) 2: *Standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Updated report of a working party [Internet]. London: RCP, 2017. Retrieved July 28, 2020. from http://allcatsrgrey.org.uk/wp/download/governance/clinical_governance/NEWS2-final-report0.pdf.
- Smith, M. E., et al. (2014). Early warning system scores for clinical deterioration in hospitalized patients: a systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(9), 1454-1465.
- Stenhouse, C., Coates, S., Tivey, M., Allsop, P., & Parker, T. (1999). *Prospective evaluation of a Modified Early Warning Score to aid earlier detection of patients developing critical illness on a general surgical ward*. State of the Art Meeting, Intensive Care Society, London; December.
- Usman, O. A., Usman, A. A., & Ward, M. A. (2019). Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 37(8), 1490-1497.
- Vincent, J. L., et al. (1996). The SOFA (Sepsis-Related Organ Failure Assessment) Score to Describe Organ Dysfunction/Failure. *Intensive Care Medicine*, 22, 707-710.
- World Health Organization. (2020). *Cardiovascular Diseases* [Internet]. Switzerland: World Health Organization; c2020. Retrieved from: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/.
- Yu, S. C., et al. (2021). Comparison of early warning scores for sepsis early identification and prediction in the general ward setting. *JAMIA Open*, 4(3), ooab062.

ประสิทธิผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

Effectiveness of the Planned Teaching Program on Knowledge and Self-care Behavior of School-Age Children with Thalassemia

ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า*

Pratoomtip Pinya*

โรงพยาบาลเชิงคำ*

Chiang Kham Hospital*

(Received: August 17, 2022; Revised: September 14, 2022; Accepted: October 11, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ก่อนและหลังให้ความรู้อย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการในคลินิกโรคเลือดและในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – เดือนสิงหาคม 2565 จำนวนทั้งหมด 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และแผนการสอนกับสื่อนำเสนอ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ภายหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนการเสริมความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้ อย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการวิจัยนี้ควรใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

คำสำคัญ: การให้ความรู้อย่างมีแบบแผนการ, ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง, เด็กวัยเรียน, โรคธาลัสซีเมีย

*ผู้ให้การติดต่อ ปทุมทิพย์ ปิ่นหย่า e-mail: Patoomtip@gmail.com

Abstract

The objective of this one-group pretest-posttest design was to compare the scores of the knowledge and self-care behaviors of the school-aged children with thalassemia. Participants were 30 school-aged children (age 6-12) who had been diagnosed with thalassemia and enrolled in the pediatric ward at a Chiang Kham hospital in the northern part of Thailand between July and August 2022. These participants were selected by purposive sampling. The data collecting instruments included a questionnaire on demographic data, knowledge, and self-care behavior of school-age children with thalassemia. The research instrument was the improved lesson plan on self-care for children with thalassemia. The quality of the instruments was validated by three experts. The Index of Item-Objective Congruence was at 1.00. The reliabilities of self-care knowledge reported in questionnaires in school-aged with thalassemia was determined by a coefficient of 0.93 using Cronbach's Alpha Coefficient. The data were analyzed by descriptive statistics. The mean difference scores of knowledge and self-care behavior of school age children with thalassemia were compared using a paired t-test.

The results showed that after attending the planned teaching program, the average score of knowledge of school-age children with thalassemia was significantly higher than before attending the program ($p\text{-value} < 0.01$). The average score of self-care behavior of school-age children with thalassemia was high, when compared to before attending the program ($p\text{-value} < 0.01$). This research could be a guideline for creating a program to develop a self-care ability for school-aged children with thalassemia in order to enhance their ability to take care of themselves.

Keywords: The Planned Teaching Program, Knowledge and Self-Care Behavior, School Aged Children, Thalassemia

บทนำ

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของการสังเคราะห์ฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญในเม็ดเลือดแดง โดยเป็นตัวนำออกซิเจนจากปอดไปอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย และนำคาร์บอนไดออกไซด์มาส่งที่ปอด ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ ทำให้สร้างโปรตีนโกลบินไม่ได้หรือสร้างได้น้อยลง เม็ดเลือดแดงจึงเกิดพยาธิสภาพ ขาดความยืดหยุ่นและถูกม้ามจับทำลาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีอาการโลหิตจางมาแต่กำเนิดและตาเหลือง ถ้าเป็นมากจะเจริญเติบโตไม่สมอายุ (Angastiniotis & Lobitz, 2019; Bajwa & Basit, 2022) โรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับประเทศไทย ประชากรไทยมีถิ่นทางพันธุกรรมที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ประมาณร้อยละ 30-40 หรือประมาณ 18-24 ล้านคน ในแต่ละปีมีเด็กเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย ประมาณ 12,125 ราย ขณะที่ผู้ป่วยประมาณ 6 แสนคน เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงปานกลางที่จำเป็นต้องรับเลือดและ

ยาขับเหล็กเป็นประจำทุกเดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โรคธาลัสซีเมียส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้านร่างกายจะเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กปกติเนื่องจากสถานะของโรคที่เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลงอย่างเรื้อรัง ทำให้การนำสารอาหารสู่เซลล์ของร่างกายได้ไม่ดี เด็กจึงมีอาการของโลหิตจางแต่กำเนิด อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย เล่นไม่ได้เหมือนเด็กปกติ มีตับ ม้ามโต และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ จากการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลกระทบด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว (มรกต สิทธิชนแก้ว, นงลักษณ์ จินตนาติก, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, อทิยา พรชัยเกตุ และโอว ยอง, 2555) ด้านสังคมต้องเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องอีกทั้งต้องถูกจำกัดกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถเล่นสนุกกับเพื่อน อาจรู้สึกมีปมด้อยอดัดกลายเป็นเด็กโดดเดี่ยวเก็บตัว ผลจากภาวะโลหิตจางชนิดรุนแรงต่อผู้ป่วยเด็กนอกจากผลกระทบต่อสุขภาพที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการรับเลือดและหรือยาขับเหล็กแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวบิดามารดาที่มีความเครียดต้องหยุดงานทำให้เสียรายได้เนื่องจากเป็นภาระในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Tarni & Öz, 2022) นอกจากนี้หากดูแลตนเองไม่ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย แต่หากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (Baghersalimi et al., 2022)

ความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งพบว่าเด็กวัยเรียน (School-Age Children หรือ (Middle Childhood) คือเด็กช่วงวัยอายุระหว่าง 6-12 ปี เรียนอยู่ช่วงชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 วัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสัดส่วนของร่างกายมากขึ้น รู้จักเข้าสังคม มีกลุ่มเพื่อนมากขึ้น การพัฒนาการด้านสติปัญญาเด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการดีขึ้น มีเหตุผลมากขึ้น เป็นช่วงที่สมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและเต็มที่ พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการเรียนรู้มีความเข้าใจในสิ่งที่ตนได้รับทางประสาทสัมผัส การคิดอย่างมีแบบแผน รู้จักสัญลักษณ์และความหมายของสิ่งต่าง ๆ ได้มีความคิดอย่างมีเหตุผลที่จะวางแผนหรือตัดสินใจแก้ปัญหาการกระทำต่าง ๆ จึงมีพฤติกรรมการเรียนรู้มีการเจริญเติบโตมีความสามารถพอที่จะตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ (เวียงพิงค์ ทวีพูน, 2563) เมื่อเด็กโตขึ้นมีพัฒนาการมากขึ้นสามารถช่วยเหลือและดูแลตัวเองได้ บิดามารดาจะมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนมากกว่าการจัดการดูแลเด็กทั้งหมด เด็กสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ถ้าเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลในเรื่องยา อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเริ่มตั้งแต่วัยเรียน เมื่อถึงวัยรุ่นเด็กจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) สูงขึ้นการจัดการดูแลตนเองจะทำได้ดีขึ้น

ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มที่เชื่อว่าทุกคนสามารถดูแลตัวเองได้โดยระยะแรกของการดูแล เป็นระยะที่บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อที่จะพิจารณาตัดสินใจนำไปสู่การกระทำ ระยะที่สองเป็นระยะลงมือกระทำและผลของการกระทำบุคคลจึงต้องการความรู้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ (Orem, 2001) จากผลการศึกษาทฤษฎีฐานรากทางการพยาบาลการดูแลตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย พบว่ากระบวนการดูแลตนเองในผู้ป่วยเมเจอร์ธาลัสซีเมียต้องการให้ช่วยเหลือการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การเสริมสร้างความเข้มแข็ง การเพิ่มความตระหนักและการสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลระดับตัวบุคคล ครอบครัวและสังคม การให้ความรู้หรือให้ความรู้ในเด็กวัยเรียนที่มีความสนใจในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในเวลาสั้น ๆ เปื่อหน่ายง่าย จึงจำเป็นที่เลือกใช้วิธีการที่เป็นสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย สามารถกระตุ้นความสนใจการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม การใช้สื่อการให้ความรู้

ที่เหมาะสมจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถเปลี่ยนประสบการณ์จากนามธรรมมาเป็นรูปธรรมได้ (อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์, ปวีณา จิงสมประสงค์, ชดชนก วิจารณ์, วิจารณ์ สุขทองสา, นวลจันทร์ อุดมพงศ์ลักษณ์ และชญาณี จตุรชัยเดช, 2557)

จากสถิติของ โรงพยาบาลเชียงคำ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มาเข้ารับบริการปีงบประมาณ 2562 –2564 พบจำนวน 445, 452 และ 359 ราย ตามลำดับ เป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 0-15 ปี จำนวน 227 ราย, 227 ราย และ 164 รายตามลำดับ จากการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ผ่านมาทั้งเด็กที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเลือดและเด็กที่อยู่ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่ายังไม่มีแบบแผนการให้ความรู้เป็นเพียงการให้คำแนะนำรายบุคคลก่อนพบแพทย์และก่อนแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านด้วยระยะเวลาสั้น ๆ ไม่มีการจัดทำแผนการให้ความรู้ ไม่มีสื่อหรือคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียไม่มีแนวทางการพยาบาลการดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียอย่างเป็นองค์รวม การปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกันทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม อ้างอิงข้อมูลจากผู้วิจัยทำการสำรวจเบื้องต้นก่อนวิจัยด้วยการสัมภาษณ์เด็กธาลัสซีเมียที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเลือดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและโภชนาการ พบว่า มีเด็กจำนวน 5 ราย มีพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายไม่ถูกต้อง โดยเล่นผาดโผนเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและรับประทานพวกเครื่องในสัตว์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะทำการศึกษาประสิทธิภาพของการให้ความรู้ที่มีแบบแผนของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการให้ความรู้ที่มีแบบแผนประกอบด้วย แผนการให้ความรู้ การจัดทำแผนการสอน สื่อการให้ความรู้ประกอบด้วย โปรแกรมนำเสนอ จัดทำสื่อ Power Point เรื่อง ธาลัสซีเมียน่ารู้ การชมวิดีโอแอนิเมชันเรื่อง The Thalassemia มีการมอบคู่มือการดูแลตนเองภายหลังการให้ความรู้ กิจกรรมการสอนด้วยวิธีการบรรยายแบบมีส่วนร่วม เพื่อช่วยส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของพยาบาลและการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มาใช้บริการของทางหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคธาลัสซีเมีก่อนและหลังการได้รับความรู้ที่มีแบบแผน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีก่อนและหลังการได้รับความรู้ที่มีแบบแผน

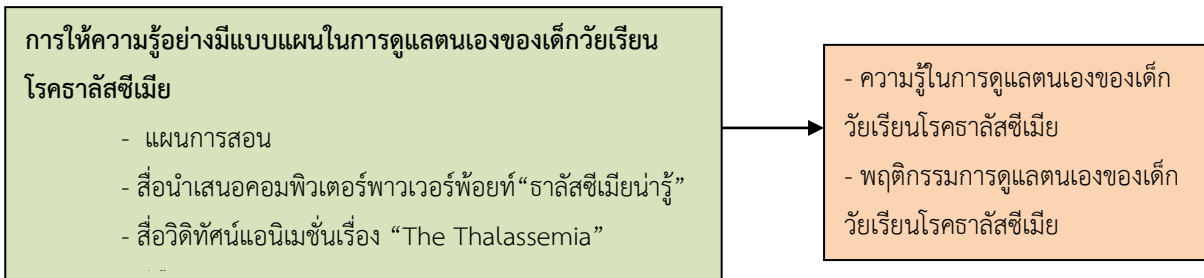
สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับความรู้ที่มีแบบแผน ความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับความรู้ที่มีแบบแผน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีของโอเร็มที่เชื่อว่าทุกคนสามารถดูแลตัวเองโดยที่บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อที่จะพิจารณาตัดสินใจนำไปสู่การกระทำ (Orem, 2001) ผู้วิจัยให้พยาบาล

ระบบสนับสนุนด้วยการให้ความรู้ที่มีแบบแผนที่ประกอบด้วย 1) การจัดทำแผนการสอน 2) ให้ความรู้ด้วยการนำเสนอด้วยสื่อคอมพิวเตอร์พาวเวอร์พอยท์เรื่อง “ธาลัสซีเมียน่ารู้” และสื่อวีดิทัศน์ แอนิเมชัน เรื่อง “The Thalassemia” และมอบคู่มือการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียหลังจากการดำเนินการให้ความรู้และติดตามผลภายหลังจากการให้ความรู้ด้วยการทดสอบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และ 3) วิธีการสอนด้วยการบรรยายแบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการให้ความรู้ที่มีแบบแผน (One Group Pre- Post Test Design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียก่อนและหลังการได้รับความรู้ที่มีแบบแผน โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เด็กวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชิงคำ

กลุ่มตัวอย่าง

เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือด ที่มารับบริการในคลินิกโรคเลือดและในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลเชิงคำ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย (Cohen, 1977) ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือด ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยช่วยเหลือตัวเองได้ รับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วม และผู้ป่วยเด็กที่ไม่มาตามนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย รายละเอียดดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย ระดับฮีมาโตคริตและประสบการณ์ที่ได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคธาลัสซีเมีย และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระดับการศึกษาอาชีพ และรายได้

1.2 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผ่านการอนุเคราะห์ขอใช้มาจากรุ่นมือของ วรุณี แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง (2563) ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา เท่ากับ 1 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 (วรุณี แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง, 2563) รายละเอียด ดังนี้

1.2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน กับ ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

1.2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการจำนวน 5 ข้อ ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพจำนวน 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกจากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบจากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 4 คะแนน

2. แผนการให้ความรู้ประกอบด้วยแผนการสอนและสื่อการสอน ดังนี้

2.1 แผนการสอน (Lesson Plan) และสื่อการให้ความรู้ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power Point) เรื่อง โรคธาลัสซีเมียนำรู้ที่ดัดแปลงเนื้อหาจากคู่มือการดูแลตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียของ วรุณี แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง (2563) ที่ผ่านการอนุเคราะห์ขอใช้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการดูแลตนเองประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และการมาตรวจตามนัดกิจกรรมการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย การบรรยายแบบมีส่วนร่วม และมีสื่อการสอนที่ประกอบด้วย แผนการสอน สื่อพาวเวอร์พอยท์ สื่อวิดีโอ แอนิเมชัน และมอบคู่มือการดูแลตนเองภายหลังเสร็จสิ้นการให้ความรู้

2.2 สื่อแอนิเมชันที่เผยแพร่ในยูทูป เรื่อง The Thalassemia มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย การดูแลรักษาสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ผลิตโดย ดิษพงศ์ วงศ์อร่าม และ Dog Film Studio (ดิษพงศ์ วงศ์อร่าม, 2555) ที่ผ่านการอนุเคราะห์ขอใช้

2.3 คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่พัฒนาโดย วรุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง (2561) ที่ผ่านการอนุเคราะห์ขอใช้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการดูแลตนเองประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และการมาตรวจตามนัด

3. ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และผู้ดูแล

3.2 แบบบันทึกผลคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ก่อนและภายหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และสื่อนำเสนอพาวเวอร์พอยท์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงเนื้อหาจากคู่มือการดูแลตนเองของวรุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง (2563) ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) เท่ากับ 1

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability Validity) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย นำไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น วิเคราะห์ความแปรปรวนของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียโดยใช้สูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครการวิจัยโดย ส่งโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยไปยังหน่วยพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จึงได้ดำเนินการขั้นต่อไป

2. สัปดาห์ที่หนึ่งผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และผู้ดูแลที่คลินิกเด็ก ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาในครั้งนี้ให้สิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาเมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแลในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (Pre-Test) โดยใช้วิธีอ่านเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านไม่เข้าใจในบางประเด็นผู้วิจัยหรือผู้ปกครองจะเป็นผู้ช่วยอ่านและอธิบายซ้ำ

4. ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวทางของแผนการให้ความรู้โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์นำเสนอด้วย Power Point และสื่อแอนิเมชันเป็นเวลา 15-30 นาที แจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย และเปิดโอกาสให้ซักถาม-ตอบ

5. เมื่อผู้ป่วยมาติดตามตามนัดในสัปดาห์ที่สามผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองให้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (Post-Test)

6. เก็บรวบรวมแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาจนครบ 30 ชุด ระหว่างเดือนกรกฎาคม - เดือนสิงหาคม 2565

7. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจัดหมวดหมู่ของข้อมูลในแบบสอบถามกำหนดรหัสและลงบันทึกข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างเด็ก วัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการได้รับการให้ความรู้ว่ามีแบบแผน นำค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามมาแจกแจงข้อมูล การกระจายของข้อมูลได้เป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) จากนั้นจึงทำการทดสอบค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียก่อนและหลังการได้รับการให้ความรู้ว่ามีแบบแผนด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงคำจังหวัดพะเยาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดั้งหนังสือรับรองเลขที่ 007/2565 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ จึงขอคำยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-9 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ระยะเวลาที่ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี 17 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.67

ชนิดของโรคที่เป็นส่วนใหญ่เป็นชนิดเบต้าธาลัสซีเมียจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.33 ประสพการณ์ที่ได้รับการให้ความรู้และแนะนำเรื่องโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับการให้ความรู้จำนวน

20 คน และได้รับความรู้โดยแพทย์/พยาบาลมากที่สุด และรองลงมาได้รับความรู้ตั้งแต่สองแหล่งขึ้นไป และไม่เคยได้รับความรู้เป็นจำนวน 10 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	60.00
หญิง	12	40.00
อายุ (ปี) (Min = 6, Max =12, Mean = 10)		
6-9 ปี	18	60.00
10-12ปี	12	40.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 1-4	12	40.00
ประถมศึกษาปีที่ 5-6	18	60.00
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี) (Min = 4, Max = 12, Mean = 8.3)		
1 - 5 ปี	5	16.67
6 - 10 ปี	17	56.67
มากกว่า 10 ปี	8	26.67
การแบ่งชนิดของโรคธาลัสซีเมีย		
ชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย	22	73.33
ชนิดฮีโมโกลบินเอช	7	23.33
ชนิดคอนสแตนท์สปริงค์	1	3.33
ระดับฮีมาโตคริต (%)		
ระดับฮีมาโตคริตสูงสุด	29.80	
ระดับฮีมาโตคริตต่ำสุด	10.70	
ระดับฮีมาโตคริตเฉลี่ย	22.44	
ผู้ดูแลหลัก		
บิดา มารดา	14	46.66
ปู่ย่า ตายาย	16	53.44
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก		
ประถมศึกษา	13	43.33
มัธยมศึกษา	8	26.67
อาชีวศึกษา	2	6.67
ปริญญาตรี	5	16.67
ไม่ได้เรียน	2	6.67
รายได้ของผู้ดูแลหลัก		
ไม่มี	14	46.66
เพียงพอ	16	53.33

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ที่ได้รับการให้ความรู้และแนะนำเรื่องโรคธาลัสซีเมีย		
เคย	20	66.66
ไม่เคย	10	33.33
บุคคลผู้ที่ให้ความรู้		
แพทย์/พยาบาล	13	43.00
บิดา มารดา ญาติพี่น้อง	0	0
สื่อ หนังสือ เอกสาร วิทยุ โทรทัศน์	0	0
ได้รับความรู้ตั้งแต่ 2 แหล่ง	7	23

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ระหว่าง ก่อนและหลังได้รับความรู้ที่มีแบบแผน

พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมภายหลังได้รับความรู้ที่มีแบบแผน (Mean = 19, S.D. = 1.5) สูงวก่อนได้รับความรู้ (Mean = 11.40, S.D. = 2.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ระหว่างก่อนและภายหลังได้รับความรู้ที่มีแบบแผน (n=30)

ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	Mean	S.D.	t	df	P-value
ก่อนได้รับความรู้ที่มีแบบแผน	11.40	2.22	17.34	29	<0.001*
ภายหลังได้รับความรู้ที่มีแบบแผน	19.00	1.44			

* $p\text{-value} < 0.001$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ระหว่างก่อนและหลังได้รับความรู้ที่มีแบบแผน

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวม พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังได้รับความรู้ที่มีแบบแผน (Mean = 94.47, S.D. = 9.12) สูงวก่อนเข้ารับการให้ความรู้ (Mean = 89.40, S.D. = 8.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียรายด้าน ภายหลังได้รับความรู้ที่มีแบบแผน พบว่า เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดูแลตนเอง สูงวก่อนได้รับความรู้ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Mean = 39.97, S.D. = 4.53, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Mean = 17.85, S.D. = 1.71, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Mean = 36.67, S.D. = 5.12, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (n=30)

พฤติกรรมกา​รดูแลตนเอง	Mean	S.D.	t	df	P-value
การดูแลตนเองโดยรวม (คะแนนเต็ม 120 คะแนน)					
ก่อนได้รับความรู้​อย่างมีแบบแผน	89.40	8.60	6.10	29	0.001*
หลังได้รับความรู้​อย่างมีแบบแผน	94.47	9.12			
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (คะแนนเต็ม 56 คะแนน)					
ก่อนได้รับความรู้​อย่างมีแบบแผน	38.30	3.77	1.97	29	<0.001*
หลังได้รับความรู้​อย่างมีแบบแผน	39.97	4.53			
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)					
ก่อนได้รับความรู้​อย่างมีแบบแผน	17.10	1.64	2.45	29	<0.001*
หลังได้รับความรู้​อย่างมีแบบแผน	17.85	1.71			
ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป​ียงเบนทางด้านสุขภาพ (คะแนนเต็ม 44 คะแนน)					
ก่อนได้รับความรู้​อย่างมีแบบแผน	34	6.10	4.29	29	0.001*
หลังได้รับความรู้​อย่างมีแบบแผน	36.67	5.12			

*p-value < 0.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียภายหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน โดยขั้นตอนการทดลองของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนประกอบด้วย การมีแผนการเรียนรู้ ตั้งแต่ขั้นเตรียมการสอนมีการจัดทำแผนการสอน จัดทำสื่อการสอน มีวิธีการสอนด้วยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม มีการใช้กระบวนกลุ่ม มีสื่อการสอนที่ประกอบด้วยสื่อวิดิทัศน์ แอนิเมชัน เรื่อง The Thalassemia สื่อนำเสนอ Power Point เรื่องธาลัสซีเมีย รู้ คู่มือการดูแลตนเองที่เป็นเนื้อหาขององค์ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียในเด็กวัยเรียน ทั้งนี้วิธีการให้ความรู้ด้วยการบรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยใช้สื่อนำเสนอ Power Point เป็นการให้ความรู้อย่างมีรูปธรรม และวิธีการบรรยายแบบมีส่วนร่วมเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ เหมาะสมกับพัฒนาการการเรียนรู้ และการให้ความรู้ผ่านสื่อ แอนิเมชันเป็นการให้ความรู้ที่เป็นรูปธรรมเหมาะสมกับพัฒนาการการเรียนรู้ในช่วงวัยเรียน ทำให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความสนใจ ตั้งใจชมวิดิทัศน์ดังกล่าว จึงพบว่า ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมียมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน สอดคล้องกับสมมติฐานว่า ภายหลังได้รับความรู้อย่างมีแบบแผน ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนสามารถอธิบายได้ดังนี้ ก่อนการวิจัยไม่มีแบบแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย การให้ความรู้ที่ผ่านมาเป็นการให้คำแนะนำรายบุคคล การรับประทานครบตามแผนการรักษา โภชนาการที่เหมาะสม การมาตรวจ

ตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติทั่วไปที่ต้องมาก่อนการนัด และจากการสอบถามเบื้องต้นเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ยังมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่ถูกต้อง มีการเล่นผาดโผนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยใช้ระบบพยาบาลของการสนับสนุนความรู้ (Information Support) ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีการชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ มาพัฒนาเป็นแผนการสอน (Lesson Plan) โดยในแบบแผนการให้ความรู้ซึ่งประกอบไปด้วย การจัดทำแผนการสอนโดยกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการสอน สื่อการสอน การประเมินผลไว้อย่างเป็นระบบมีการจัดทำสื่อสำหรับให้ความรู้เป็น Power Point ที่ดัดแปลงเนื้อหาจากคู่มือการดูแลตนเองของวรวิมล แสงทอง, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง (2563) การมอบคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียให้ภายหลังจากการดำเนินการให้ความรู้เพื่อช่วยพัฒนาความสามารถของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

การสนับสนุนความรู้ (Information Support) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียให้กับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อตระหนักถึงความสำคัญของโรคธาลัสซีเมียต่อสุขภาพ การพัฒนาความรู้และทักษะสำหรับการดูแลตนเองโดยคำนึงถึงผู้เรียนด้วยความพร้อมและสนใจจะเรียนรู้สิ่งที่จะสอน เพื่อก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียในเด็ก และการดูแลตนเอง วิธีการสอนโดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม สอนโดยผ่านสื่อ Power Point โดยใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่อง “The Thalassemia” ที่น่าสนใจและมีความทันสมัย มีรูปแบบสีสัน การตกแต่งภาพประกอบที่เข้าใจง่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเกิดความสนใจในการเรียนมากขึ้น ร่วมกับการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งการให้ความรู้ผ่านสื่อ Power Point และสื่อวิดีโอทัศน์แอนิเมชัน เป็นการให้ความรู้ที่เป็นรูปธรรม สามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน มีการเคลื่อนไหวของภาพและสามารถนำเสนอเห็นภาพอย่างชัดเจนเหมาะกับการพัฒนาการของเด็กวัยเรียน การเรียนรู้ช่วงวัยเรียนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนใจที่จะเรียนจนจบเรื่องและเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายจากการสังเกตขณะให้กลุ่มตัวอย่างรับชมสื่อแอนิเมชัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจตั้งใจรับชมด้วยความใส่ใจ มีการโต้ตอบและบรรยายไปด้วยขณะรับชมสื่อแอนิเมชันการสนับสนุน ผู้วิจัยให้ความสนใจในการรับฟังปัญหาและให้กำลังใจชื่นชมเมื่อกำลังใจกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการรับฟังและบอกวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ เพื่อคงไว้ซึ่งความพยายามที่จะดูแลตนเองและป้องกัน ไม่ให้เกิดความล้มเหลวในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นเนื้อหาเดียวกับสื่อในการให้ความรู้ เป็นนิทานภาพการ์ตูน ซึ่งทำให้เด็กมีความมั่นใจเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเอง สนับสนุนให้เด็กมีกำลังใจและเป็นแรงกระตุ้นในการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น และสัมภาษณ์เพิ่มเติมภายหลังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนชอบดูการ์ตูนอยากให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการ์ตูนเป็นสื่อช่วยการให้ความรู้ และหลังได้รับความรู้มีการทดสอบความรู้ความเข้าใจด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยสมุดภาพการ์ตูน กิจกรรมการเล่น และการเยี่ยมบ้าน ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.00$) (สิทธิพงศ์ ปาปะกัง และชลิดา ธนรัฐธิกุล, 2562) และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ ภูษณิศา มาพิลูน, ปรียกมล รัชกุล และวารียา หมื่นสง (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) (ภูษณิศา มาพิลูน, ปรียกมล รัชกุล และวารียา หมื่นสง, 2559) การศึกษาของ วรุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง (2563) ที่ศึกษาผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนธาลัสซีเมีย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กป่วยวัยเรียนธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกัญญา ชารลสิทธิ์, ณิชฐพล นนทิบุตรธีรชัย, กำนจิต ศรีนนท์, นงคณุช หวายแก้ว และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ (2564) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของสื่อวีดิโอต่อคะแนนความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้หลังดูวีดิโอ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนดูวีดิโอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับความรู้ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้วยสื่อแอนิเมชัน ช่วยให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้ถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองจากตัวการ์ตูนในสื่อแอนิเมชันและเข้าใจในพฤติกรรมที่เหมาะสมของการปฏิบัติตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียของ (สุกัญญา ชารลสิทธิ์, ณิชฐพล นนทิบุตรธีรชัย, กำนจิต ศรีนนท์, นงคณุช หวายแก้ว และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, 2564) สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยสมุดภาพการ์ตูน กิจกรรมการเล่น และการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สิทธิพงศ์ ปาปะกัง และชลิตา ธนฐธีรกุล, 2562) จากค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและภายหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญเนื่องจาก ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีประสบการณ์การเป็นโรคระยะเวลาสูงสุด 12 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 8.6 ปี และมีประสบการณ์การได้รับความรู้จากแพทย์พยาบาลและหรือ ผู้ปกครองที่เป็นบิดามารดา และหรือปู่ย่าตายายจำนวน 20 คน และไม่เคยได้รับการสอนจำนวน 10 คน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรักษาและด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง (ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล และพจนารถ สารพัด, 2563)

การชี้แนะและการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยขณะให้ความรู้ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเผชิญหน้ากัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดองค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความสงสัยก็จะซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลถูกต้อง ทันเวลาขณะให้ความรู้ผู้วิจัย ยังเปิดโอกาสสนับสนุนให้บิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็กป่วยธาลัสซีเมียเข้าร่วมรับฟังด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองทำให้เด็กเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบ ช่วยลดความเครียดและความกลัว ส่วนผู้ปกครองได้รับความรู้ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะในการดูแลและยังสามารถ

รักษาบทบาทในการเป็นผู้ดูแลเด็ก หลังเสร็จสิ้นการให้ความรู้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง และบิดา มารดา หรือผู้ดูแลชักถาม และแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ตลอดจนได้มีการซักถาม ปัญหาการดูแล ได้เห็นแบบอย่างการดูแลที่ดีจากผู้อื่น และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้เกิด ปฏิสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันระหว่างผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างและบิดามารดา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการ เรียนรู้ได้ดีขึ้น ดังที่ แวน ฮูเซอร์ (Van Hoozer et al., 1987) กล่าวว่า การที่ผู้เรียนและผู้สอนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับทฤษฎีของกลุ่มที่เน้นการรับรู้และการเชื่อมโยงความคิดจาก หนังสือศาสตร์แห่งการสอนของทิตนา แชมมณี (2563) กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการเรียนรู้ของแอร์บาร์ดเชื่อว่า การเรียนรู้มี 3 ระดับ คือ ขั้นการเรียนรู้โดยประสาทสัมผัส (Sense Activity) ขั้นการจำความคิดเดิมและขั้นการ เกิดความคิดรวบยอดและความเข้าใจการเกิดการเรียนรู้เกิดจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ผ่านทางประสาท สัมผัส ทั้ง 5 และสั่งสมประสบการณ์หรือความรู้เหล่านี้ไว้ การเรียนรู้นี้จะขยายขอบเขตออกไปเรื่อย ๆ เมื่อบุคคล ได้รับประสบการณ์หรือความรู้ใหม่เพิ่มขึ้น โดยผ่านกระบวนการเชื่อมโยงและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ใหม่กับความรู้เดิมเข้าด้วยกัน (ทิตนา แชมมณี, 2563) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียเกิดการเรียนรู้ผ่าน ประสาทสัมผัสทั้ง 5 จากการรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่อง ธาลัสซีเมียผ่าน จากสื่อ Power Point และ สื่อวิดีโอทัศน์แอนิเมชันเรื่อง The Thalassemia วิธีการบรรยายแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมเป็นการสอนรายกลุ่มผ่าน กระบวนการกลุ่ม

การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ผู้วิจัยได้จัดห้องสอนสุขศึกษาพื้นที่กว้างขวาง สะอาด ไม่มีเสียง รบกวน อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ ปรับระดับความดังของเครื่องเสียงเพียงพอ เตรียมเก้าอี้ที่นั่ง ให้พร้อม ขณะให้ความรู้ผู้วิจัยใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้และเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น ประกอบกับการเลือกเวลาที่ใช้ในการให้ความรู้เป็นช่วงเวลาที่ได้รับเลือกเป็นการใช้ระยะเวลาในช่วงที่ว่างให้เป็น ประโยชน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีความสนใจในกิจกรรมอย่างเต็มที่ ซึ่งการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้การเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้หลังได้รับความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัย เรียนโรคธาลัสซีเมียทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการให้ความรู้ที่มีแบบแผนโดยมีการจัดเตรียมแผนการให้ความรู้ การเตรียมเนื้อหา การให้ความรู้ให้ชัดเจน ประกอบกับการใช้สื่อที่เหมาะสม เช่น สื่อคอมพิวเตอร์ วิดีทัศน์แอนิเมชัน คู่มือในการ ดูแลตนเอง ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมที่ส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้จะมีส่วนช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ ให้เด็กเกิดความสนใจ เข้าใจเนื้อหาและนำไปปฏิบัติตามได้มากขึ้น และยอมรับโรคที่ตัวเองเป็นทำให้เด็กมองเห็น ความสามารถของตนเองในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น ความรู้สึกด้อยค่า ไร้คุณค่าจะหมดไป หากได้รับการกระตุ้น และเสริมสร้างการให้ความรู้บ่อย ๆ เด็กจะสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการให้ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการดูแล ตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถประยุกต์ใช้รูปแบบและกิจกรรมของโปรแกรมในการส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในบริบทอื่น โดยการให้ความรู้อย่างเป็นแบบแผน เช่น การสอนรายกลุ่มเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ผู้ดูแลเด็ก และพยาบาล
2. ด้านการวิจัย ได้ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยในคลินิกและการพัฒนา โปรแกรมอื่น ๆ ในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เพื่อพัฒนา คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและเก็บข้อมูลอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อการติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กกว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และความคงทนของความรู้
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียโรคทางพันธุกรรมที่น่าเป็นห่วงในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2565 จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/116500>.
- ดิษพงศ์ วงศ์อร่าม. (2555). สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องการรักษาโรค *Thalassemia* เรื่อง *The Thalassemia*. ผลิตโดย: Dogfilm ร่วมผลิตแอนิเมชันให้กับ vitamin-b บรอดคาซท์. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2565 จาก <https://youtu.be/5-PC-EM3tK0>.
- ทิศนา แหมมณี. (2563). ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 24). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูษณิศา มาพิบูล, ปรียกมล รัชกุล และวารียา หมั่นสง. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็ก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 52-68.
- มรกต สิทธิชนแก้ว, นงลักษณ์ จินตนาติลก, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, อติทยา พรชัยเกตุ และโอว ยอง. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 25-35.
- วรจุมติ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และวิจิตร แผ่นทอง. (2563). ผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในรูปแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 39-50.
- เวียงพิงค์ ทวีพูน. (2563). พัฒนาการเด็กวัยเรียน. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2565 จาก <http://blog.bru.ac.th/wp->

- ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล ชีระรังสิกุล และพจนารถ สารพัด. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(3), 146-57.
- สิทธิพงศ์ ปาปะกัง และชลิตา ธนัฐธิกุล. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยสมุดภาพการ์ตูน กิจกรรมการเล่น และการเยี่ยมบ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(4), 40-50.
- สุกัญญา ฆารสิทธิ์, ณัฐพล นนทิบุตรธีรชัย, กำนจิต ศรีนนท์, นงคันทน์ หวายแก้ว และกฤษกันทร สุวรรณพันธ์. (2564). ประสิทธิผลของสื่อวีดิโอต่อคะแนนความรู้ของผู้ดูแลสุขภาพเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(2), 283-294.
- อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์, ปวีณา จึงสมประสงค์, ชดชนก วิจารณ์, วิจารณ์ สุขทองสา, นวลจันทร์ อุดมพงศ์-ลักขณา และชญานิ จตุรชัยเดช. (2557). การเปรียบเทียบผลการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์กับภาพพลิกต่อความรู้และความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการสวนหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 41-51.
- Angastiniotis, M. & Lobitz, S. (2019). Thalassemias: An Overview. *International Journal of Neonatal Screening*, 5(1), 16.
- Baghersalimi, A., et al. (2021). Evaluation of self-efficacy in children and adolescents with thalassemia major. *Journal of Pediatric Hematology/ Oncology*, 43(6), e754–e758.
- Bajwa, H. & Basit, H. (2022). *Thalassemia*. United States: StatPearls Publishing.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 5th Edition. Mosby-Yearbook, Inc., St. Louis.
- Tarım, H. S. & Öz, F. (2022). Thalassemia Major and Associated Psychosocial Problems: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, 51(1), 12–18.
- Van Hoozer, H. L., et al. (1987). *The Teaching Process: Theory and Practice in Nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

การเปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่าง
ขณะป่วยและหลังป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา
Comparison of Stress, Anxiety, and Sadness among COVID-19 Patients during
Sickness and After Sickness, Wang Yai Subdistrict Health Promoting Hospital,
Na Thawi Distict, Songkhia Province

สุภาวดี เพชรเชนทร์^{1*}, กิตติพร เนาว์สุวรรณ²
Supawadee Petchan^{1*}, Kittiporn Nawsuwan²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่^{1*}
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²
Wangyai Health Promoting Hospital^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health²

(Received: November 22, 2022; Revised: October 25, 2022; Accepted: October 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ ตำบลนาหวี อำเภอนาหวี จำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเครียด ความกังวล ความเศร้า (The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21)) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลาทั้งรายข้อและภาพรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้นเมื่อมีอาการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ควรแนะนำผู้ป่วยให้ มีกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด และทีมบุคลากรสุขภาพควรติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ ในขณะที่หลังป่วยควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและการส่งเสริมบริหารสุขภาพจิต

คำสำคัญ : ความเครียด, ความกังวล, ความเศร้า, ผู้ป่วยโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ สุภาวดี เพชรเชนทร์ e-mail: mewsupawadee602@gmail.com

Abstract

The objective of this survey study was to compare the mental health levels among patients with COVID-19 between during sickness and after sickness in Wang Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Thawi Distict, Songkhia Province. Participants were 122 patients with COVID-19. Research instrument was the the Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21). The Coefficient alphas for the DASS-12 was 0.75. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that after sickness, the levels of stress, anxiety, and depression among patients with COVID-19 in each item and total score were significantly lower than during sickness. Therefore, when having symptoms of COVID-19, healthcare providers should be advised patients to have relaxing activities. Moreover, the health personnel team should continuously monitor the patient's symptoms and, while after sickness, should arrange exercise and mental health promotion activities.

Keywords: Stress, Anxiety, Sadness, COVID-19 Patients

บทนำ

สุขภาพจิต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกหมายถึง สภาพสภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมของตนได้ ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้คำจำกัดความสุขภาพจิตดังกล่าว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ สภาพจิตใจ (Mental State) สมรรถภาพจิตใจ (Mental Capacity) คุณภาพจิตใจ (Mental Quality) และปัจจัยสนับสนุน (Supporting Factors) ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้มีอายุ 15-60 ปี โดยเครื่องมือฉบับสมบูรณ์มี 66 ข้อ และมีการปรับเป็นฉบับสั้น 15 ข้อ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าในบริบทของสังคมไทยมองว่าสุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องเดียวกัน จึงได้เปลี่ยนชื่อ “ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต” เป็น “ดัชนีชี้วัดความสุข” เพื่อให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการเผยแพร่สู่ประชาชน (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, สาวิตรี อึ้งฉ่างกรชัย, และสุทธา สุปัญญา, 2561)

ปัจจุบันบุคคลต้องประสบกับปัญหาและความกดดันในด้านต่าง ๆ อย่างมาก อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี และโรคภัยสุขภาพที่ก่อเกิดขึ้นมาใหม่ ซึ่งส่งผลให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทั้งนี้หากจิตใจอ่อนแอลงร่างกายจะอ่อนแอตามลงไปด้วย ซึ่งอาการด้านลบจะส่งผลต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน ปัญหาที่สำคัญอาจทำให้เกิดความรุนแรงของสมองได้ หากเรามีสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ (ดาร์ตัน พิมพิตติ, ธรรมนูญ เบ้าเรือง, สุนละมัย ทาคาใจ, ประกายดาว โฉมโสภา และพรดุสิต คำมีสินนท์, 2565; ปณิตา บุญพาณิขย์, รัชมน กลยาศิริ และณภัทรวรรต บัวทอง, 2559) จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต พบว่าระดับสุขภาพจิตของคนไทย ปี พ.ศ.2550 มีสุขภาพจิตระดับปกติร้อยละ 75.40 และมีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 24.61 นอกจากนี้ พบว่าบุคคลภาวะสุขภาพจิต

เบี่ยงเบนมากขึ้นรวมทั้งมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น การก่ออาชญากรรม ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสังคมที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง และขยายตัวอย่างรวดเร็ว (สมิตี อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2554) ด้วยความสุข คือสภาพจิตที่เป็นปกติดี สุขเพราะจิตปกติ และเมื่อพิจารณาความสุขพิจารณาว่ามี 2 แบบ คือ เป็นความสุขจากตนเองและมีความสุขได้จากภายนอก ก็สอดคล้องกับองค์ประกอบของผู้มีสุขภาพจิตดี (อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่ และสุจริต สุวรรณชีพ, 2544)

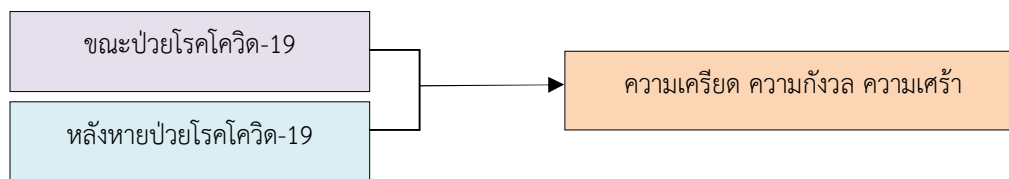
ประเทศไทยเกิดโรคอุบัติการณ์ใหม่ขึ้นมาชื่อว่า โรคโควิด-19 โรคนี้เริ่มระบาดครั้งแรกในประเทศไทย เดือนธันวาคม ปี 2562 และระบาดหนักมาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ กรมควบคุมโรคจึงมีแนวทางและการป้องกันโรคเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด โดยการมีข้อบังคับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสุขภาพทางจิตสูงขึ้น เกิดความเครียด และความกังวลต่อการเป็นโรคเพราะเมื่อถือว่าเป็นผู้ป่วยโควิด-19 แล้ว การทำกิจวัตรประจำวันจะเริ่มมีการจำกัด เช่น กังวลถึงความร้ายแรงของโรค การแยกกักตัว และเมื่อพบกลุ่มที่หลังป่วยด้วยโรคโควิด-19 แล้วพบว่าภาวะสุขภาพทางจิตมีเกณฑ์สูงที่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2565) การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ใช้ชีวิตได้เต็มตามศักยภาพและเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดสกล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของรอย (Roy & Andrews, 1999) กล่าวถึงระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา บุคคลประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial Being) มีความเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความปกติสุข หรือภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับระดับการปรับตัว (Adaptation Level) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลให้เกิดความเครียด ความกังวล และความเศร้าได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา จำนวน 530 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา จำนวน 122 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก T-Test, Statistical Test เลือก Mean: Difference between Two Dependent Means (Match Paired) เลือก One-Tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.3 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 122 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา
2. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในกลุ่มสีเหลืองขึ้นไป
3. สามารถให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวอยู่ที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบประเมินความเครียด ความกังวล ความเศร้า (DASS-21) (ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และณัฏฐวรรต บัวทอง, 2559) ขณะป่วยด้วยโรคโควิด-19 / หลังหายป่วยโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ความกังวล ความเศร้า (DASS-21) ก่อนป่วยและหลังป่วยในผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับตามแบบ Likert Scale มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 0 | หมายถึง | ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย |
| 1 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้าบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง |
| 2 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้า หรือเกิดขึ้นบ่อย |
| 3 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด ตามลำดับ |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ความน่าเชื่อถือเนื่องจากการใช้กันแพร่หลาย ซึ่งจากการศึกษาของสมมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ (2554) พบว่าแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงจริยธรรมการวิจัยแก่ผู้ตอบแบบสอบถามจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ พร้อมวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเองและให้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที ก่อนเก็บคืน สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่เข้าใจภาษาไทย ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้เลือกตอบตามความคิดเห็นและพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ จากนั้นนำมาแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์พบว่า ได้รับแบบสอบถามคืนมา 122 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent T-Test ทั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-Smirnov, Sig=0.20)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.74 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.02 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.26 ระดับการศึกษาจะอยู่ในช่วงมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.38 และส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้าง/เกษตรกร ร้อยละ 54.10 ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=122)

ข้อมูลทั่วไป	ขณะป่วยและหลังป่วยโรคโควิด-19	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ อายุเฉลี่ย 52.02 ปี (S.D.= 15.90)		
ชาย	54	44.26
หญิง	68	55.74
ศาสนา		
พุทธ	115	94.26
อิสลาม	7	5.74
อาชีพ		
รับจ้าง/เกษตรกร	66	54.10
ค้าขาย	12	9.84
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	7.38
อาชีพอิสระ	15	12.30
อื่น ๆ ระบุ	20	16.39
การศึกษา		
ประถมศึกษา	8	6.55
มัธยมศึกษา	70	57.38
ต่ำกว่าปริญญาตรี	25	20.49
ปริญญาตรี	19	15.57

2. เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย

พบว่าหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีความเครียด ความกังวล ความเศร้าทั้งรายข้อและภาพรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้าของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย (n=122)

ความเครียด ความกังวล ความเศร้า	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความยากที่จะผ่อนคลายอารมณ์	2.15	0.60	1.51	0.53	9.15	121	<0.001 *
มีอาการปากแห้ง	1.99	0.35	1.03	0.36	20.35	121	<0.001 *
รู้สึกไม่ดีขึ้นเลย	2.11	0.88	1.00	0.41	12.89	121	<0.001 *
มีอาการหายใจลำบาก (เช่น มีอาการหายใจเร็วขึ้น ผิดปกติ มีอาการหายใจไม่ออก แม้ว่าจะไม่ได้ออกกำลังกาย)	2.15	0.44	1.25	0.65	11.62	121	<0.001 *
ทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ค่อนข้างลำบาก	2.34	0.65	1.60	0.66	10.59	121	<0.001 *
เริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป	1.69	0.64	0.86	0.47	11.43	121	<0.001 *

ความเครียด ความกังวล ความเศร้า	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
มีอาการสั่น (เช่น ที่มือทั้งสองข้าง)	1.98	0.36	0.36	0.50	27.87	121	<0.001 [*]
มีวิตกกังวลมาก	1.79	0.68	0.57	0.56	19.65	121	<0.001 [*]
รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้รู้สึกตื่น กลัวและกระทำได้โดยไม่ได้คิด	2.02	0.36	0.52	0.53	26.02	121	<0.001 [*]
รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย	2.27	0.62	0.88	0.38	23.68	121	<0.001 [*]
มีอาการความกระวนกระวายใจ	2.02	0.39	0.29	0.52	31.65	121	<0.001 [*]
รู้สึกไม่ผ่อนคลาย	2.31	0.56	0.56	0.56	33.43	121	<0.001 [*]
รู้สึกจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม	1.92	0.57	0.58	0.54	19.80	121	<0.001 [*]
ทนไม่ได้กับภาวะใดก็ตามที่ทำให้ไม่สามารถ ทำอะไรต่อจากที่กระทำอยู่	1.36	0.62	0.85	0.92	4.97	121	<0.001 [*]
รู้สึกมีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก	2.07	0.40	0.89	0.45	22.66	121	<0.001 [*]
ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด	1.98	0.36	0.25	0.52	31.26	121	<0.001 [*]
รู้สึกเป็นคนไม่มีค่า	2.03	0.89	0.67	0.61	20.33	121	<0.001 [*]
รู้สึกว่าค่อนข้างมีอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย	2.04	0.41	0.86	0.41	20.69	121	<0.001 [*]
รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของในตอนที่ไม่ ออกแรง (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของ หัวใจเพิ่มขึ้น การหยุดเต้นของหัวใจ)	1.99	0.42	0.85	0.48	25.87	121	<0.001 [*]
รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใด ๆ	1.66	0.62	0.93	0.41	10.90	121	<0.001 [*]
รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	1.67	0.69	0.47	0.55	9.15	121	<0.001 [*]
ภาพรวม	1.98	0.23	0.79	0.22	47.88	121	<0.001 [*]

*p-value <0.05

อภิปรายผล

ผลวิจัยพบว่าหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีความเครียด ความกังวล ความเศร้าทั้งรายข้อและภาพรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากผลการประเมินของผู้ป่วยโรคโควิด-19 เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตขณะป่วยและหลังป่วย พบว่าหลังป่วยจากโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตขณะป่วย อาจเป็นเพราะบริบทในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้นเนื่องจากในระหว่างขณะป่วย ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่มีค่าสูงเพราะมีการรักษาตัวแบบจำเพาะตามหลักเกณฑ์รักษาของโรค เช่น เรื่องของการทำงาน การงดออกไปพบปะผู้คน การต้องแยกห่างจากครอบครัว ทำให้เกิดความอดทนอดกลั้นทางอารมณ์ต่ำ แสดงอารมณ์ที่รุนแรงและไม่พึงประสงค์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และการที่ภาวะสุขภาพจิตหลังป่วยของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดีนั้น ได้รับปัจจัยที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตมาอย่างต่อเนื่องทั้งจากครอบครัว ชุมชนและสังคม รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งใหญ่มีการติดตามให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด สร้างความสบายใจให้แก่ผู้ป่วยในขณะป่วยและหลังป่วยได้มากขึ้น เมื่อนำแบบสอบถามรายข้อมาเปรียบเทียบ พบว่าข้าพเจ้ารู้สึกไม่ผ่อนคลาย (ข้อที่ 12) จากค่าเฉลี่ยรวมจากแบบสอบถามขณะป่วย เท่ากับ 2.31 กับค่าเฉลี่ยรวม

จากแบบสอบถามหลังป่วย เท่ากับ 0.56 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าลดลง เท่ากับ 1.75 เห็นได้ว่าหลังป่วยผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นทำให้คุณภาพทางอารมณ์เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น สามารถออกไปใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association, 2010) ได้ให้ข้อคิดว่าประสบการณ์ที่ได้รับในอดีตและแหล่งต่าง ๆ ที่ช่วยให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ที่จะมีความเข้มแข็งในตนเองจะเป็นสิ่งที่ช่วยสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีความสำคัญของบุคคลโดยบุคคลอาจมีการสำรวจคำตอบที่ได้จากการตั้งคำถามที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นการช่วยให้บุคคลมีจิตใจที่มุ่งมั่นไม่ท้อถอยเมื่อพบกับความยากลำบาก สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตผ่านกระบวนการจัดการอารมณ์ การคิดบวก การได้รับกำลังใจ สามารถช่วยเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตในทุกด้านได้ ดังนั้นการประเมินวัดสุขภาพจิตของผู้ป่วยถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจจะส่งผลต่อการรักษาโรคต่าง ๆ ให้ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีระดับภาวะสุขภาพจิตสูงเมื่อเทียบระหว่างขณะป่วย ควรจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายเพื่อคลายความเครียด ส่งเสริมให้ออกกำลังกาย การติดตามผู้ป่วยรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น
2. สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะสุขภาพจิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและการส่งเสริมบริหารสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิตที่สูง จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการฝึกฝนสมาธิ บริหารจิตใจให้สงบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมให้เข้ารับการรักษาดูแลภาวะสุขภาพจิตอย่างเนื่อง พัฒนากิจกรรมแนะนำแนวทางการป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). *สุขภาพจิตกับโควิด-19*. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2565 จาก <https://dmh.go.th/covid19>.
- ดาร์ตัน พิมพ์ดีด, ญัฐธราภรณ์ เบ้าเรือง, สุนละมัย ทาคาใจ, ประกายดาว โฉมโสภะ และพรตุสดี คำมีสินนท์. (2565). การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36, 22-48.
- ปณิดา บุญพาณิษฐ์, รัชมน กัลยาศิริ และณภัทรวรรต บัวทอง. (2559). ภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ในประเทศไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 62(6), 1023-1035.
- พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, สาวิตรี อัมณางค์กรชัย, และสุทธา สุปัญญา. (2559). สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556: วิธีการและกระบวนการ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 1-14.

- สมดี อนันต์ปฏิเวธ และคณะ. (2554). การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 38-51.
- อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียต ปัญโญใหญ่, และสุจริต สุวรรณชีพ. (2554). ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46, 227-232.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Roy, C., Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model 2nd ed*. Stamford (CT): Appleton & ange; 1999.

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล

Effects of a Hospital-to-Home Transitional Care Program on Activities of Daily
Living, Patients' Complications, and Self-Management Ability of Caregivers

วิรัตน์ นิลสวัสดิ์*

Wirarat Nilsawaddi*

โรงพยาบาลสงขลา*

Songkhal Hospital*

(Received: September 24, 2022; Revised: October 21, 2022; Accepted: October 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล โรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือนมีนาคม - กันยายน 2564 รวม 34 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเอง มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Dependent t-test และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2) หลังใช้โปรแกรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และ 3) ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการตนเองหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านไปปรับใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในแผนกอื่น ๆ ตลอดจนการนำไปขยายผลให้โรงพยาบาลชุมชน เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน, ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน, ความสามารถในการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ: วิรัตน์ นิลสวัสดิ์ e-mail: wirarat-n@hotmail.com

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effects of a hospital-to-home transitional care program on activities of daily living, patients' complications, and self-management ability of caregivers, Songkhla Hospital. Sample were 34 patients with stroke and their caregivers who were admitted to the stroke unit, Songkhla Hospital from March to September 2021. Samples were purposefully chosen based on research criteria. Research instruments consisted of the hospital-to-home transitional care program, the Barthel activities of daily living index, and a self-management ability questionnaire. The Item-Objective Congruence Index (IOC) ranged from 0.67-1.00, and the Cronbach alpha coefficient of self-management ability questionnaire was 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics, a dependent t-test, and the Wilcoxon signed ranks test.

The results were found as follows: 1) after program completion, patients with stroke had significantly higher activities of daily living than before enrolling to the program ($p\text{-value} = 0.001$) 2) after program completion, there were no patients' complications after hospital discharge 3) after program completion, caregivers had significantly higher self-management ability than before enrolling to the program ($p\text{-value} < 0.001$). Therefore, the hospital-to-home transitional care program should be applied to other departments for patients before hospital discharge and it should be extended to community hospitals for continuous care of patients with stroke.

Keywords: Hospital-to-Home Transitional Care Program, Activities of Daily Living, Self-Management Ability, Patients with Stroke, Caregivers

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกว่าอัมพฤกษ์หรืออัมพาต คือ ภาวะที่ระบบหลอดเลือดสมองมีความผิดปกติเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลกและมีคนพิการถาวร 5 ล้านคน ในขณะที่ผู้เสียชีวิต 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียที่สำคัญทั้งในเพศชายและเพศหญิงและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม การดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงหลายระดับโดยประมาณร้อยละ 20 จะหายเป็นปกติ ร้อยละ 60 ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องระยะหนึ่งจึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อีกร้อยละ 20 ต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลาจากการที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง

คือ ตัวผู้ป่วย สื่อ และอิทธิพลจากครอบครัว (ปรารณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย, 2560) เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่สำคัญเนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลต้องใช้พลังความสามารถเพื่อดูแลและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Orem, 1991) ซึ่งเป็นผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย (ธีรนาถ ห่านรัตติย และปริญญา แร่ทอง, 2556) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุด ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล

โรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่มีศูนย์การดูแลต่อเนื่องภายใต้การบริหารงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิคือทำหน้าที่ในการการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย จัดระบบเยี่ยมบ้านระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่าง ปีพ.ศ. 2560 – 2562 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจำนวน 328 ราย 320 ราย และ 336 ราย ตามลำดับ โดยมีการวางแผนก่อนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและการดำเนินงานด้านดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมายังขาดการกำหนดปัญหาร่วมกันส่งผลให้ขาดความเชื่อมโยงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน กระบวนการดูแลไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัญหาการวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลรัฐบาลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้าน พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบชัดเจน ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครอบคลุมในทุกขั้นตอน ขาดความต่อเนื่องขั้นตอนการปฏิบัติและยังไม่ต่อเนื่องถึงบ้านผู้ป่วย โดยเฉพาะขาดการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลด้านการปรับตัว ความมั่นใจ ความเครียด สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะเฉพาะก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเท่านั้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2556) จึงเกิดความเครียดในการเรียนรู้ (Camak, 2015) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมามีการประเมินผลลัพธ์หลังจากการสิ้นสุดโปรแกรมโดยทันทีและไม่ได้มีการติดตามประเมิน ซึ่งอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดไม่สามารถปรับตัวได้ และผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาภายหลังได้ (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2556) การเตรียมความพร้อม แก่ผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล การวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ การได้รับความรู้อย่างเพียงพอ (Camak, 2015; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว การมีกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ตลอดจนเสียสละประโยชน์ส่วนตน (Qiu, Sit, & Koo, 2018) ช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยและฝึกฝนอย่างชำนาญ ส่งผลให้สามารถจัดการปัญหาที่ต้องเผชิญได้เหมาะสม

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการนำรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมาเชื่อมช่องว่างการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้านเพื่อป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับเข้ารับการรักษซ้ำจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อจากแผลกดทับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล (กนกวรรณ ช้างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์ และจินตนา อาจสันเทียะ, 2563; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัศววิเศษ, 2545) ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านตามแนวคิดของ Naylor (2002) ขึ้นโดยกำหนดโปรแกรมการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความรู้เกี่ยวกับโรคโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ 2) ระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านและเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อระหว่างการดูแลจากโรงพยาบาลกับการดูแลที่บ้าน ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล โรงพยาบาลสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม
2. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลาหลังใช้โปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

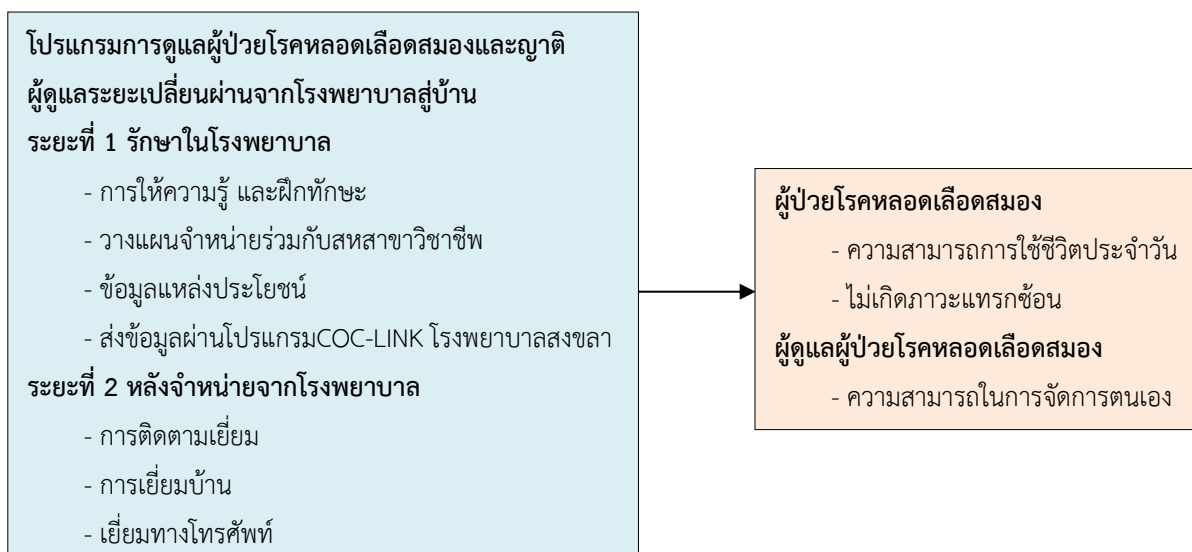
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลสงขลา มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น
2. หลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลสงขลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. หลังใช้โปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลสงขลา มีคะแนนความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเนลเลอร์ (Naylor, 2002; Naylor, Broton, Campbell, Maislin, McCauley, & Schwartz, 2004; Naylor, & Keating, 2008) ซึ่งมีการกำหนดโปรแกรมการดูแล 2 ระยะ คือ 1) ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย เริ่มตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรู้เกี่ยวกับโรคโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ร่วมกับทีมสุขภาพ 2) ระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านและเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน โดยการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เป็นการวางแผนและจัดสรรบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายอย่างเป็นองค์รวม มีการประสานงานของสหวิชาชีพในการสนับสนุน และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อการให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมั่นใจและปลอดภัย นอกจากนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991) ที่กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency (SCA)) ว่าบุคคลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งในระดับความสามารถขั้นพื้นฐาน ได้แก่ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเองตามสภาพจริง และความสามารถมีความสามารถในการจัดระบบจัดการ ควบคุมตนเองให้เกิดการเรียนรู้ ใช้เหตุผล และสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนตัดสินใจเลือกดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่นภายใต้หลักการบุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-Test, Post-Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง กันยายน 2564 จำนวน 68 คน เป็นผู้ป่วย 34 คน ผู้ดูแล 34 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis

(Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) เลือก Test Family เป็น T-Tests, กำหนด Statistical Test เป็น Means: Differences between Two Dependent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (Power of Analysis) เท่ากับ 0.95 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก
2. มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 5-11 คะแนน
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีความบกพร่องด้านรู้คิด
4. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย

1. อาการของโรครุนแรงขึ้นระหว่างนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผลทำให้ต้องย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่าย
3. ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ดูแล

1. ผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18-70 ปี มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรก
2. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
3. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดออกผู้ดูแล

1. เปลี่ยนผู้ดูแลหลัก
2. ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้ และฝึกทักษะ วางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ข้อมูลแหล่งประโยชน์ และส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม COC-LINK โรงพยาบาลสงขลา ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้แก่ การติดตามเยี่ยมการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมทางโทรศัพท์ และส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม COC-LINK โรงพยาบาลสงขลา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การเป็นหัวหน้าครอบครัว และสิทธิในการรักษาพยาบาล

2.2 แบบประเมินความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้

0 - 4 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์
5 - 8 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพารุนแรง
9 - 11 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพานกลาง
12 - 20 คะแนน	หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีการพึ่งพา

2.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.4 แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยประกอบด้วยภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พัฒนาจากเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม คู่มือการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Centers for Disease Control and Prevention) และการเกิดแผลกดทับใช้เกณฑ์การประเมินของ Edsberg และคณะ (2016)

2.5 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินของกองการพยาบาล (2563) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ (Rating Scale) จากระดับ 5 หมายถึง ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องสม่ำเสมอ ถึงระดับ 0 หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน แบบประเมินความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพบว่าแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนและเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสงขลา และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย จากนั้นอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามดังต่อไปนี้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-Test) แบบสอบถามความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านดังนี้

ระยะที่ 1 รักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1-2 ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยการสอนแก่ผู้ป่วยพร้อมญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไปของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2558) ให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจ ความสามารถจัดการตนเองบทบาทผู้ดูแลให้ญาติผู้ดูแลหลัก และติดตามฝึกทักษะและให้สาธิตเกี่ยวกับทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย 2) การจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพการออกกำลังกายบำบัด 4) การฝึกการกลืน 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ 6) การสังเกตอาการผิดปกติ

ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พร้อมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก กำหนดเป้าหมายการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ติดตามผู้ป่วยตามระบบนัด ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่รับผิดชอบดูแล หรือกรณีมีอาการผิดปกติฉุกเฉินที่ต้องไปโรงพยาบาลอย่างทันที โทรศัพทหมายเลข 1669

ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ติดตามปัญหาผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลหลักและการพบแพทย์ตามนัด

1 เดือนหลังจำหน่าย เยี่ยมบ้านตามแนวคิด INHOMESSS ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่ส่งต่อจากโรงพยาบาล ให้สาธิตการฟื้นฟูสภาพการออกกำลังกายบำบัด สังเกตความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุนและให้ความรู้จากปัญหาที่พบและ

ให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหารายบุคคล ให้คำปรึกษา และสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจให้ญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน

บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเยี่ยมบ้านในโปรแกรม COC-LINK โรงพยาบาลสงขลา ส่งต่อให้หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยรักษาขณะอยู่ที่โรงพยาบาล เพื่อรับทราบประวัติการเจ็บป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และผลการดูแลผู้ป่วยไปตามแผนการดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาล

3 เดือนหลังจำหน่าย ติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยประเมินผลและสอบถามปัญหาผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการดูแลรวมทั้งให้คำปรึกษา และสนับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจให้ญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยและการจัดการตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน ประเมินคะแนนความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแล

หลังครบโปรแกรมการทดลองผู้ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความสามารถการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และแบบสอบถาม ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล (Post-Test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Dependent Sample t-test
3. เปรียบเทียบความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของโรงพยาบาลสงขลา ก่อนและหลังใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (Shapiro-Wilk Test, $p\text{-value} < 0.001$)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสงขลา ได้รับใบรับรองหมายเลข SKH IRB 2020-Nrt-IN3-0718 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 และผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด ประกอบด้วย 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวม แบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็น ความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่องานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.90 มีอายุเฉลี่ย 64.44 ปี (S.D.=9.74) อายุต่ำสุด 43 ปี อายุสูงสุด 88 ปี สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 70.40 มีอาชีพค้าขายร้อยละ 25.90 มีรายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายและมีหนี้สินร้อยละ 48.10 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบบัตรทองร้อยละ 70.40 สำหรับผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 77.80 มีอายุเฉลี่ย 64.44 ปี (S.D.=9.74) อายุต่ำสุด 43 ปี อายุสูงสุด 88 ปี สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 77.80 การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 40.70 มีอาชีพค้าขายร้อยละ 33.30 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 55.60 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรร้อยละ 55.60

2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

พบว่า หลังใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (n=34)

ความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้โปรแกรม	11.00	2.32	13.132	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	16.44	2.98		

*p-value < 0.001

3. ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับโปรแกรม	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะปอดอักเสบ	0	0
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0
แผลกดทับ	0	0

4. ความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

พบว่า หลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถจัดการตนเองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแลและหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (n = 34)

ความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแล	Mean	S.D.	Z	P-value
ก่อนใช้โปรแกรม	2.08	0.64	4.126	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	4.53	0.34		

*p-value < 0.001

การอภิปรายผล

หลังใช้โปรแกรม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมที่มีกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การสาธิตการทำกายภาพบำบัด การสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำและให้ความรู้จากปัญหาที่พบตลอดจนการสอนให้ผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้านตามหลัก INHOMESSS ซึ่งเป็นการให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามแนวคิดการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ที่เน้นการช่วยให้ผู้ป่วยหรือบุคคลสามารถทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งในระดับความสามารถขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเองตามสภาพจริง และความสามารถมีความสามารถในการจัดระบบจัดการ ควบคุมตนเองให้เกิดการเรียนรู้ ใช้เหตุผล และสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนถึงเลือกที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มูลธิ, สุปรียา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลีลาจรัส (2559) พบว่าผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ส่งผลให้หลังการจำหน่าย 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกัน รวมทั้งการศึกษาของโบทัน บุญอยู่ (2563) พบว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านทั้งในระยะขณะอยู่ในโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความมั่นใจและสามารถเผชิญปัญหาด้านการบรรเทาความรู้สึกลึกซึ้งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ผลวิจัยพบว่าหลังใช้โปรแกรม ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล เป็นโปรแกรมที่มีกิจกรรมสำคัญเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 2 ระยะ คือ ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย และระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน (Naylor, 2002; Naylor & Keating, 2008) โดยในระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลญาติผู้ดูแลจะได้รับการให้คำปรึกษา การสนับสนุนด้านจิตใจ การเสริมพลังอำนาจ การฝึกทักษะ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การจัดท่านอน และการพลิกตะแคงตัว การฟื้นฟูสมรรถภาพ การทำกายภาพบำบัด การฝึกการกลืน การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และการสังเกตอาการผิดปกติตลอดจนการร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ในขณะที่ในระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมพยาบาลเวชปฏิบัติและทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง และเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายใต้การส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม COC-LINK ของโรงพยาบาล

สงขลา ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ดูแลมีความมั่นใจต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลโดยวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ ให้ความรู้ สร้างการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว แนะนำกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและช่วยลดภาระให้กับผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวีรวัฒน์ จิตจุ (2561) พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้ การเสริมสร้างเจตคติ การสอนเกี่ยวกับเทคโนโลยี มีผลทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรู้ เจตคติ และทักษะปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Cheng, Chair, & Pak-Chun Chau (2014) พบว่าการให้โปรแกรมทางจิตสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการดูแล รวมทั้งทักษะการจัดการความเครียด

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน สามารถนำรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในการจัดการให้ผู้ดูแลได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้ อย่างเพียงพอแก่ผู้ดูแล ตลอดจนแนะนำกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลแบบไร้รอยต่อตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงอยู่บ้าน รวมทั้งมีการเตรียมพัฒนาทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและยอมรับในสภาพการณ์ที่จะเกิดขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สามารถขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยซ้ำ อย่างต่อเนื่องโดยทำการวิจัยในรูปแบบของอนุกรมเวลา (Time Series Design) เพื่อให้เห็นถึงความต่อเนื่องและความคงอยู่ของตัวแปรที่ศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ช้างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์ และจินตนา อาจสันเทียะ. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิด M-E-T-H-O-D ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช, 12(2), 223-239.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง. สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2565 จาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/publish/publish28062019110601.pdf.

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2565 จาก http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf.
- ธีรเดช ห่านิธิสัย และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7 ฉบับพิเศษ), 634-639.
- โบทัน บุญอยู่. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านต่อความมั่นใจและการเผชิญปัญหาในการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ. (2556). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 19(2), 194-205.
- ปรารถนา วัชรานุกฤษ และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 217-231.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ สีสัจรัส. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 84-101.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา มูลฐิ, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ สีสัจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(1), 95-110.
- วีรวัฒน์ จิตจุง. (2561). *การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). *ชุดความรู้สถิติ*. นนทบุรี: สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- Camak, D. J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers; A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2376-2382. <https://doi.org/10.1111/jocn.12884>.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Pak-ChunChau, Y. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 30-44.
- Edsberg, L. E., et al. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *Journal Wound Ostomy Continence Nurse*, 43(6), 585-597.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Naylor, M. D. & Keating, S. A. (2008). Transitional care: Moving patients from one care setting to another. *The American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 58-63.
- Naylor, M. D. (2002). Transitional care of older adults. In P. Archbold, & B. Stewart (Eds.), *Annual Review of Nursing Research*. New York: Springer.
- Naylor, M. D., Broton, D., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized elders: A randomized controlled trial. *Journal American Geriatrics Society*, 52, 675-684.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice* (4thed.). St.Louis: Mosby Year Book.
- Qiu, X., Sit, W. H. J., & Koo, K. F. (2018). The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: A qualitative study. *Clinical Nursing*, 27(1-2), e309-e319.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13947>.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - 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 ผลงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และให้ข้อวิพากษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings

2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพผลงานก่อนตีพิมพ์ สำหรับข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีการทำอย่างเป็นระบบโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind- Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียน เพื่อทำการแก้ไขบทความให้ถูกต้อง 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) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ
2. ชื่อผู้เขียน (Author Name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางถัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน โดยระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัดและบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence Author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3,ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keywords) 3-5 คำให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
 - การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)
8. ผลการวิจัย (Results)
9. การอภิปรายผล (Discussion)

10. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Implication)
11. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
12. กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
13. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 3 เนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

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

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 40 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหารูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม - ปี (Author- Date Citation System) เป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาในเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

- 1.1 เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์ เช่น
อัมมิชา นาไว (2563) พบว่า.....
อัมมิชา นาไว และปณัสยา พรหมดี (2562) พบว่า.....
ปูลวิษฐ์ ทองแดง (ม.ป.ป.) พบว่า.....

- 1.2 เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย จากนั้น เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อแรก ตามด้วย et al., เช่น

- กรีน (Green, 2020) พบว่า.....
นิวแมน (Newman, n.d.) พบว่า.....
รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่/ (เลขของฉบับที่)/ เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวีตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 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 ภักวิภาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 35(2), 44-58.

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

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, ทศนีย์ ภู่อำรงค์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนิดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม การดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 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./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)/ สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

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

Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th edition). Philadelphia: Elsevier.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ ชื่อเรื่อง./ (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต หรือ Master's Thesis)./ สถานที่พิมพ์./ ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค. (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./ (ปีที่พิมพ์)./ ชื่อบทความ./ สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./ จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. (2557). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและบาดแผล*. กรุงเทพฯธุรกิจ, น. 11. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561 จาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf.

Severo, I. M., Almeida, M. A., Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Weschenfelder, M. E., Pinto, L. R. C., et al., (2014). *Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review*. Retrived March 12, 2016 from <http://www.scielo.br/scielo.php>.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

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

ตัวอย่าง

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

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อบทความ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งค้ำระยะย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ละ 7 เคาะ (Space) หรือตั้งค้ำระยะเท่าๆ กัน 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. สำหรับหัวข้อย่อยให้ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

1.....
 1.1.....
 1.1.1.....
 1).....
 1.1).....
 -

8. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยขีดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช่เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

9. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้วใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJo ได้เตรียมไว้ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป

Template บทความวิจัย

2.54 ซม.

3.17 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่^{1*}, ², ³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

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

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่^{1*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

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

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น
 —————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

สมมติฐานการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพที่ 1 (หนา)..... (ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 14

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดเข้า (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

1. ข้อมูลทั่วไป

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

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

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

ที่มา: (ถ้ามี)

(Enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายตาราง (เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาด
ตัวอักษร 16 ไม่หน้า)

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 2 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
ความเจ็บปวด		
ระดับน้อยXXX	X	X
ระดับมากXXX	X	X

(Enter ขนาด 16)

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.)
(สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Template บทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

2.54 ឆ្នាំ.

3.17 ឥឡូវ.

2.54 ស.ម.

ข้อ ๑๖. ข้อความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{1*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

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

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

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

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 พนา)

เนื้อหายุ่ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่นา บคัดย่ไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 นหนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่นหนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ឆម.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น News
—————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาด 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่องานนำเสนอตามลำดับ)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th



วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research 